

2011.2749.1

Université de Montréal

L'intervention psychosociale
auprès des femmes dépressives

par

Mireya Gonzalez

École de service social

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)

Mars 1998

(Mémoire révisé - avril 1999)

© Mireya Gonzalez, 1998



1.94 P 5.11.02

HV

13

U54

1999

V.008

Université de Montréal

L'Institut de psychologie
après des travaux de recherche

par

Martin Lévesque

École de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en sciences (M.Sc.)

Mars 1999

(Mémoire déposé - avril 1999)



© Martin Lévesque, 1999

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

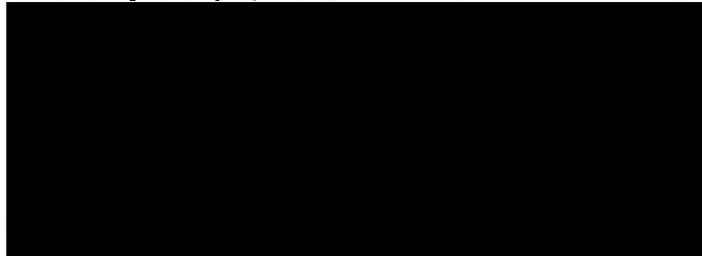
Ce mémoire intitulé :

L'intervention psychosociale auprès des femmes dépressives

présenté par :

Mireya Gonzalez

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :



Mémoire accepté le : le 19 avril 99 .

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
SOMMAIRE	i
TABLE DES MATIÈRES	iii
1. INTRODUCTION : La compréhension de la dépression féminine.....	1
2. LA DÉPRESSION.....	4
2.1 Définitions de dépression psychologique et psychiatrique	4
2.2 Différence entre la dépression et la déprime.....	5
2.3 Types de dépressions	6
3. LES FACTEURS PHYSIOLOGIQUES RELIÉS AU PHÉNOMÈNE DE LA DÉPRESSION.....	8
3.1 Les facteurs d'ordre physiologique et génétique	8
3.2 La dépression féminine selon un approche biopsychosociale : (facteurs de risque : menstruation, grossesse et accouchement, infertilité, avortement, ménopause)	11
4. CADRE THÉORIQUE LA RELATION ENTRE LES TRAITS DE PERSONNALITÉ ET LES AUTRES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS LA DÉPRESSION FÉMININE.....	24
4.1 Le statut et le rôle de la femme en relation à la dépression.....	24
4.2 Le rôle comme précurseur de dépression.....	25
4.3 Le rôle familial et les relations intimes.....	26
4.4 Le rôle professionnel.....	27
4.5 Interactions entre le travail et le rôle familial	31
4.6 La vulnérabilité.....	32
4.7 Le stress	35
4.8 Les critères de performance et de compétence.....	36
4.9 Être victime d'abus	37
4.10 La pauvreté.....	41
5. MÉTHODOLOGIE.....	42
5.1 Formulation des questions de recherche	42
5.2 Collecte des données.....	44
5.3 Procédure	47
5.4 Similitude ou différence entre la procédure d'évaluation et de suivi pour la recherche et la procédure usuelle dans le milieu	49

6.	PRÉSENTATION DES SUJETS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE	51
	Incluant : 1. Évaluation psychosociale; 2. Inventaire de dépression de Beck (pré-test); 3. Diagnostic; 4. Plan d'intervention; 5. Évolution de la situation; 6. Évaluation des résultats du suivi psychosocial; 7. Inventaire de dépression de Beck (post-test)	
6.1	Premier cas : Vicky.....	52
6.2	Deuxième cas : Rose.....	63
6.3	Troisième cas : Thérèse.....	73
6.4	Quatrième cas : Martine.....	85
6.5	Cinquième cas : Susan.....	95
6.6	Sixième cas : Joan.....	106
6.7	Septième cas : Chantal.....	117
7.	DISCUSSION : FACTEURS SOCIO-CULTURELS QUI INTERVIENNENT DANS L'ÉTIOLOGIE ET DANS LES TRAITEMENTS DES FEMMES DÉPRESSIVES	126
8.	CONCLUSION	132
	BIBLIOGRAPHIE	134
	ANNEXES :	
A.	Classification des antidépresseurs utilisés pour combattre la dépression et leurs effets secondaires	
B.	Caractéristiques diagnostiques	
C.	Caractéristiques liées à la culture, à l'âge, et au sexe	
D.	Procédure à suivre dans l'administration de l'inventaire de dépression de Beck	

SOMMAIRE

Quand on parle de dépression, on dit que c'est la maladie de cette fin de siècle. C'est un fléau qui touche presque toutes les cultures et dont les femmes souffrent davantage. Sachant que cette problématique affecte une vaste majorité de femmes, notre sujet de recherche vise l'intervention psychosociale auprès des femmes dépressives.

Mais comment offrir une intervention juste et ciblée vers une population féminine ? Devant cette question de départ, on a établi deux buts significatifs pour élucider ce phénomène. Le premier but : recueillir tous les renseignements et toute la documentation possible pour obtenir un cadre théorique qui puisse nous permettre d'établir une perspective des facteurs physiologiques reliés au phénomène de la dépression et des facteurs psycho-socio-culturels qui contribuent au déclenchement, ainsi que les traitements qui existent pour guérir et améliorer la condition dépressive de ces femmes. Cette étude de littérature nous a permis d'avoir une perception théorique bio-psycho-socio-culturelle et une meilleure compréhension de l'étiologie du phénomène dépressif.

Notre deuxième but était d'acquérir une expérience pratique de la problématique des femmes dépressives. La méthode utilisée a été une étude qualitative dans une clinique spécialisée en soins psychiatriques, sur une durée de 12 à 24 mois, sur un échantillon de 7 femmes sélectionnées en fonction de deux catégories diagnostiques : la dépression dysthymique et la dépression grave récurrente.

Les outils utilisés ont été l'inventaire de dépression de Beck et le manuel diagnostique et statistique des maladies mentales (DSM IV). Ces instruments de mesure et de classification bio-psychologique ont servi à l'évaluation psychosociale comme instruments de mesure d'observation, d'interprétation et de décision pour un plan d'action psychosocial.

L'étude suggère que la dépression féminine n'a pas une étiologie et un traitement unique et que ceci dépend d'une interaction des facteurs soit d'ordre bio-génétique et des facteurs psycho-socio-culturels impliqués dans le déroulement de cette maladie.

L'étude démontre que les facteurs socio-culturels sont déterminants dans le processus de fragilisation des femmes dû au fait que les rôles dans notre société sont attribués en fonction du sexe.

1. INTRODUCTION : LA COMPRÉHENSION DE LA DÉPRESSION FÉMININE

Dans la plupart des sociétés occidentales, le taux de dépression est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Qu'est-ce qui, dans leur vie et dans leur monde intérieur, les rend si vulnérables au désespoir et aux ultimes douleurs de la dépression ? Ces femmes tentent de s'exprimer et nous devons, pour notre part, les comprendre et découvrir de nouvelles façons de nous mettre à leur écoute et rejeter toute idée préconçue. La dépression est une maladie complexe aux facettes multiples. On s'entend aujourd'hui pour dire que dans les cas graves, la dépression peut résulter de facteurs à la fois biologiques et psychosociaux que l'on ne peut attribuer à une cause unique. Puisque le stress d'origine psychosociale entraîne des modifications biochimiques du cerveau, on pourrait même dire que l'écart entre ces causes physiques et sociales est plus artificiel que réel : il s'agirait en quelque sorte des deux faces d'une même pièce de monnaie (Beck, 1983).

Bien que je sois consciente de l'influence possible des facteurs biologiques sur la dépression féminine, j'aborderai dans cette étude les causes psychosociales de la maladie. Étant donné qu'aucune des hypothèses existantes n'arrive à expliquer d'une façon satisfaisante le phénomène complexe de la dépression féminine, il devient essentiel pour acquérir de nouvelles connaissances sur cette question de recourir aux descriptions que les femmes en dépression donnent elles-mêmes de cette expérience et des émotions qu'elle fait naître. Mais alors même que ces femmes nous racontent leur histoire, notre aptitude à les comprendre se heurte à toute une série d'obstacles. La critique féministe nous a appris que les théories et les concepts de la psychologie traditionnelle n'ayant pas su nous représenter ou évaluer avec justesse le vécu des femmes, il s'ensuit que la dépression féminine ne saurait être analysée en fonction de ces concepts traditionnels. Les mots mêmes que nous utilisons pour la décrire ou ce qu'elle devrait être - dépendance, manque d'autonomie et passivité - reflètent le regard masculin. Plus spécifiquement, dans ces domaines où les intérêts et le

cheminement des femmes s'écartent considérablement de ceux des hommes, la psychologie et la psychiatrie ont eu tendance à qualifier les comportements féminins de déviants. En tant que travailleuse sociale psychiatrique, j'ai écouté pendant des années les confidences de femmes dépressives à travers un filtre des théories qui me disaient comment comprendre et interpréter leurs conflits.

Ma compréhension des thèmes récurrents tels que la perte d'identité, l'auto-accusation et le désespoir me laissait sur ma faim. Cette difficulté venait du fait que leurs propos m'étaient très familiers et qu'on m'avait déjà inculqué une façon spécifique de les interpréter. J'avais appris que les femmes en état de dépression «dépendaient» trop de leurs relations dans leur quête d'identité et leur estime de soi et qu'elles devaient apprendre à se prendre en charge et à acquérir une plus grande autonomie.

Vu les résultats des recherches concernant l'importance des relations de qualité pour l'équilibre mental, et vu les hypothèses touchant le rôle prépondérant des liens affectifs dans notre vie, pourquoi la notion de dépendance continue-t-elle d'exercer une influence aussi grande sur la compréhension et le traitement de la dépression ? En premier lieu, ce mot relie la dépression à une plus vaste idéologie des stéréotypes sexuels : les femmes manquent de maturité, elles sont des êtres faibles, impuissants qui dépendent de leurs liens affectifs, tandis que les hommes sont forts, autosuffisants et indépendants (Lerner, 1983). Ensuite, le mot dépendance a plusieurs sens : économique, politique, social, psychologique. Mais dans les travaux scientifiques sur la dépression, on a recours au seul sens psychologique. Tous ces autres sens sont cependant implicites et contribuent à renforcer ce mot. L'étiquette de dépendance brouille la perception qu'on peut avoir des réalités extérieures telles que la pauvreté, la dépendance économique, la maladie, l'hostilité du partenaire, et en fait des traits inhérents à un manque de maturité et à un besoin pathologique des autres.

Elle met l'accent sur les failles ou les lacunes dans le développement d'une personne, et ne tient pas compte de la nécessité de découvrir les conditions sociales spécifiques à l'origine de ce qui en vient à être perçu comme un état de dépendance.

Bien que les théoriciens (Arletti & Bemporad, page 163, 1978) aient depuis longtemps reconnu la nature interpersonnelle de la dépression, c'est en partie pour ces raisons qu'ils se penchent encore sur ses aspects individuels intrapsychiques ou cognitifs. Le contraste familier entre dépendance et indépendance, force, virilité et liberté, en même temps que le dédain culturel de toute extériorisation de la vulnérabilité masculine font que la dépendance semble plus « naturelle » pour la femme que pour l'homme. Si un thérapeute ou un chercheur interviewait une femme dépressive en ayant à l'esprit la notion traditionnelle de dépendance, il trouverait facilement en elle la confirmation du point de vue dominant selon lequel les femmes dépressives sont « dépendantes à l'excès » dans leurs relations personnelles et qu'elles doivent apprendre à trouver d'autres justifications à leur estime de soi (Lerner, 1983). Lorsqu'on se met à l'écoute des confidences des femmes dépressives, la question fondamentale consiste à savoir opérer une distinction entre ce qui représente une forme mûre et adulte d'interdépendance et des connexités de type débilitant. Tel qu'il existe aujourd'hui, le concept de dépendance freine notre aptitude à percevoir clairement cette nuance; il considère que l'attitude des femmes face à leurs relations personnelles représente une faiblesse et une pathologie (Dana, Crowley-Jack, 1991). Qu'est-ce qui pousse une personne à s'abandonner elle-même dans le but de nouer des liens avec une autre personne tout en conférant à cette personne pleine autorité pour définir son identité et sa valeur ? Que cache le besoin que les femmes ont d'un attachement, que dissimule leur sentiment d'échec ? En quoi la nature de leurs relations personnelles et la qualité de leur liens affectifs contribue-t-elle à leur dépression ? Quelle est la réaction psychologique de la femme lorsque la société lui impose de vivre des relations hétérosexuelles adultes qui reproduisent l'inégalité qu'elle a connue dans son enfance ?

2. LA DÉPRESSION

2.1 Définitions de dépression psychologique et psychiatrique

Définition psychologique :

« La dépression semble être un état émotionnel et d'esprit caractérisé par une attitude négative (perte d'espoir), manque de motivation et comportement passif » (Dictionnaire psychologique, 1987). Une personne en état de dépression éprouve des émotions pénibles en plus d'un sentiment de tristesse profonde (mélancolie) et d'anxiété. La dépression est caractérisée par une culpabilité accrue au niveau personnel et de ses proches.

A ces sentiments de culpabilité face aux événements passés s'ajoute une incapacité à faire face à la réalité et conduisent l'individu à une perte de son estime de soi, à un sentiment d'inertie (le temps ne passe pas), le tout accompagné d'une diminution psychomotrice et d'un sentiment de fatigue. Il y a donc une diminution accrue au niveau de la productivité et dans les cas sévères, le suicide devient une alternative possible.

Définition psychiatrique :

Selon les psychiatres, la dépression fait partie des troubles de l'humeur ou autrement dit, des troubles affectifs qui comprennent une variété de symptômes parmi lesquels on retrouve des altérations dans l'état émotionnel des personnes atteintes. La dépression se caractérise par la présence de troubles dépressifs de l'humeur et de la pensée, lesquels s'accompagnent d'autres symptômes tels que troubles de concentration, perte d'énergie ou d'intérêt, perte de l'appétit, insomnie et léthargie.

Selon le Dr. Jacques Bernier, psychiatre (Revue Santé, Nov. 1986), la forme la plus sévère de la maladie est la dépression majeure.

« Le spécialiste parle de dépression majeure quand elle correspond aux critères cliniques établis par le DSMIV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), c'est-à-dire quand une personne présente de façon persistante depuis au moins deux semaines cinq symptômes parmi les suivants : de la tristesse ou de l'irritabilité; un manque d'intérêt pour les activités sexuelles ou autres, habituellement appréciées; des changements dans le poids ou l'appétit; des changements dans les habitudes de sommeil; des sentiments de culpabilité, de désespoir, ou d'inutilité; des difficultés de concentration, de mémorisation ou de décision; de l'épuisement ou une perte d'énergie; de l'impatience et un ralentissement des activités; des plaintes liées à des maux ou à des douleurs physiques n'ayant aucune explication médicale; des pensées morbides ou suicidaires ».

2.2 Différence entre la dépression et la déprime

Les gens en général ont tendance à confondre déprime et dépression. Selon la définition du Dr. Brian Bexton (La Presse, 1994), la déprime en soi est une expression populaire et vague pour définir un état d'humeur qui survient lorsqu'un événement arrive (deuil, séparation, perte d'emploi), qui perturbe le cours de notre vie (décrochage scolaire, burn-out léger : fatigue légère due aux excès de travail) et lorsque nous ressentons une perte d'intérêt. Cependant, les déprimés resteront réactifs. Si on les invite à une fête et qu'ils s'y rendent, ils s'amuseront; par contre, ceux qui vivent une dépression majeure ne prendront aucun plaisir à quoi que ce soit et s'ils partent en vacances pour trouver un soulagement, ils seront encore plus dépressifs au retour. La déprime pourra

s'interpréter comme ce qu'on appelait auparavant dépression situationnelle légère sans conséquences, mais qui, si elle persiste, peut être la cause d'une dépression plus importante.

Alors que la déprime est brève, la dépression majeure non traitée dure en moyenne dix mois (traitée adéquatement, le patient sera soulagé et redeviendra fonctionnel en quelques semaines à peine). Mais mon intérêt n'est pas la déprime comme telle mais les états d'humeur qui se compliquent en une dépression plus sérieuse, i.e. dépression dysthymique et dépression grave récurrente.

Dr. Jacques Bernier pense qu'entre 70 % et 80 % des patients réagissent bien à la médication, d'autres réagissent mal : ils connaissent des rechutes quand ils sont sujets à des effets secondaires ou quand ils arrêtent. Il faut préciser qu'avec la nouvelle génération d'antidépresseurs, on note une diminution des effets secondaires. De 10 à 30 % des gens souffrent tout de même de maux de tête, d'irritation gastrique, de perte de libido, d'insomnie ou d'agitation (voir Annexe A : Classification des antidépresseurs utilisés pour combattre la dépression et leurs effets secondaires).

2.3 Types de dépressions

Quand une personne atteinte de trouble dépressif majeur souffre de délires et d'hallucinations, on parle de dépression psychotique. Lorsqu'il y a diminution du plaisir dans presque toutes les activités et absence de réaction à des événements habituellement plaisants, il peut s'agir de dépression mélancolique. On diagnostique une dépression saisonnière si elle survient à une période particulière de l'année. La dépression d'hiver - de novembre à mars - est la plus courante et semble provoquée par un manque de lumière. Et on croit que la

chaleur joue un rôle important dans la dépression d'été - de mai à septembre. Quant à certaines accouchées, elles souffrent de dépression post-partum.

En réaction à une perte, une déception, une frustration ou un événement stressant, on peut vivre une dépression légère ou déprime. À la suite de la rupture d'un mariage, de la perte d'un proche ou d'un emploi, certains souffrent d'une dépression réactionnelle pendant quelques semaines ou quelques mois, parfois plus dans le cas d'un deuil. Il existe une disparité d'opinions entre certains spécialistes du milieu psychiatrique, quelques-uns vont croire que la dépression réactionnelle rentre dans la catégorie « déprime », d'autres vont penser qu'elle fait catégorie à part. Si le malaise dure, s'intensifie et nuit au fonctionnement, on dit que la personne souffre d'un trouble de l'adaptation accompagné d'une humeur dépressive.

On parle de dépression secondaire quand celle-ci survient en même temps qu'un trouble physique ou psychiatrique ou qu'elle accompagne la prise d'un médicament, l'alcoolisme ou la toxicomanie. Lorsque les épisodes dépressifs sont accompagnés d'épisodes maniaques, hypomaniaques (plus légers) ou mixtes (épisode dépressif accompagné d'un épisode maniaque presque quotidiennement pendant au moins une semaine), on parle de trouble dépressif bipolaire. La dysthymie est pour sa part caractérisée par une humeur dépressive chronique qui se manifeste sur une longue période (Source : La dépression, ACSM et Santé Canada 1995).

3. LES FACTEURS PHYSIOLOGIQUES RELIÉS AU PHÉNOMÈNE DE LA DÉPRESSION

3.1 Les facteurs d'ordre physiologique et génétique

Facteurs d'ordre physiologique

Depuis la Grèce ancienne, les archives médicales attribuent la cause des maladies à l'aspect physique et organique. A première vue, le problème était sous la peau. La découverte du vaccin a fait un pas en avant dans la conquête des maladies infectieuses à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, donc la pensée biologique a dominé la médecine jusqu'à aujourd'hui.

Avec la théorie psychoanalytique de Freud vers le début du XX^e siècle pour soigner les désordres émotionnels, le modèle bio-médical s'est plutôt centré sur la maladie physique mais avec l'échec de la théorie freudienne et du « Talk Therapy », l'approche bio-médicale a connu un essor avec la découverte et le développement des drogues qui agissent sur la pensée depuis 1960.

Cette découverte a donné à la psychiatrie le contrôle des maladies dites mentales entre autres en dépression. Le modèle bio-médical situe la dépression comme le produit des différents facteurs organiques et son axiome de base est la « Théorie chimique du déséquilibre ». L'explication bio-chimique de la dépression fait référence à l'hypothèse des catécholamines. Grosso modo, cette hypothèse avance que dans la majorité des cas, la dépression est attribuable aux fluctuations des niveaux de substances chimiques puissantes aux terminaisons des fibres nerveuses, les neurotransmetteurs.

Les catécholamines (dopamine, noradrénaline, sérotonine) transmettent les signaux d'un groupe ou d'une famille de neurones à un autre. Ce faisant, les

neurotransmetteurs stimulent les cellules voisines avec lesquelles ils se lient, provoquant des réponses électriques et les influx nerveux se propagent de cette manière de cellule en cellule.

Lorsque des changements surviennent chez les neurotransmetteurs, et plus particulièrement chez deux d'entre eux (la sérotonine et la noradrénaline), ils sont à la baisse, les influx nerveux ne se propageant pas de la même façon. Alors les gens vont présenter des symptômes de dépression.

Le modèle bio-médical mentionne également la physiologie de la femme comme source de problème d'ordre mental (Guyon, 1981). La position bio-médicale mentionne que la fonction reproductive de la femme est la source de ses problèmes émotionnels (dépression). Cette position naît du fait que la femme est biologiquement différente de l'homme. Selon les bio-scientistes, le développement du cerveau féminin est influencé par le système hormonal et ceci provoque une réponse émotionnelle.

Les fonctions reliées à la reproduction telles que menstruations, grossesse, accouchement, allaitement ainsi que la ménopause sont des facteurs hormonaux qui influencent l'état psychologique de la femme et pour améliorer leur condition, les bio-médecins prônent la prise d'hormones pour palier aux symptômes de la ménopause et la prise d'antidépresseurs pour combattre la dépression et le syndrome pré-menstruel (Esther D. Rothblum, 1983).

Facteurs d'ordre génétique

Ce principe s'inspire de la théorie génétique des maladies physiques ou organiques qui portent sur les facteurs héréditaires de certaines pathologies.

La « personnalité féminine » peut être conceptualisée ou traduite comme étant une manifestation d'une légère dépression clinique. Cette théorie traditionnelle va identifier les manifestations d'une dépression sur une base génétique, caractérielle et du tempérament.

L'idée vient du fait que les traits de la personnalité féminine sont des manifestations légères des désordres affectifs (dépression), c'est-à-dire que traits de personnalité féminine et désordres dépressifs sont considérés comme ayant une base génétique (Hirschfeld, 1986; Klerman & Hirschfeld, 1988). Il y a cependant une tendance familiale à la dépression qui se retrouve souvent chez les patientes atteintes de cette maladie. On peut inférer à partir de ceci l'existence des facteurs génétiques dans certains cas. La recherche sur le diagnostic de désordre de personnalité dépendante et sa relation avec la dépression a amené quelques psychoanalystes à mentionner que la personnalité dépressive est caractérisée par : dépendance, obsession, peu d'estime de soi et narcissisme. Tous ces facteurs mis ensemble prédisposent à une dépression clinique (Arletti & Bemporad, 1978).

Les désordres de personnalité et les diagnostics dépressifs sont inter-reliés. Une étude démontre que 40 % des patients dépressifs reçoivent un diagnostic de désordre de la personnalité (Shea et al, 1987). La présence d'un désordre de personnalité chez des patients dépressifs a été associée à un début précoce des premiers épisodes; plus le premier épisode était précoce, plus il y avait de risque d'avoir un potentiel suicidaire et encore plus s'il y avait une histoire et une très pauvre réponse aux traitements pharmacologiques (Hamilton & Jensvold, 1989).

3.2 La dépression féminine selon une approche biopsychosociale

Facteurs de risque :

Ce sont des événements reliés à la reproduction comme : menstruation, grossesse, accouchement, infertilité, avortement et ménopause qui sont des expériences uniques pour les femmes. Différentes hypothèses les identifient comme des facteurs précipitants à la dépression féminine, mais on ne peut pas les prendre d'une façon isolée et par eux-mêmes ils ne peuvent pas expliquer le phénomène de la dépression (Hamilton, 1984; Weissman & Klerman, 1977).

Menstruation :

Pour certaines femmes, l'humeur et le comportement semblent changer lors du cycle menstruel (Logue & Moos, 1985). Dans une étude de littérature, Hamilton et al (1988a) mentionnent qu'entre 20 % et 80 % des femmes présentent des changements d'humeur et somatiques qui peuvent être minimes et légers avant les menstruations; il existe actuellement un 5 % des femmes qui présentent des symptômes prémenstruels sévères. Les symptômes prémenstruels les plus courants sont: humeur dépressive, irritabilité, agressivité, anxiété, changements au niveau du sommeil, changements au niveau de l'appétit et de la libido, le tout associé aux changements somatiques. Plusieurs de ces symptômes se trouvent dans la dépression clinique, mais il faut noter que les symptômes dans une dépression clinique sont beaucoup plus sévères. Le début des menstruations commence à la fin de la puberté ou au début de l'adolescence; les symptômes prémenstruels commencent au début de l'adolescence.

Dans le passé, très peu de chercheurs ont étudié les facteurs qui contribuent à une humeur négative chez les filles adolescentes. Des recherches actuelles nous montrent une augmentation assez significative au niveau des conflits de rôles.

Dévalorisation du rôle féminin et peur de succès peuvent contribuer à une augmentation de dépression chez les adolescentes (Brooks-Gunn & Warren, 1989; Gilligan, Lyons & Hammer, 1989).

Les symptômes prémenstruels semblent plus présents vers la fin de la vingtaine et le début de la trentaine. Quelques études (Craig, 1953; Dalton, 1964; Morton, 1950) ont montré que des symptômes menstruels ont même resté après l'arrêt du fonctionnement des ovaires.

Les raisons des variations d'âge et la fréquence des symptômes restent encore non élucidées. La recherche semble se compliquer par la possibilité que des désordres d'humeur cycliques puissent se présenter d'une façon indépendante du cycle menstruel. Les cycles des symptômes affectifs et la menstruation peuvent coïncider par moments mais après peuvent se dissocier.

La recherche sur le cycle menstruel semble très difficile et complexe (Koeske, 1981). Définir les limites de normalité au niveau des cycles et des symptômes affectifs implique des analyses complexes, des tests physiologiques comme la corrélation entre le niveau hormonal et l'humeur.

Les recherches sur les facteurs hormonaux jouant un rôle dans la dépression chez les femmes varient quant à leur validité et à leur fiabilité. On a signalé que 33 à 90 % des femmes ayant leur menstruation étaient atteintes, à un certain degré, du syndrome pré-menstruel accompagné de détresse psychologique et d'humeur dépressive (Nolen-Hoeksema, S., 1987). Cependant, la validité des résultats établissant une relation entre l'humeur dépressive et certaines phases du cycle menstruel est compromise par l'existence de problèmes méthodologiques, notamment l'utilisation des variables substitutives (telles qu'une phase du cycle menstruel) plutôt que l'évaluation directe de l'état endocrinien, l'utilisation de données indiquées par les patientes sur les

symptômes dépressifs ou thymiques, l'utilisation de données rétrospectives, et l'absence de contrôle concernant la sensibilisation des sujets à l'objectif de l'étude (Stoppard, 1990). Deux études canadiennes effectuées par des étudiants à l'université en 1988 et 1989 indiquent que lorsque l'on évaluait quotidiennement l'humeur des femmes, celles-ci n'indiquaient pas en général qu'elles présentaient plus une humeur dépressive pendant la période prémenstruelle que pendant d'autres périodes de leur cycle. Cependant, lorsqu'on leur a demandé quelle était leur humeur pendant chaque phase d'un cycle menstruel récent, elles ont signalé une humeur significativement plus désagréable pendant la période prémenstruelle que pendant d'autres phases de leur cycle (McFarlane, Martin et Williams, 1988; McFarlane, Ross et De Courville, 1989). On peut s'attendre à ce que cette tendance rétrospective se reflète également dans les enquêtes communautaires se fondant sur des mesures d'autoévaluation (p. ex. les questionnaires sur les états dépressifs) (Nolen-Hoeksema, 1987; Stoppard, 1990). Cependant, il est possible que chez une proportion inconnue de femmes, la dépression soit liée à des anomalies dans la fluctuation des taux hormonaux ou d'autres agents biochimiques (Stoppard, 1990). Cependant, pour évaluer avec exactitude la prévalence de ce type de dépression, il est nécessaire d'effectuer des recherches valables sur le plan méthodologique et de définir précisément les symptômes.

Actuellement, ce sujet fait encore l'objet de nombreuses discussions. La troisième édition révisée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) classe le trouble dysphorique prémenstruel (à distinguer du syndrome prémenstruel) sous la rubrique des troubles mentaux non spécifiés (non psychotiques) et le décrit comme un trouble dysphorique de la phase lutéale tardive. Cette classification a fait l'objet de protestations vigoureuses parmi les personnes qui estiment qu'elle ne repose pas sur des fondements assez solides. Entre autre, on prétend que cette classification pourrait être utilisée contre les femmes devant les tribunaux et sur les lieux de travail, quoiqu'on

n'en ait relevé aucune preuve à ce jour (*Premenstrual Dysphoric Disorder*, 1993).

En préparant la quatrième édition du DSM, les chercheurs ont envisagé de classer le trouble dysphorique prémenstruel dans la rubrique des troubles dépressifs non spécifiés autrement. Il est inclus dans un annexe du DSM-IV comme un domaine nécessitant des recherches plus approfondies afin de déterminer s'il est possible de l'inclure dans une catégorie à part dans les futurs manuels (*American Psychiatric Association*, 1994).

Cependant, les symptômes prémenstruels apparaissent plus fréquemment chez les femmes avec des épisodes psychiatriques chroniques ou maladies somatiques généralisées.

Une étude épidémiologique à Zurich en Suisse nous montrait que chez les femmes avec une histoire de maladie mentale, incluant désordre dépressif majeur (MDD), désordre de panique (PD), désordre d'anxiété généralisé (GAD), agoraphobie (phobie des espaces ouverts) et phobies généralisées, les symptômes prémenstruels étaient plus élevés parmi cette clientèle. (Merikangas KR, Foeldenyl M, Angst J., *The Zurich Study XIX Patterns of Menstrual Disturbances in the Community; results of the Zurich Cohort Study*. Eur Arch. Psychiatry Clin Neurosci 1993; 243 : 23-32).

Grossesse et accouchement :

Hamilton et al (1988a) mentionnent que la grossesse est très peu liée aux désordres psychiatriques et que le changement d'humeur pendant la grossesse correspond aux femmes qui semblent être prédisposées aux désordres affectifs. Hamilton et al (1988a, 1988b) suggèrent que les changements affectifs cycliques qui apparaissent avant la menstruation et la période post-partum semblent avoir des similarités. Par contre, les changements non cycliques et

non récurrents affectifs (i.e. changements dus à l'usage des contraceptifs oraux et à la ménopause) suggèrent que la différence entre ces changements affectifs peut refléter l'adaptation du fonctionnement du récepteur stéroïde gonadal. Malheureusement, il y a très peu de recherche sur les stéroïdes gonadals comme les androgènes, lesquels ont été trouvés tant chez les hommes que chez les femmes. Hamilton remarque que la recherche semble se concentrer sur les stéroïdes d'origine ovarien, comme l'estrogène (Hamilton, 1984). Il existe encore moins de recherche comparative par rapport au changement biologique à l'accouchement.

Quelques femmes présentent une humeur négative après l'accouchement. Entre 50 % et 80 % des femmes semblent avoir des « baby blues » ou une légère dysphorie post-partum. Ceci apparaît au bout du troisième ou quatrième jour après l'accouchement et il reste entre un et quatorze jours.

Certaines femmes présentent de sévères formes de désordres post-partum qui ressemblent à des catégories de désordres psychiatriques (i.e. manie, hallucinations, syndrômes organiques et schizophrénie). Mais le syndrome le plus commun comme maladie post-partum reste la dépression.

Une dépression sévère post-partum peut se différencier du « baby blues » par la sévérité et la fréquence des symptômes. Celle-ci se présente entre la sixième semaine et le quatrième mois après l'accouchement et elle peut rester entre six mois et un an.

Une dépression pré-accouchement peut prédire une dépression post-partum (Hamilton et al, 1988a). Selon une étude sur 115 femmes accouchant de leur premier bébé, 16 % ont été diagnostiquées comme étant dépressives après la huitième semaine de l'accouchement (Whiffen, 1988). Les facteurs prédisposant à la dépression post-partum étaient: tension ou pression après

l'accouchement, humeur dépressive pendant la grossesse, anxiété après l'accouchement; diminution des capacités cognitives, attentes irréalistes par rapport aux comportements de l'enfant, ajustement difficile au niveau marital. La grossesse doit se produire dans un contexte social où la femme désire être enceinte. Par contre, dans le cas des grossesses non désirées, la grossesse peut conduire à une dépression lors de la naissance ou lors d'un avortement. Il faut prendre en considération que les femmes qui présentent des troubles psychiatriques sont plus vulnérables (Adler & Dolcini, 1986).

Il existe actuellement des explications biologiques et leur corrélation avec les facteurs reproductifs qui affectent les partenaires mâles pendant et après l'accouchement des conjointes, soit au niveau des troubles bi-polaires et des psychoses (Freeman, 1951; Hamilton, 1984; Towne & Afterman, 1955). Comprendre la relation entre dépression, grossesse et accouchement selon le point de vue physiologique ne suffit pas, il faut examiner le contexte de la femme (histoire mentale et attitude face à la grossesse). L'approche psychosociale va donner plus d'emphasis sur les stressors de la vie quotidienne.

Infertilité :

Aux États-Unis, en 1985, 13 % des femmes âgées de quarante ans n'avaient pas d'enfants si on compare avec 9 % en 1975. Bien sûr, plusieurs parmi elles n'ont pas voulu avoir d'enfants, mais il reste quand même un pourcentage de femmes qui n'ont pas eu d'enfants dû à l'impossibilité de tomber enceinte (National Center for Health Statistics, 1989). Pour ces femmes qui veulent être enceintes et qui ne le peuvent pas, la plupart font une crise qui conduit vers une dépression (Daniluk, Leader & Taylor, 1985).

Les recherches sur la relation entre la dépression et l'infertilité ont montré une profonde douleur psychologique et un sentiment de perte d'espoir reliés à l'infertilité. Comme le montre Mazon (1984) dans des observations cliniques,

les patientes ayant des problèmes d'infertilité montrent des sentiments de défaut, imperfection ou simplement « mauvaise ». Ce sentiment d'être « mauvaise » mène à une perception négative de soi-même en relation avec l'apparence physique et la performance. Certaines patientes ayant des problèmes d'infertilité éprouvent beaucoup de culpabilité à cause de décisions ultérieures (avortement provoqué dans des circonstances illégales avec grave risque subséquent d'infertilité). (Mazon, 1984; Noble, 1987).

La dépression chez les femmes fertiles se présente quand les partenaires sont diagnostiqués comme étant infertiles (Connolly, Edelman et Cooke, 1987). La période d'attente vers un accouchement est marquée par des changements d'humeur, anxiété, irritabilité, troubles émotionnels et symptômes dépressifs (Daniluk et al, 1985; Mazor, 1987). Une autre crise se présente lorsque le couple doit accepter le fait qu'il ne pourra pas avoir un enfant (Noble, 1987).

Dans une étude faite sur une population de deux cents couples infertiles qui ont demandé l'assistance d'une clinique de fertilité, 40 % des femmes ont trouvé que l'infertilité a été une expérience très traumatisante (Freeman, O'Neil & Lance, 1985). Bell (1981) a utilisé l'échelle pour mesurer des désordres affectifs et schizophréniques sur une population inscrite dans une clinique de fertilité. Les résultats ont été les suivants : 50 % des femmes montraient des symptômes de dépression, 40 % montraient des symptômes de légère dépression, 7 % montraient des symptômes graves de dépression.

Avortement :

Une grossesse sur trois aux États-Unis a fini par un avortement (Russo, 1986). Semble-t-il qu'il existe un mythe par rapport au sentiment de culpabilité et dépression sévère lors d'un avortement, il n'existe pas assez de littérature qui parle sur la réponse émotionnelle après un avortement, mais on sait que la réponse prédominante semble être le soulagement. Des sentiments de

dépression, regret ou remord peuvent apparaître après l'intervention mais ils restent légers et transitoires et n'influencent pas le fonctionnement général de l'individu (Adler, 1975a, 1975b; Adler & Dolcini, 1986; Belsey, Greer, Lai, Lewis & Beard, 1977; David, Rasmussen & Hoist, 1981; Ewing & Rouse, 1973; Freeman, 1978, Marecek, 1986; Shusterman, 1979; Smith, 1973). Ces études ont démontré que la tension monte avant la procédure mais que l'intensité baisse après l'intervention légale (avortement légal) (Cohen & Roth, 1984; Moseley, Follingstad, Harley & Heckel, 1981) et continue à baisser les semaines qui suivent l'intervention.

Même si l'avortement ne paraît pas comme étant un grand risque pour la dépression, certaines femmes expérimentent des conséquences négatives lors de la procédure. La réponse psychologique dépend de l'histoire de santé mentale de la femme en question, de la raison de l'avortement, de l'âge de la femme et des conditions de l'environnement social dans lequel l'individu est placé (Adler & Dolcini, 1986; Adler et al, in press). Schwartz (1986) a identifié 32 études scientifiques sur les conséquences psychologiques de l'avortement. Les résultats ont été les suivants: les problèmes psychiatriques ont été rares dans le cas des femmes sans histoire de santé mentale. Cependant, dans le cas où il y avait une histoire psychiatrique précédente et une pression du milieu pour l'avortement contre le gré de l'individu et ses croyances, les symptômes de dépression sont apparus. Les groupes contre l'avortement, l'attaque des cliniques d'avortement et le harcèlement que les femmes subissent lors des consultations aux cliniques ont des effets négatifs lors de l'avortement.

Un examen des données sur les avortements pratiqués dans les hôpitaux de 1970 à 1991 (statistiques choisies sur les avortements thérapeutiques 1970-1991, Statistiques Canada) révèle que le nombre et les taux d'avortements thérapeutiques par année se sont accrus rapidement au cours des dix premières années qui ont suivi l'entrée en vigueur, en août 1969, de la nouvelle loi sur

l'avortement au Canada. Les chiffres ont ensuite légèrement augmenté et même quelque peu diminué au cours des trois années suivantes pour afficher à nouveau une tendance à la hausse au cours des six années qui ont suivi, et enfin peu de variation au cours des deux dernières années. En 1991, les dix provinces et les deux territoires ont déclaré 70 463 avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux relevant de leur compétence, en baisse de 1,1% sur les 71 222 avortements déclarés en 1990. Le nombre atteint en 1990 constituait un record malgré le fait qu'il s'est ouvert des cliniques d'avortement privées vers cette période. L'ancien sommet était de 66 319 en 1982 et ce nombre a reculé à 61 800 en 1983 avant de réamorcer la tendance à la hausse qui marquera les sept années suivantes. En août 1969, la loi sur l'avortement était libéralisée par le Parlement et elle est demeurée en vigueur jusqu'à ce que la Cour Suprême du Canada l'abroge en janvier 1988. Depuis, aucune loi ne régit les avortements au Canada. Des 70 277 avortements thérapeutiques pratiqués au pays en 1991, seulement 0,6% l'ont été à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence des femmes. Ce taux avait culminé à 1,2% en 1988, puis régressé pendant les trois années suivantes. Sur la période de dix ans antérieure à 1988, il se situait entre 0,7% et 1,1%.

Les données des six dernières années révèlent que les résidents de Terre-Neuve, de l'Île du Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, des deux territoires étaient les plus susceptibles de subir un avortement thérapeutique à l'extérieur de leur province ou territoire. Parmi les raisons invoquées pour sortir de la province ou du territoire, mentionnons le désir de protéger leur vie privée et de conserver le secret, l'absence de cliniques d'avortement au niveau local ainsi que la complexité des procédures administratives s'appliquant aux avortements pratiqués dans la province ou le territoire de résidence.

Taux à l'échelle nationale

Il est d'usage d'exprimer le nombre d'avortements thérapeutiques selon le taux pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Les 70 277 avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux sur des canadiennes en 1991 représentent 10,9 pour 1 000 femmes de 15 à 44 ans, une diminution de 0,3 point par rapport au taux de 11,2 affiché en 1990. Le nombre et les taux d'avortements thérapeutiques pratiqués dans les hôpitaux ont connu une progression rapide pendant les premières années de l'application de la loi sur l'avortement en 1969 et ont ensuite maintenu une croissance modérée à la fin des années 70. Malgré la hausse du nombre d'avortements au début des années 80 (sauf en 1983), le taux a en fait régressé. Le taux d'avortements pour 1 000 femmes a culminé à 11,6 en 1979, et est tombé à 11,1 en 1981 et 1982, puis à 10,2 en 1983, il s'est maintenu pendant les quatre années suivantes, a grimpé à 11,2 en 1989 et 1990 pour retomber à 10,9 en 1991. En 1990 et 1991, le taux d'avortements à l'hôpital pour 100 naissances vivantes était de 17,5, une baisse de 0,5 point par rapport au sommet de 18,0 atteint en 1989. Au Québec, le nombre annuel d'avortements thérapeutiques en clinique a grimpé de 2 618 en 1978 à 7 059 en 1989, une hausse de 169%. En 1990, il s'est fait en tout 20 236 avortements dans les cliniques situées au Québec, à Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique. En 1991, les cliniques de ces provinces et celles ouvertes pendant l'année en Alberta ont figuré pour 23 343 avortements. Au pays, 10% des avortements à l'hôpital ont été pratiqués en clinique en 1989; 28,5% en 1990 et 33,2% en 1991.

Le taux d'avortements en clinique se situait à 1,8 pour 100 naissances vivantes en 1989. Depuis l'ouverture de cliniques hors du Québec, le taux a monté progressivement pour se rendre à 5,0 avortements pour 100 naissances vivantes en 1990 et à 5,8 en 1991.

Ménopause :

La ménopause est définie comme étant l'arrêt de règles (saignements mensuels) et l'arrêt de production d'hormones ovariennes. Les femmes se définissent comme étant postménopausées quand elles n'ont pas eu de saignements menstruels depuis plus d'une année (World Health Organization Scientific Group, 1981).

D'habitude, la ménopause arrive d'une façon naturelle vers l'âge de cinquante ans ou peut bien être causée ou provoquée d'une façon artificielle à travers l'irradiation ou l'ablation des ovaires. Les symptômes de la ménopause ressemblent à ceux de la dépression : perte de sommeil, fatigue, irritabilité et changement d'humeur. Il y a des études qui montrent que des symptômes dépressifs semblent très présents vers l'âge de vingt ans, quarante ans et cinquante ans (Neugarten & Kraines, 1965). La relation qu'on trouve entre les symptômes dépressifs de quarante et cinquante ans et les changements hormonaux ne sont pas tout à fait clairs. On pense que la dépression pourra être un précurseur de difficultés pendant la ménopause et non pas une conséquence.

Des recherches longitudinales ont montré que les femmes dépressives étaient plus nombreuses à signaler des symptômes de ménopause (bouffées de chaleur) et aussi à consulter régulièrement des professionnels de la santé pour les symptômes ci-haut mentionnés (McKinley, McKinley & Brambilla, 1987a). Il existe une augmentation des consultations pour des problèmes d'ordre émotionnel un ou deux ans avant l'arrêt des règles (préménopause) et un ou deux ans après l'arrêt des règles (postménopause). Les femmes de ce groupe d'âge ont reçu plus de prescriptions de psychotropes que d'autres femmes de différents groupes d'âge ou d'hommes de groupes d'âge similaires (Skegg, Doll & Parry, 1977).

Presque la totalité de l'information qu'on possède sur la ménopause vient des femmes qui ont été suivies en traitement, ce qui contribue à créer un stéréotype sur les femmes qui consultent en général dans les services de santé.

De quelque manière, McKinlay (1987a), dans son étude longitudinale sur un échantillon communautaire, a trouvé que pour la majorité des femmes, la ménopause n'était pas associée aux problèmes d'ordre physique ou mental et que l'état de santé était plutôt déterminé par leur histoire de santé antérieure et par l'assiduité des consultations.

Cette recherche a conduit au fait que les femmes ménopausées étaient plus nombreuses à avoir des symptômes dépressifs quand il existait une source de stress social (i.e. adolescents, époux malade, parent vieillissant) plutôt que des facteurs biologiques. Bungay, Vessey & McPherson (1980) ont reporté dans leur étude comparative que les désordres de type affectif semblent être différents selon le sexe et l'âge. Semble-t-il que ces désordres affectifs sont reliés au développement social de rôles et aux événements de vie plutôt qu'au changement d'ordre hormonal.

Bungay, Vessey & McPherson ont observé que vers l'âge de cinquante ans, les deux sexes montrent des symptômes de dépression reliés aux événements de vie (comme le départ des enfants). Ils ont reporté une grande différence entre les femmes dépressives et les hommes de ce groupe d'âge. Les femmes dépressives semblaient avoir beaucoup de difficulté à prendre des décisions, elles montraient une perte de confiance en elles-mêmes, constamment des bouffées de chaleur (reliées aux problèmes de sommeil), anxiété, manque de mémoire, difficulté de concentration, fatigue et sentiment de dévalorisation. Nadelson et al (1983) ont conclu que les femmes qui semblent avoir le plus de troubles pendant la ménopause sont celles qui se sont valorisées à travers leur maternité et l'éducation de leurs enfants. En effet, les facteurs psychosociaux

étaient plus reliés à la dépression pendant la ménopause qu'aux changements endocriniens.

Les classes sociales les plus affectées avec des symptômes dépressifs étaient la haute et moyenne (petite bourgeoisie); par contre, la classe ouvrière trouvait la ménopause comme une sorte de « libération » due aux nombreuses opportunités lors de l'arrêt des règles.

Finalement, la théorie de remplacement des hormones présente certains problèmes. Quelques femmes résistantes aux traitements antidépressifs semblent bien fonctionner avec une thérapie d'oestrogènes. L'évidence actuelle ne justifie pas l'usage routinier d'oestrogènes pour le traitement des femmes postménopausées avec des symptômes dépressifs (Hamilton et al, 1988).

Mais quand même, chez la femme avec une histoire de dépression, l'initiation à la thérapie de remplacement hormonal devra être suivie de près car les oestrogènes jouent parfois un rôle de déclencheur cyclothymique (changement rapide au niveau de l'humeur) (Oppenheim, 1984).

4. CADRE THÉORIQUE

LA RELATION ENTRE LES TRAITS DE PERSONNALITÉ ET LES AUTRES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS LA DÉPRESSION FÉMININE

4.1 Le statut et le rôle de la femme en relation à la dépression

Le type de comportement que Bernard (1971) décrit comme étant une caractéristique dans les rôles interpersonnels et dans les relations que les femmes établissent avec autrui, i.e. donner des soins, se montrer solidaire et accepter passivement. Ces comportements reflètent des caractéristiques psychologiques internes ou bien il s'agit des attentes qui sont typiques de leur rôle. Toutes ces prémisses sont discutables étant donné qu'il n'y a pas de consensus suffisant pour affirmer d'une façon catégorique que ce soit une ou l'autre ou les deux ensemble.

Mais la réalité nous montre que les femmes donnent beaucoup plus de support émotionnel et de soins que les hommes. Les femmes sont toujours plus nombreuses à travailler comme conseillères et compagnes dans des activités de bénévolat (Fisher, 1982). La recherche sur le rôle des sexes est axée sur les expériences différentes des hommes et des femmes dans le même rôle de la vie (par exemple en tant que parent, conjoint ou employé). Un examen de littérature indique qu'il n'existe pas de corrélation simple entre le mariage et le rôle de maîtresse de maison et la dépression chez les femmes. Le travail à l'extérieur de la maison semble atténuer le risque de dépression chez les femmes (Barnett et Baruch, 1987) bien que les femmes mariées travaillant à temps plein puissent être plus vulnérables à la dépression que les hommes dans la même situation, surtout si elles exercent un métier moins prestigieux et qu'elles

cumulent un emploi à temps plein et la responsabilité d'élever leurs enfants (Stoppard, 1990).

Les études sur le sujet indiquent de façon constante que les femmes mariées qui sont également mères de famille sont plus sujettes à la dépression (diagnostiquée par le médecin et déclarée par l'intéressée) que le sont les hommes mariés qui sont pères de famille (Stoppard, 1990).

Cette assertion concorde avec la constatation que les jeunes femmes présentent un risque plus élevé des symptômes et des troubles dépressifs, étant donné que les femmes dont les enfants vivent encore à la maison sont en général jeunes. Les symptômes dépressifs sont plus courants chez les femmes qui n'ont pas d'aide pour élever leurs enfants (ni du conjoint, ni d'autre personne), ce qui suggère que c'est le manque de soutien et non la présence d'enfants qui est le facteur significatif (Stoppard, 1990; Ross et Mirowsky, 1988).

4.2 Le rôle comme précurseur de dépression

Même si les femmes peuvent ressentir beaucoup de satisfaction de leurs relations avec autrui, il faut mentionner que les problèmes et conflits dus à ces relations peuvent aussi causer ou être un risque pour la dépression. L'obligation que ces femmes se donnent pour répondre aux besoins des autres crée en elles un grand risque de stress et de dépression.

Dans leur rôle familial (épouse, mère) et leur rôle communautaire (amie, voisine), les femmes s'obligent à répondre aux douleurs et aux besoins des autres en niant leurs propres besoins et désirs. Les femmes semblent plus affectées par des événements qui touchent les membres de leur famille ou de leurs amis(es). Même si les hommes se montrent plus inquiets quand il s'agit d'un membre de leur famille immédiate, ils ont tendance à se donner une

explication bien raisonnée pour éviter le stress de la situation. Dohrenwend (1976) a trouvé que lorsqu'on demande aux hommes et aux femmes de faire une liste des événements qui sont arrivés soit à eux ou aux membres de leur famille, la grande majorité des femmes ont raconté des événements arrivés aux membres de leur famille et non pas à elles-mêmes. Par contre, les hommes parlent des événements qui leur sont arrivés à eux.

Plus les femmes se montraient inquiètes face aux événements se rapportant à autrui, plus elles avaient un grand risque de dépression. Cohler & Leiberman (1980) ont découvert que les femmes vieillissantes très impliquées auprès de parents âgés présentaient plus de stress psychologique que les membres de leur famille moins impliqués.

4.3 Le rôle familial et les relations intimes

Dans le mariage, les hommes disent être compris et supportés par leur conjointe et ils la considèrent comme leur confidente. Les femmes par contre n'ont pas la même perception. Elles se montrent plus vulnérables que les hommes au niveau des problèmes conjugaux.

Des études nous montrent un grand pourcentage de femmes non heureuses dans leur mariage qui présentent des symptômes dépressifs si on les compare avec un groupe de femmes célibataires (Perlin & Leiberman, 1979). Ce qu'on trouve dans les thérapies, c'est surtout le sentiment de frustration de ces femmes par rapport à leur relation de couple et le rôle de « bonne » épouse ou femme. Ces femmes disent se sentir victimes d'isolement et de froideur émotionnelle dans leur relation de couple.

Weissman (1987) nous mentionne que le statut marital est plutôt un mécanisme protecteur pour l'homme car dans le cas des mariages malheureux, la femme

semble plus affectée au niveau de sa santé mentale. Dans les mariages malheureux, il y a trois fois plus de femmes dépressives que d'hommes dépressifs.

Les femmes ménagères et les femmes sur le marché du travail avec enfants présentent des niveaux élevés de stress (Thoits, 1986). Il semble aussi que les femmes qui ont des enfants, qui ne travaillent pas à l'extérieur, qui ne participent pas à des activités d'ordre social et qui ne peuvent compter sur une relation d'amitié significative ont plus de risque de développer des symptômes dépressifs.

Dychtwald (1989) mentionne que 80 % des gens âgés américains reçoivent l'aide de leur famille immédiate et qu'une bonne moyenne des femmes américaines vont passer plus d'années en donnant des soins à leurs parents âgés qu'à leurs enfants (augmentation de l'expectative des gens).

Il est clair que le stress associé au rôle familial, à la situation du mariage, à la présence des enfants, aux soins aux parents âgés, constitue un risque élevé de développer une dépression.

4.4 Le rôle professionnel

Même si on sait que les femmes travaillent par choix et/ou par besoin, le travail occupe une partie importante dans leur vie. Le statut professionnel et le prestige sont des éléments importants tant pour les hommes que pour les femmes si on parle de santé mentale.

Le stress psychologique semble augmenter quand la tâche devient compliquée par l'absence de support du conjoint, des collègues de travail, ou quand il y a discrimination sexuelle ou raciale. Kessler & McRae (1982) ont trouvé que les

femmes qui travaillent à l'extérieur et qui peuvent compter sur l'aide et le support du conjoint pour les soins des enfants et du ménage ont un niveau de stress peu élevé; par contre, les femmes qui travaillent à l'extérieur sans aucune aide et support du conjoint ont un niveau de stress très élevé.

Ross et Mirowsky (1988) ont étudié la relation entre épouse, mère, travailleuse et leur niveau de dépression. Ils ont trouvé que les femmes qui ne travaillent pas à l'extérieur mais qui ont des enfants en bas âge sont plus susceptibles de développer des symptômes de dépression que celles qui ne travaillent pas mais qui comptent sur leur conjoint pour les tâches domestiques et les soins aux enfants. Par contre, les femmes monoparentales qui travaillent, qui sont les seules responsables du soin et de l'éducation des enfants semblaient plus susceptibles de développer une dépression. Dans les mêmes circonstances, les hommes ne semblent pas éprouver de symptômes dépressifs s'ils ont recours à un bon réseau de gardiennage (garderies).

Des recherches faites sur des couples mariés nous montrent que des facteurs économiques et éducationnels ont une influence sur la dépression. Ceci s'applique tant aux femmes qu'aux hommes, mais l'interaction semble complexe. Il faut ajouter d'autres variables comme le niveau éducationnel, le type de travail, le revenu, etc. Ross and Huber (1985) ont trouvé que les facteurs économiques étaient très liés à la dépression. En ce qui concerne les femmes, on ajoute le niveau éducationnel et les enfants comme variables importantes.

Le statut professionnel et un revenu peu élevé semblent être des facteurs de risque de dépression tant chez les hommes que les femmes. Un bon revenu et l'accomplissement professionnel ne veulent pas dire invulnérabilité à la dépression. Dépression et suicide sont très reliés au taux de suicides élevés,

c'est un signal des désordres affectifs élevés. Nolen-Hoeksema (1990) ont conclu que la dépression était associée à 80 % des suicides.

La recherche sur le taux de suicides chez des femmes professionnelles (i.e. chimistes, infirmières, médecins, étudiantes en médecine, pharmaciennes et psychologues) nous permet de savoir que certaines professions semblent plus à risque au niveau du taux de suicides si on compare à une population générale. En essayant de comprendre le pourquoi, on perçoit plus de risques chez les femmes qui occupent des postes traditionnellement donnés aux hommes. Dans la population en général, les taux de suicides chez les hommes est beaucoup plus élevé que chez les femmes mais chez les femmes professionnelles, le taux de suicides est comparable à celui des hommes en général (Mausner & Steppacher, 1973). C'est important de mentionner que dans les groupes de professionnels à risque, les femmes ont plus facilement accès aux substances meurtrières que la population des femmes en général, mais au niveau de tentatives de suicide, les femmes ont un taux plus élevé que les hommes. On ne doit pas oublier que le suicide est relié aussi à l'alcoolisme et à l'accoutumance aux drogues.

Les femmes professionnelles font partie du groupe avantagé parmi les femmes en général. Les femmes professionnelles qui poursuivent leur carrière, en règle générale, ont plus de ressources financières, elles sont plus instruites, elles sont plus indépendantes et elles possèdent beaucoup plus d'options que les femmes qui appartiennent à d'autres groupes socio-économiques.

Elles ont l'opportunité de développer compétences, respect et statut, mais malgré tous ces avantages, les femmes professionnelles ont une incidence élevée de dépression et de suicide par rapport à d'autres femmes.

Les femmes de carrière ou professionnelles semblent faire face à une variété de conflits et de problèmes qui augmentent le risque i.e. la difficulté à réconcilier la performance au niveau de leur carrière et la responsabilité qu'elles ressentent par rapport au besoin d'autrui (famille).

Elles se font ignorer ou rejeter par leurs collègues masculins si leur performance va à l'encontre de leurs intérêts. Elles s'inquiètent que leur carrière puisse mettre en péril leurs relations maritales, particulièrement dans certaines cultures où le statut de la femme doit être inférieur à celui de l'homme (Post, 1987). Même si les femmes professionnelles ont les moyens de se payer l'aide domestique et les services de gardienne, les maris qui semblent partager la responsabilité de soins des enfants et des tâches domestiques sont presque inexistantes.

Finalement, la famille immédiate et les amis peuvent communiquer leur désapprobation par rapport aux aspirations et désirs de réussir que ces femmes visualisent dans un futur proche.

Selon une étude effectuée au Québec (Cormier et Klerman, 1985B), le taux de suicide chez les femmes sans emploi avait augmenté au même niveau que celui des hommes, entre 1966 et 1981 et une des hypothèses était qu'à partir de 1960, ces femmes ont expérimenté des satisfactions par rapport à un travail rémunéré mais en même temps, plusieurs ont eu la responsabilité d'élever des enfants et d'entretenir une maison. Pour la plupart d'entre elles, le fait de se retrouver sans emploi et d'avoir des personnes à charge augmentait le sentiment de désespoir et le suicide semblait la seule voie de sortie.

On sait qu'entre 1992 et 1993, tout comme en 1987, la prévalence des idées suicidaires au cours des différentes étapes de vie est d'environ 8% tant chez les hommes que chez les femmes. Aucune différence n'a été enregistrée entre les

taux féminins et masculins quelque soit l'âge. C'est entre 15 et 24 ans que ces idées sont les plus présentes, 11% chez les hommes et 14% chez les femmes. La probabilité d'avoir des idées suicidaires est deux fois et demie plus élevée chez les femmes et les hommes plus jeunes. Les femmes célibataires sont celles qui rapportent le plus d'idées suicidaires, 8% contre 2,1% chez les femmes mariées. Cette association entre le statut matrimonial et les idées suicidaires pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la relation qui existe entre le statut matrimonial et l'âge.

Malheureusement, on n'a pas de statistiques concernant la mortalité par suicide chez les femmes professionnelles. Lloyd (1988) mentionne que les femmes qui occupent des positions traditionnelles masculines ont plus de risques de suicide que le reste de la population féminine.

Selon une enquête de Santé Canada effectuée entre 1992 et 1993, 0,6% de la population féminine au Québec âgée de 15 ans et plus a posé un geste suicidaire. Le faible taux d'études existant sur la mortalité par suicide chez les femmes professionnelles dans les différents groupes occupationnels nous empêche d'arriver à des conclusions définitives car on manque de statistiques précises.

Nadelson & Notman (1972) mentionnent des possibilités d'ordre étiologique comme facteurs associés à la discrimination sexuelle (identité, accomplissement, conflits d'affiliation et conflits entre rôle professionnel et rôle d'épouse et mère).

4.5 Interactions entre le travail et le rôle familial

La recherche d'Aneshensel (1986) nous donne des perspectives dans la complexité parmi la variété des rôles que les femmes peuvent mener au bout.

Aneshensel a trouvé que l'effet du stress était d'ordre additif et non pas synergique (convergent). Le stress était relié aux conflits maritaux et aux conflits reliés à l'emploi. Aneshensel a placé les groupes selon l'ordre de « moins » dépressives ou « plus » dépressives.

1.	-	Employées avec problèmes maritaux minimes et très peu de stress au travail	(1.00)
2.	-	Employées avec des problèmes maritaux minimes mais beaucoup de stress au travail	(1.37)
3.	-	Femmes célibataires avec très peu de difficultés au travail	(1.64)
4.	+	Femmes ménagères avec très peu de problèmes maritaux	(2.08)
5.	+	Employées célibataires avec beaucoup de stress au travail	(2.25)
6.	+	Employées mariées avec beaucoup de difficultés maritale mais très peu de difficultés au travail	(2.63)
7.	+	Femmes célibataires sans travail	(3.41)
8.	+	Employées mariées avec beaucoup de problèmes maritaux et beaucoup de difficultés au travail	(3.60)
9.	+	Ménagères mariées avec beaucoup de problèmes maritaux	(5.47)

Ces recherches nous montrent que les femmes qui travaillent, même si elles ont des problèmes maritaux et des difficultés au travail, ont moins de risques d'avoir une dépression que les femmes mariées qui ne travaillent pas à l'extérieur.

4.6 La vulnérabilité

Il existe plusieurs hypothèses qui montrent que la vulnérabilité des femmes est due au rôle social que la femme s'est attribué par des générations en reproduisant le même comportement.

Newmann (1987) nous mentionne que dû à son rôle social, la femme reproduit une variété énorme de caractéristiques mal adaptées face aux difficultés de la

vie quotidienne, ce qui risque de développer ou maintenir une attitude dépressive comme réponse au stress (Abramson & Andrews, 1982).

Une pauvre estime de soi est un facteur très important dans la dépression. Brown & Harris (1978) ont suggéré que dans un modèle où l'on trouve des facteurs de vulnérabilité et des agents déclencheurs, la dépression semble être présente. La présence de vulnérabilité par elle-même n'est pas un facteur de risque de dépression s'il existe l'absence des agents déclencheurs (Brown et al, 1986). Dans leur modèle, ils mentionnent que les variables sociales (i.e. perte de la mère par décès ou séparation avant l'âge de onze ans, la présence de plusieurs enfants de moins de quatorze ans (+ trois) à la maison, emploi peu rémunéré, relation insécure avec un partenaire ou mari) sont des variables qui ensemble peuvent contribuer à une dépression.

D'ailleurs, les mécanismes psychologiques pour mieux expliquer les variables sociales implicites dans la vulnérabilité psychologique n'ont pas été clairement définis. Quoique cette recherche semble peu concluante, elle a été quand même prise en considération et même supportée (Brown & Prudo, 1981). Les facteurs de risque selon Brown & Harris n'ont pas été reproduits constamment, la question qu'on se pose est de savoir si les facteurs de risque agissent d'une façon indépendante ou s'ils ont des effets synergiques (Tennant, 1985). Il faut ajouter que cette recherche n'inclut pas de participants masculins pour faire une comparaison.

On parle d'une réalité extérieure (société) qui pousse les femmes vers la dépendance et le sentiment de se sentir nécessaires pour répondre aux besoins des autres (à travers des récompenses ou châtements) concomitants pour leurs actions.

Pour mieux comprendre l'association entre femmes et dépression, il faut penser au style explicatif. Ce style explicatif devient un autre facteur de vulnérabilité.

Abramson et al (1978) ont suggéré que certains individus ont la particularité de chercher à expliquer des événements négatifs d'une façon pessimiste. Ce type d'individu risque de développer des symptômes de dépression de gens qui ont une attitude positive.

Peterson et Seligman (1984) ont fourni des études longitudinales sur des sujets de groupes semblables qui diffèrent seulement dans leur attitude à prévoir ou visionner les événements. Celles qui semblaient plus optimistes pour raconter les événements semblaient moins déprimées vers la fin de l'étude.

Un autre facteur important de vulnérabilité est la perception de perte de contrôle. Warren & McEachren (1983) mentionnent que si les femmes reçoivent comme instruction de « Learned helplessness training », à la différence des hommes, elles auront plus de chance de développer un style pessimiste de visionner leur avenir, ajouté aux événements de vie (i.e. mère, épouse travailleuse, ménagère, amie, confidente, personne significative pour parents vieillissants, etc.). Le « Learned helplessness training » se caractérise par l'apathie, le pessimisme et l'inertie. C'est une réponse aux événements incontrôlables. Ce comportement se base sur la théorie de Seligman (1975) qui disait que l'expérience des événements traumatiques qui échappaient à leur contrôle provoquaient chez des individus des réactions d'apathie, de dépression et d'angoisse. Cette théorie a été utilisée pour expliquer les relations pathologiques que certaines femmes établissent avec des hommes violents et batteurs. En général, ces femmes n'essaient pas de fuir des relations abusives en disant qu'elles se sentent incapables de faire quoi que ce soit de peur de se faire frapper à nouveau. Ce traumatisme vécu d'une façon régulière provoque dans la plupart des cas une baisse dans l'estime de soi, une dépendance accrue

envers le batteur (émotionnelle et financière), le tout accompagné de sentiments de culpabilité.

En 1989, Abramson et al ont révisé la théorie de 1978 sur l'impuissance ou l'incapacité et la dépression (Helplessness and Depression) et ils ont offert la théorie du désespoir dépressif (Hopelessness Depression). Ce modèle joint l'impuissance face aux attentes que l'avenir exige et le désespoir d'être incapable de combler les exigences de la vie. Ces deux conditions ou facteurs mènent vers une dépression si des événements négatifs sont présents.

4.7 Le stress

Le stress semble être un autre élément très présent dans la vie de la femme. Deux sources de stress assez importantes sont la pauvreté et la violence.

Newman (1986) a étudié la relation entre les sources de stress et la vulnérabilité qui conduisent vers la dépression. Elle nous montre que les femmes en particulier sont prédisposées à avoir plus de stress devant des situations comme l'absence du conjoint, la solitude, les difficultés financières et les problèmes de santé mais d'autres études démontrent que devant les mêmes circonstances de vie, les hommes et les femmes développaient des symptômes dépressifs.

Il faut mentionner aussi que les jeunes épouses montraient un plus haut niveau de tristesse que leur homologue masculin ou que des jeunes femmes célibataires. Mais comment peut-on relier ces sentiments de tristesse au risque de développer une dépression ? La réponse n'est pas claire mais on mentionne que les femmes expriment leurs sentiments plus souvent que les hommes (ceci pourra être un reflet des normes de société et de personnalité).

4.8 Les critères de performance et de compétence

Depuis la dernière décennie, plusieurs études (Bassoff & Glass, 1982; Whiteley, 1985) nous parlent de la relation entre la santé mentale et le trait de performance (trait masculin) qui reflète un sens de contrôle et de domination et le caractère expressif (trait féminin) qui reflète un sens de soumission et de dévouement envers les autres.

Parmi l'échantillon sélectionné pour leurs études, 80 % des étudiants étaient de niveau collégial. Le résultat de cette étude a été le suivant: la santé mentale est liée au traits que traditionnellement on attribue aux hommes i.e. performance, autonomie, efficacité et compétence. Par contre, la dépression se définirait comme une absence de traits positifs (performance, etc.) et comme conséquence un plus haut niveau d'anxiété et de désordres affectifs et somatiques. Blechman (1981) a étudié le rôle que la compétence joue dans la dépression. Pour elle, les gens compétents sont ceux qui entretiennent des relations interpersonnelles positives et qui accomplissent des tâches dans la vie courante.

Dans son modèle de compétence, il fallait ajouter deux éléments importants pour arriver à un équilibre mental :

Facilité à résoudre des conflits :

Facilité à résoudre des conflits que la liberté d'action quotidienne nous présente et nous confronte pour permettre une meilleure affirmation de soi. Elle nous mentionne des évidences que les femmes ont moins tendance que les hommes à recevoir des accomplissements favorables dans leur vie et ajoute que les femmes sont perçues par leurs pairs comme étant moins habiles malgré leur compétences et leurs actions.

Rumination :

Un autre élément est la « rumination ». Nolen - Hoeksema (1987) proposent une hypothèse sur les différentes réponses devant un même stimulus (dysphorie). Les hommes en général s'engagent dans des activités physiques pour se distraire et éviter une humeur dépressive. Par contre, les femmes ont tendance à rester moins actives et à ruminer sur les causes de leur humeur dépressive. Cette réponse va augmenter les symptômes dépressifs (sentiment d'échec, perte d'espoir) et un plus grand risque que l'individu considère des explications dépressives comme cause de sa dépression. Les hommes ont moins tendance à mentionner des symptômes dépressifs quand ils sont en consultation (Angst & Dobler - Mikola, 1983).

4.9 Être victime d'abus

Il existe des circonstances et des événements qui sont reliés à la dépression tant pour les femmes que pour les hommes mais les femmes semblent être sur-représentées i.e. des études nous montrent que les individus qui ont peu d'instruction, peu de revenus, un statut socio-économique bas et sans emploi ont un plus grand risque de développer une dépression (Golding, 1988). Malheureusement, les femmes se trouvent fréquemment dans cette catégorie.

Être victime d'abus dans des relations interpersonnelles est un facteur de risque pour la dépression. Ce qui se présente comme étant une humeur dépressive peut bien être une réponse post-traumatique aux expériences de violence physique et/ou psychologique. On classe les abus selon leur caractère: abus sexuel pendant l'enfance, abus physique, viol, harcèlement sexuel au travail, abus sexuel par un thérapeute ou intervenant en santé mentale.

Si on regarde les effets traumatiques que ces abus causent sur ces femmes victimes de relations interpersonnelles abusives, on peut voir le lien entre

relations abusives et problèmes d'ordre mental. La plupart des femmes victimes d'abus ont été abusées à plusieurs reprises, soit par des membres de leur famille, par quelqu'un proche de leur entourage, un conjoint, un ami, un compagnon de travail et du personnel soignant. Plusieurs victimes d'abus se retrouvent parmi les femmes diagnostiquées comme ayant une personnalité « borderline » (Van der Kolk et al, 1987).

Fréquence de la violence chez les femmes

Les femmes semblent plus nombreuses que les hommes à être victimes d'abus. Une recherche effectuée sur une population non clinique nous montre que les abus sexuels commis sur des enfants (filles) se rangent entre 21.7 % et 37 % (Bagley & Ramsey, 1986). Par contre, le taux semble descendre en ce qui concerne les enfants (garçons).

Quant aux femmes battues par un conjoint, ami ou mari, les chiffres indiquent un pourcentage entre 25 % (Steinmetz, Strauss & Gelles, 1980) et 50 % (Walker, 1984). Encore là, ces chiffres deviennent presque minimes quand il s'agit des hommes.

On estime entre 12 % et 14 % le pourcentage des femmes violées par leur mari ou par un membre de leur cercle d'amis (Finkelhor, Yilo, 1985). Une autre forme d'abus est le harcèlement sexuel au travail. Un récent sondage (New York, Public Interest Group, 1981) nous indique que 71 % des femmes qui travaillent à l'extérieur ont vécu le harcèlement sexuel et la plupart d'entre elles perdent leur travail suite aux événements. Si l'on y ajoute d'autres conflits personnels, on a suffisamment d'événements précurseurs à une dépression.

En ce qui a trait à la violence envers les femmes, une enquête effectuée par Statistique Canada en 1993 indique que 51% de toutes les femmes canadiennes ont été victimes d'au moins un acte de violence depuis l'âge de 16 ans. Cette

enquête indique également que 25% des femmes canadiennes ont été maltraitées ou victimes d'agression sexuelle par un conjoint ou un conjoint de fait depuis l'âge de 16 ans.

Entre février et juin 1993, Statistique Canada a mené une étude sur tout le territoire canadien (excepté le Yukon et les Maritimes). Approximativement 12 300 femmes de 18 ans et plus ont été interviewées au téléphone concernant leurs expériences de violence physique et sexuelle. Cette enquête confirme ce que d'autres recherches ont suggéré. Les femmes risquent de se faire violenter par des hommes qu'elles connaissent (45%); 34% ont expérimenté des abus physiques, 5% ont expérimenté des menaces, 39% ont reporté avoir été violentées sexuellement et 15% ont été victimes d'attouchements sexuels. Parmi les femmes professionnelles qui ont été victimes de violence, sur une population de 10 498 femmes, 1 628 diplômées universitaires ont subi de la violence dans leur vie, 148 ont dénoncé être victimes de violence, ce qui nous donne 9% des femmes professionnelles victimes d'abus. Parmi ce groupe, il y avait 2 036 femmes avec des revenus dépassant 60 000\$ par année qui étaient victimes de violence et 197 d'entre elles avaient dénoncé avoir été victimes de violence pendant l'année, ce qui totalise 10% des femmes victimes d'abus appartenant à un ménage avec des revenus de 60 000\$ et plus.

La recherche de Moeller et Bachman (1993) montre que sur un échantillon de 658 femmes blanches de classe moyenne suivies en gynécologie dans l'état du New Jersey, cette population n'est pas particulièrement vulnérable. On peut remarquer que même si les femmes font partie d'un groupe comportant moins de facteurs de risques que d'autres, elles ont déjà subi plusieurs abus. La moitié (53%) des répondantes ont dit avoir vécu une ou plusieurs violences dans leur enfance, 28,9% avaient subi un type de violence, 18,7% en avaient subi deux et 5,4% avaient subi les trois types de violence : violence physique, agression sexuelle et violence émotionnelle. (Revue *Intervention*, No. 108, Décembre

1998, La violence décloisonnée ou la victimisation et la revictimisation dans la vie privée des femmes, Ann Pâquet-Deehy).

Effets physiques des abus et leur lien avec la dépression

Certaines catégories d'abus peuvent produire des changements physiologiques qui peuvent contribuer à la dépression. Les victimes d'abus physiques et de viol peuvent souffrir de blessures à la tête qui ne seront pas détectées si la victime ne demande pas d'aide médicale ou si les symptômes neurologiques ne sont pas présents immédiatement après les événements. Ces blessures à la tête peuvent être à l'origine d'un comportement et d'une humeur dépressifs, ainsi que de pertes cognitives, manque de motivation dû à l'effet du trauma.

Effets psychologiques et leur lien avec la dépression

En général, les victimes de violence présentent les mêmes symptômes que les individus diagnostiqués dépressifs, i.e. désespoir, impuissance, estime de soi négative, changement d'humeur, trop critique envers soi-même, sentiment de dévalorisation et difficulté à garder une relation intime.

Dans sa recherche, Walker a pu voir la relation entre un comportement psychologique défini et l'effet traumatique d'avoir été victime d'abus. Le tout conduit au modèle de Seligman (1975) « Learned helplessness ».

Lors d'entrevues effectuées auprès de femmes victimes d'inceste et de viol, Roth et Leibowitz (1988) ont trouvé que les émotions qui semblent apparaître après les événements sont des sentiments d'impuissance, de rage, de culpabilité et des taux de dépression assez élevés.

4.10 La pauvreté

Des symptômes de dépression sont très fréquents chez les individus avec des problèmes économiques et appartenant à une classe sociale ouvrière. Les femmes avec peu de revenus sont plus susceptibles aux événements stressants de la vie. La pauvreté semble être une circonstance de la vie très reliée à une symptomatologie dépressive (Kaplan et al, 1987).

Dans une étude longitudinale sur une période de neuf ans pour identifier les facteurs précipitants d'une dépression, il est apparu qu'un revenu inadéquat était relié à un risque élevé de symptômes dépressifs et que les facteurs précipitants étaient la perte d'emploi et les « problèmes d'argent ». Ils ont suggéré que les conséquences d'un revenu inadéquat sur une période de temps indéfini conduit à un taux élevé d'insécurité personnelle, anomie, isolement social, frustration, agressivité, tristesse, sentiments de dévalorisation.

5. MÉTHODOLOGIE

5.1 Formulation des questions de recherche

Sachant que le titre de mon mémoire de maîtrise est *L'intervention psychosociale auprès des femmes dépressives*, mon but premier est de m'informer et d'étudier les différents phénomènes psychosociaux qui semblent intervenir dans le processus dépressif de certaines femmes.

Première question : À partir de ces intérêts, j'ai décidé de cibler comme question de recherche quels facteurs psychosociaux, leur identité, leur milieu social, peuvent déclencher la dépression chez les femmes et comment ces facteurs influencent-ils leur vie?

Deuxième question : Comment la recherche peut-elle être jumelée avec les processus d'intervention?

D'où vient mon intérêt pour les femmes dépressives? La dépression chez les femmes suscite mon intérêt depuis mon implication en Santé mentale, en 1987. Le fait d'avoir cotoyé au cours de mon expérience professionnelle une population majoritairement féminine affectée par cette sorte de trouble m'a fait réfléchir sur les facteurs et les conditions prédisposant à une réaction dépressive et sur l'intervention la plus adéquate du travail social comme complément à l'intervention psychiatrique.

En 1993, j'ai eu la chance de faire partie d'une équipe en clinique privée dans l'Ouest de l'île. Je travaillais avec deux psychiatres qui partageaient leur temps entre le milieu institutionnel et la clinique, c'est-à-dire qu'ils travaillaient en clinique privée à mi-temps, et tous les deux se sentaient débordés dû à l'affluence des patients qui étaient référés en majorité par des médecins généralistes de la région. Les autres étaient référés par la clinique externe de l'Hôpital Général Lakeshore (hôpital de la région).

L'un des psychiatres travaillait aussi une demi-journée (le samedi matin) dans une autre clinique médicale de la région qui référait également des patients.

La clientèle de notre clinique (Clinique Canvin) était majoritairement féminine et consultait pour des problèmes dépressifs. Les deux psychiatres voyaient donc la nécessité d'ajouter au personnel médical un travailleur social clinicien avec formation en psychiatrie pour assurer la psychothérapie car ils étaient dans l'impossibilité d'assurer le suivi psychologique et social. Ils ne pouvaient assurer qu'un suivi biologique (médication). Ils m'ont donc approché et d'un commun accord, nous avons établi qu'il serait mieux que je m'occupe uniquement des cas de dépression grave récurrente et de dépression dysthymique (cas les plus fréquents d'après l'opinion des psychiatres).

Ces deux diagnostics sont expliqués comme suit :

La dépression grave récurrente est caractérisée par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines. La dépression dysthymique est caractérisée par une humeur dépressive chronique. Les symptômes doivent être présents plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans.

Grosso modo, mon travail consistait à assurer une intervention psychosociale et à donner un compte rendu sur les patientes qui prenaient une médication car les psychiatres ne pouvaient pas les rencontrer sur une base régulière. Étant donné que j'avais la clientèle-cible, le bureau fourni pour rencontrer les patientes, et le support professionnel de mon équipe, j'ai donc décidé d'écrire un projet de mémoire de maîtrise. Dans le cadre de cette préparation, j'ai dû négocier une entente préférentielle pour les femmes dépressives diagnostiquées dans les catégories ci-haut mentionnées. En janvier 1995, j'ai soumis mon projet de mémoire (étude du phénomène de la dépression chez les femmes) en portant une attention particulière aux facteurs psycho-

socio-culturels qui contribuent au déclenchement de la dépression sur cette catégorie de femmes. Ainsi, c'était une occasion pour moi de mettre en relation d'une part les lectures, les cours universitaires et mon travail clinique et d'autre part de décider de l'intervention la plus adéquate et d'évaluer les résultats de mon intervention.

5.2 Collecte des données

Sur une centaine de cas suivis en clinique (avec prise de médicaments), aucun suivi de psychothérapie n'était disponible. Parmi cette clientèle, il y avait :

- quelques cas référés par des médecins généralistes parce qu'ils voulaient faire confirmer leur diagnostic par un psychiatre ou tout simplement parce qu'ils étaient incapables d'assurer un suivi étant donné la complexité de la dépression.
- des cas de patientes qui étaient déjà suivies par les psychiatres et qui répondaient très bien à la médication et qui ne ressentaient pas le besoin de suivre la psychothérapie car leur humeur était stable.
- des femmes dépressives qui ne semblaient pas motivées à assister aux séances de thérapie parce que la médication semblait leur redonner un certain équilibre émotionnel et qu'elles ne voulaient pas modifier leur comportement ou leur façon de percevoir la réalité.
- des femmes qui ne pouvaient pas assister aux séances sur une base régulière à cause d'un problème de déplacement (moyens de transport inadéquats étant donné que la plupart de ces femmes demeuraient en région plus éloignée). Elles étaient intéressées à voir le psychiatre à l'occasion pour un renouvellement de médicaments.
- des femmes pour qui les honoraires demandés par la travailleuse sociale étaient le seul obstacle (pas de compagnie d'assurance pour rembourser les frais ou compagnies d'assurance ne couvrant que les services de psychologues).
- des femmes qui étaient très intéressées aux séances mais qui avaient des enfants en bas âge et qui avaient de la difficulté à trouver une gardienne pendant la semaine.

- des femmes qui cachaient à leur époux ou conjoint le fait qu'elles consultaient en psychiatrie et qui se disaient dans l'incapacité de consulter une travailleuse sociale; elles avaient peur car la plupart étaient victimes de violence conjugale.

Une fois que la sélection des patientes rencontrant les critères choisis fut terminée (fin septembre 1995), il restait une vingtaine de cas. J'ai fait comprendre aux psychiatres l'importance qu'ils expliquent à leurs patientes mon projet de recherche et qu'ils me présentent comme faisant partie intégrante de leur équipe de travail. J'ai fait cette demande parce que j'ai réalisé que ces femmes semblaient donner leur entière confiance aux psychiatres.

De ces vingt patientes questionnées sur l'intérêt de participer à cette étude, seulement dix étaient intéressées. J'ai obtenu leurs noms et leurs numéros de téléphone des psychiatres et j'ai communiqué avec elles. Toutes les patientes référées par les psychiatres étaient diagnostiquées dépressives et étaient sous médication. Cette médication pouvait être prescrite à court ou à long terme selon l'accord entre la patiente et son psychiatre. La clientèle était composée de femmes entre 23 et 71 ans.

Suite à mon premier contact téléphonique, seulement sept femmes ont décidé de participer à l'étude pour évaluation et suivi pour une période minimale de 12 mois et maximale de 24 mois. Une fois la sélection complétée (au début d'octobre 1995), sur les sept cas choisis, cinq patientes ont été diagnostiquées dépressives dans la catégorie dysthymie (300.4) et les deux autres ont reçu un diagnostic de dépression grave récurrente assortie de manifestations psychotiques (296.3X) selon le DSM IV (*Manuel Diagnostique et Statistique de Maladies Mentales*).

Le diagnostic a été établi avec certitude après deux séances d'évaluation : la première en présence du psychiatre et la deuxième avec la travailleuse sociale. Dans la deuxième séance d'évaluation, une évaluation psychosociale a été faite sur les sept femmes et l'inventaire de dépression de Beck adapté par Bourque et Beaudette (comme deuxième

outil d'évaluation) a été distribué vers la fin de la séance pour confirmer une fois de plus le diagnostic.

Lors de la troisième rencontre, on a discuté du plan de traitement et de la thérapie appropriée dans chacun des cas. Ensuite, on a analysé les résultats de l'inventaire de dépression de Beck.

Les sept femmes ont accepté de collaborer à l'étude pour deux raisons :

- 1) pour m'aider à obtenir ma maîtrise; et indirectement, pour aider d'autres femmes vivant une situation de désespoir semblable;
- 2) pour s'aider elles-mêmes en acceptant l'aide des ressources disponibles dans leur communauté : le médecin généraliste, le psychiatre et la travailleuse sociale qui pouvait, à son tour, leur consacrer plus de temps et d'écoute. Leur but à toutes était de se sortir de leur dépression.

Avec un échantillon de sept femmes, on ne peut pas être trop compliqué. L'analyse utilisée sera de type qualitatif car à travers cette étude, les récits de ces femmes n'ont pas subi de modifications. J'ai essayé de transcrire presque textuellement leurs réticences à exprimer leur point de vue, la difficulté qu'elles éprouvaient à trouver les mots justes pour exprimer leurs sentiments, leur tendance à s'appuyer sur moi par des expressions telles que « vous savez » ou « voyez-vous ». Elles nous ont communiqué à travers leur récit, ce qu'elles ont vécu depuis leur tendre enfance.

Dans des mots simples, ces femmes nous ont parlé d'elles-mêmes. Puisque les théories traditionnelles de la dépression ne tiennent pas suffisamment compte du vécu intérieur des femmes, de l'effet des stéréotypes sexuels et de l'inégalité des sexes, cette étude pourra me permettre de trouver de nouvelles voies d'accès à la compréhension de la dépression féminine, de nouveaux concepts qui refléteront plus adéquatement les réalités émotionnelles vécues par les femmes.

Mes meilleurs guides dans cette recherche sont les femmes en dépression car elles se connaissent assez bien. Elles sont témoins à tous les jours de leur vécu psychologique. Le fait de considérer que les femmes en dépression sont capables de nous renseigner sur leur maladie va à l'encontre d'une habitude bio-médicale très ancrée qui mentionne que l'observateur qui se distancie, qu'il s'agisse d'un chercheur ou d'un thérapeute, est le plus apte à bien décrire le problème car sa perception ne serait pas teintée de subjectivité car il considère que la dépression pousse une personne à exagérer les aspects négatifs d'une expérience donnée. La plupart des théories pour expliquer la dépression féminine sont nées d'une structure mentale et psychologique masculine.

Les travaux en épidémiologie et en biologie peuvent mettre en lumière certains risques associés à la dépression, mais ils ne peuvent pas expliquer pourquoi dans des milieux sociaux et relationnels similaires, certaines femmes sombrent dans la dépression et d'autres pas. Pour connaître la réaction d'une femme au milieu dans lequel elle vit, nous devons connaître la signification qu'elle-même apporte à ce milieu, l'interprétation qu'elle donne à ses actes et ce qu'elle pense d'elle-même et de sa valeur en tant que femme dans ses relations et dans son milieu vital.

5.3 Procédure

Pour répondre aux besoins de la recherche et assurer une intervention appropriée, les deux psychiatres et moi avons élaboré une stratégie de traitement qui nous a permis de mieux établir un diagnostic, de connaître en profondeur la problématique et de mettre en pratique un bon plan de suivi.

Nous avons établi trois séances préliminaires :

La première séance se déroule uniquement avec le psychiatre afin que ce dernier puisse déceler les facteurs biologiques déclenchants de son état dépressif et confirmer le diagnostic du médecin généraliste.

La deuxième séance se déroule uniquement avec la travailleuse sociale pour une évaluation psychosociale. Dans certains cas, si la concentration de la patiente semble adéquate, l'inventaire de dépression de Beck est rempli vers la fin de la deuxième séance sinon on le rapporte à la troisième séance.

La troisième séance se passe encore uniquement avec la travailleuse sociale. D'habitude dans cette séance, on discute du plan de traitement et du type de thérapie la plus adéquate. Après la troisième rencontre, on procède au suivi psychosocial individuel. Ce suivi va dépendre de la problématique de la situation. Dans certains cas, on établit un horaire de visite avec la patiente à toutes les semaines (une fois par semaine); dans d'autres cas où la problématique semble moins grave, on planifie une rencontre à tous les quinze jours.

Comme ces patientes venaient de commencer un traitement avec antidépresseurs, un suivi hebdomadaire ou aux deux semaines permettait de savoir si la médication allait bien, car c'était à la travailleuse sociale de déterminer si la patiente semblait stable ou si elle présentait un ou plusieurs effets secondaires et d'en faire rapport au psychiatre. Si la patiente présentait plusieurs effets secondaires et qu'elle n'avait rien signalé au psychiatre, c'était à la travailleuse sociale de rencontrer le psychiatre pour en discuter. Le suivi de la thérapie au niveau psychosocial était l'entière responsabilité de la travailleuse sociale. Si la patiente décidait d'arrêter la médication pendant le suivi thérapeutique, la travailleuse sociale devait le mentionner au psychiatre car l'arrêt brusque pouvait causer certains ennuis, i.e. augmentation de l'angoisse, augmentation de la dépression, etc. Au niveau du suivi psychosocial, la patiente déterminait la fréquence des séances si elle ressentait le besoin d'un suivi plus fréquent. La travailleuse sociale lui rappelait les bénéfices et la nécessité d'une rencontre hebdomadaire si nécessaire. Les séances duraient en général entre 45 minutes et une heure. Après chaque séance, la travailleuse rédigeait ses notes évolutives qui indiquaient les points importants ressortis lors de la rencontre et les points faibles qu'il fallait

travailler lors des séances subséquentes. Quand la séance de thérapie arrivait à la fin, la travailleuse sociale demandait à la patiente s'il y avait encore des conflits ou problèmes non résolus qui faisaient partie du plan de traitement. Si c'était le cas, on allongait la séance afin de trouver une solution adéquate à la problématique et c'est seulement vers la dernière séance que l'inventaire de dépression de Beck était donné. Ensemble, la patiente et la travailleuse sociale analysaient et comparaient le premier Inventaire de Beck passé lors de la troisième rencontre au début du traitement et celui de la fin du traitement. Un feedback était donné sur les changements expérimentés vers la fin du traitement et en même temps la patiente donnait sa perception de la thérapie.

5.4 Similitude ou différence entre la procédure d'évaluation et de suivi pour la recherche et la procédure usuelle dans le milieu

D'abord, il existe deux sortes de milieux : le milieu public et le milieu privé. Dans le milieu public, c'est-à-dire le travail accompli à l'intérieur de l'hôpital ou en clinique externe, les choses changent car les travailleurs sociaux ne s'occupent pas de passer de test pour vérifier un diagnostic, celui-ci étant l'entière responsabilité du psychiatre. En entrevue individuelle en milieu psychiatrique, quand le patient est attendu pour une entrevue, il y a trois membres de l'équipe multidisciplinaire qui sont présents. Un des membres agit comme intervieweur et les autres écoutent et c'est seulement vers la fin de l'entrevue (45 minutes) que les autres membres posent des questions au patient. Suite à cette rencontre, les membres de l'équipe se réunissent avec les collègues et l'intervenant qui a mené l'entrevue présente le cas devant le groupe ou l'équipe, car il y a des intervenants qui n'ont pas assisté à l'entrevue. En fonction de la problématique apportée par la patiente, le cas sera donné au *case load* de l'intervenant qui semble mieux répondre au besoin du patient. De cette façon, un suivi est assuré. Si en cours de route, la complexité du cas soulève des difficultés, des réunions hebdomadaires ont lieu où le cas difficile est présenté, et tous les membres de l'équipe donnent leur perception en fonction de leur expertise, mais ceci implique beaucoup plus de réunions et moins de rapports écrits.

En milieu privé, c'est différent car le travail se fait plus en solitaire. La travailleuse sociale doit se fier plus à son jugement personnel et si elle a de la difficulté à trouver une solution adéquate, elle peut échanger à l'occasion avec d'autres professionnels.

Actuellement, la procédure d'évaluation et de suivi pour la recherche et la procédure usuelle dans le milieu privé reste presque la même, c'est-à-dire qu'il n'y a pas une grande différence, la clientèle assignée à la travailleuse reste la même, c'est-à-dire celle qui rentre dans la catégorie de dépression avec dépression dysthymique et dépression grave récurrente. Au niveau de l'évaluation, la procédure est la même, i.e. évaluation psychosociale de la patiente par la travailleuse sociale obligatoire à la première rencontre.

Après l'entrevue avec la patiente, où toute une cueillette de données est compilée pour la rédaction de l'évaluation psychosociale, une copie de cette évaluation est envoyée au psychiatre concerné afin qu'il obtienne un bon portrait psychosocial de la patiente référée et l'original est conservé dans le dossier de la patiente. Au cours des rencontres subséquentes, des notes évolutives pour décrire la situation à chaque séance sont prises ainsi que les forces et faiblesses de la patiente et les points importants à travailler lors des prochaines séances.

La seule étape différente pour les besoins de cette recherche est le fait que l'inventaire de dépression de Beck a été ajouté. Normalement, ces tests ne sont pas donnés, ni à l'évaluation, ni à la fin de la thérapie. Le bon jugement du psychiatre suffit car ce n'est pas du domaine de la travailleuse sociale. Donc, ces tests ont été ajoutés comme étant des outils de mesure plus objectifs.

6. PRÉSENTATION DES SUJETS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Pour chaque patiente : Évaluation psychosociale; Inventaire de dépression de Beck (pré-test); Diagnostic; Plan d'intervention; Évolution de la situation; Évaluation des résultats; Inventaire de dépression de Beck (Post-test).

La deuxième partie correspondra à notre travail clinique. Pour ceci, j'ai choisi parmi la clientèle un échantillon de sept femmes qui ont accepté de collaborer à l'étude.

Ces femmes vont nous donner une vision psychosociale de la problématique qui les afflige. Elles vont nous communiquer dans leur écrit de vie ce qu'elles ont vécu depuis leur tendre enfance. Dans des mots simples, ces femmes vont nous parler d'elles-mêmes. Puisque les théories traditionnelles de la dépression ne tiennent pas suffisamment compte du vécu intérieur des femmes, de l'effet des stéréotypes sexuels et de l'inégalité des sexes, nous devons trouver de nouvelles voies d'accès à la compréhension de la dépression féminine, de nouveaux concepts qui reflèteront plus adéquatement les réalités émotionnelles vécues par les femmes.

6.1 Premier cas : Vicky - 23 ans

1. Évaluation psychosociale

Raison de la consultation :

Son père a contacté notre clinique parce que sa fille semblait ne pas vouloir quitter sa chambre pour se nourrir, se laver, et faire ses activités de la vie quotidienne. Pendant le jour, elle dormait et la nuit elle se promenait dans sa chambre en parlant toute seule.

Histoire personnelle :

Vicky a été enfant unique jusqu'à l'âge de 10 ans lorsque ses parents ont décidé de divorcer. Chacun s'est remarié et Vicky est restée avec sa mère. Son père a eu d'autres enfants avec sa nouvelle compagne. Vicky visite régulièrement ses demi-frères et elle s'entend très bien avec sa marâtre. Par contre, la mère de Vicky vit un conflit perpétuel avec son ex-mari et sa compagne, ce qui semble affecter la relation entre Vicky et son père. Vicky me fait savoir que depuis l'âge de 14 ans, elle a eu toutes sortes de relations affectives avec des jeunes hommes de son âge, mais dans toutes ses relations, elle semblait être victime d'abus physiques et mentaux. Sa dernière relation remonte à 6 mois et n'a pas été dépourvue de menaces et de manipulations de la part de son compagnon. Le beau-père de Vicky semble avoir des difficultés financières car son ex-femme lui demande constamment de l'argent (pension alimentaire et activités pour les enfants). La mère de Vicky utilise sa pension alimentaire pour équilibrer ses dépenses à la fin du mois, ce qui enrage Vicky qui dit ne pas avoir le nécessaire pour s'habiller et étudier. Vicky dit se sentir très mêlée et confuse dans ces mélanges de mariage et ces « steps » comme elle les définit.

Vicky aimerait être capable de vivre toute seule car elle se sent isolée malgré la présence constante de sa famille autour d'elle. Son père lui a offert un emploi dans sa compagnie parce qu'il ne veut plus payer de pension alimentaire à son ex-femme. Vicky s'inquiète beaucoup car elle ne se sent pas prête à travailler d'une façon

permanente et surtout pas à respecter un horaire études - travail. Vicky a terminé son Cegep et elle a commencé un baccalauréat en anglais à l'université.

État de santé (physique, mental) :

Vicky a des antécédents de dépressions récurrentes qui ont été traitées à l'hôpital. Elle a eu une première crise psychotique à l'âge de 16 ans qui a été traitée avec des antidépresseurs et des antipsychotiques. Dès que Vicky a laissé sa médication, son état mental a empiré pour devenir complètement psychotique (en dehors du contexte réel). Vicky semble avoir perdu du poids depuis son dernier épisode psychotique, elle a l'air d'une fille plus jeune pour son âge.

Elle n'a jamais consulté par elle-même subissant la pression de son entourage pour se faire suivre. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide à des périodes où elle se sentait toute seule et sans but dans la vie.

Elle me fait savoir qu'elle déteste les médicaments et qu'elle les prend seulement quand elle n'a pas d'autres choix car elle pense que tous les médicaments génèrent la dépendance. Quand elle parle, elle le fait très lentement car elle a de la difficulté à composer des phrases. Elle a de la difficulté à se concentrer et elle a dû interrompre ses cours à l'université. Par moments, elle présente des épisodes de dissociation (se sentir en dehors de son corps).

Situation financière :

Elle se définit comme étant très dépendante de sa famille financièrement. Elle a travaillé à temps partiel pour couvrir ses dépenses de fins de semaine. Elle conduit une voiture offerte par son père, mais depuis des années, l'entretien du véhicule lui coûte une petite fortune. Elle dit avoir des dettes sur cartes de crédit qu'elle cache à son père de peur qu'il ne se fâche contre elle.

Attitude de la cliente :

Elle se définit comme étant très dépendante de sa famille qu'elle dit aimer et détester en même temps. Elle se dit incapable de se prendre en main. Elle a peur d'aller en entrevue, elle pense que les gens (bureau des ressources humaines) vont rire d'elle, de ses réponses, de sa façon de s'habiller.

Elle ne croit pas être capable de respecter un horaire de travail car elle se sent très fatiguée le matin et a de la difficulté à quitter son lit. Elle décrit sa chambre comme son seul refuge contre le monde. Elle garde dans sa chambre tous ses souvenirs d'école, d'enfance, ses poèmes morbides (elle les cache, de peur que les gens la jugent comme étant « étrange »). Elle me parle de ses amies qui prennent de la drogue mais elle dit ne pas en consommer elle-même. Elle veut tout de même garder ses amies de peur de rester toute seule.

Impression :

Vicky semble très déprimée, son état remonte à plusieurs années, avec plusieurs hospitalisations. Elle montre une certaine stabilité quand elle est suivie avec des médicaments: antidépresseurs et antipsychotiques. Le renforcement peut se faire par une psychothérapie car elle a besoin de se faire rappeler constamment de suivre sa thérapie sinon elle abandonne. Son dossier antérieur le prouve.

aire de dépression de Beck (pré-test)

Vicky - 23 ans

Lors de sa deuxième rencontre avec la TS

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
 ativement **toutes** les phrases;

:"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>(Morse) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Nimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Contentement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "l'année(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Capabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Désillusion) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Autocritique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Pensées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité) 11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt) 12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité) 13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi) 14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input checked="" type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement) 15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie) 16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue) 17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) 18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids) 19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique) 20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido) 21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	---

SCORE TOTAL : 57 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

(Premier cas – Vicky)**3. Diagnostic**

Vicky nous présente les neuf symptômes qui sont nécessaires pour établir les critères d'un épisode dépressif majeur récurrent F33x [296.3x]:

- ① Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (triste ou vide) ou observée par les autres (son père, sa mère).
- ② Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- ③ Perte significative de poids, en l'absence de régime. Vicky croit avoir perdu 15 livres dans une période de trois mois, avec diminution de l'appétit.
- ④ Insomnie pendant la nuit.
- ⑤ Vicky se dit incapable de continuer ses études, dû au ralentissement psychomoteur, presque tous les jours.
- ⑥ Vicky présente une fatigue et une perte d'énergie presque tous les jours.
- ⑦ Vicky semble avoir constamment un sentiment de dévalorisation en relation à ses capacités intellectuelles et aussi à établir une relation affective durable (méfiance).
- ⑧ Elle a dû quitter l'université dû à son incapacité à se concentrer, léthargie au niveau de la pensée et de la parole, beaucoup d'insécurité face à son avenir.
- ⑨ Idées suicidaires récurrentes sans plan précis, angoisse, et perte totale d'espoir.
- ⑩ Des idées paranoïdes

Diagnostic: Trouble dépressif majeur récurrent sévère, avec caractéristiques psychotiques.

(Premier cas – Vicky)**4. Plan d'intervention**

- Possibilité de thérapie à long terme (6 mois et plus).
- Il faudra évaluer avec le psychiatre le besoin d'une administration continue d'antidépresseurs et d'antipsychotiques pour empêcher les crises psychotiques et qu'elle tombe dans une dépression plus sévère.
- Donner le support nécessaire en gardant une attitude ferme car elle semble avoir une tendance à la manipulation.
- Travailler sur l'estime de soi (dévalorisateur, dépendance affective et financière envers son père).

Objectifs :

- Essayer que Vicky puisse mener une vie stable émotionnellement et financièrement.
- Qu'elle devienne capable de s'affirmer plus au niveau de la prise de décision.
- Contrôler ses crises psychotiques qui l'empêchent de mener une vie normale.

Moyens :

- Une thérapie cognitive et de comportement (behavioral) semble très adéquate dans sa situation (court terme)
- Thérapie psychodynamique (long terme)

Limites :

Dû à la chronicité de sa problématique et son ambivalence envers la prise de médicaments, la situation se présente difficile car il ne faut pas oublier son histoire antérieure qui nous montre un manque d'assiduité par rapport au suivi thérapeutique, ce qui risque d'arriver à nouveau.

(Premier cas – Vicky)

5. Évolution de la situation

Lors de nos premières rencontres, Vicky m'a fait savoir qu'elle se sentait hors du groupe familial après que son père a eu trois enfants avec sa deuxième épouse. Elle disait avoir de la difficulté à trouver un endroit protégé à l'intérieur de la famille de son père. C'était comme si elle voulait rester jeune fille toute sa vie. Quand je lui ai fait savoir que son père l'aimait mais d'une façon différente dû à son âge, mais qu'elle pouvait compter sur lui, la situation a changé, elle a accepté de prendre des responsabilités même s'il fallait l'encourager et pousser continuellement.

Une autre inquiétude était qu'elle trouvait le monde bizarre et elle disait qu'elle avait la capacité de se dissocier quand elle trouvait qu'il y avait trop de pression, elle se disait jalouse de la vie de ses demi-frères car ils menaient une vie normale.

Je lui ai expliqué qu'elle ressentait de la peur et de l'insécurité à confronter les exigences de la vie d'une façon continue, mais qu'elle allait prendre l'habitude peu à peu et qu'elle devait être patiente. Elle m'a raconté qu'elle se sentait très bien auprès des animaux car les animaux n'étaient pas exigeants et ils l'aimaient d'une façon inconditionnelle. Elle travaillait pendant l'été dans une ferme de Saint-Lazare où il y avait des chevaux. Je l'encourageais à faire des choses qu'elle aimait car elle avait besoin de se sentir valorisée.

Elle m'a mentionné qu'elle détestait prendre des médicaments car elle ne voulait pas en devenir dépendante, elle se méfiait des psychiatres et des psychologues qui voulaient à tout prix la forcer à rentrer dans une sorte d'automatisme sociétal, alors elle décidait d'arrêter la médication. Quand ceci arrivait, elle se sentait plus insécure et seule et elle perdait espoir. En devinant sa fragilité, j'ai donc décidé d'aller à son rythme car je risquais de la perdre.

À chaque séance, elle me parlait de n'importe quoi et on essayait ensemble d'analyser la situation et les sentiments qu'elle ressentait, i.e. elle réagissait avec colère quand elle apprenait que des adultes maltrahaient des enfants. Je lui disais qu'elle était une femme pacifique et que les abus de pouvoir, c'était pour elle des choses intolérables car les enfants et les animaux étaient des êtres vulnérables et dépendants mais que malheureusement on ne pouvait pas changer la mentalité de certains individus et qu'il fallait apprendre à se défendre et à ne pas avoir peur de le faire.

Vicky m'a expliqué dans une des séances qu'elle avait décidé de déménager avec un groupe d'amies qui vivaient dans un appartement dans l'Ouest de l'île. Elle avait planifié un budget pour arriver à payer sa partie de loyer et pour ses dépenses personnelles. Mais à la dernière minute, sa mère lui a fait savoir qu'elle devait lui donner un avis de six mois car elle comptait sur le montant que Vicky lui donnait pour arriver à la fin de chaque mois. Vicky était déçue car à son premier essai de devenir un peu plus indépendante, elle avait échoué. Je lui ai expliqué qu'il ne fallait pas se décourager car elle pouvait se concentrer sur son emploi car elle avait décidé de ne plus continuer à étudier.

Vers le début du mois suivant, elle est arrivée toute contente et fière d'elle-même. Elle avait décroché un emploi à temps complet à la clinique médicale où elle avait travaillé à temps partiel à l'hiver précédent. Elle m'a fait savoir que le personnel de la clinique la trouvait efficace et que le patron l'avait embauchée. Tout au long de la séance, elle m'a parlé des possibilités qu'elle puisse obtenir un poste de secrétaire-réceptionniste. Elle disait aimer être en contact avec des gens qui demandaient ses services. Elle disait connaître le fonctionnement administratif et elle avait renseigné d'autres candidates au même poste. Pour la première fois, j'ai vu Vicky positive et encouragée. Dans les séances suivantes, elle m'a parlé de son travail qu'elle trouvait parfois exigeant mais qu'elle accomplissait assez bien. Toutefois, son problème était la solitude. Elle voulait rencontrer quelqu'un de bien pour partager sa vie et dans son petit cercle d'amis, il n'y avait personne d'intéressant selon elle, et dans son travail non plus.

Durant les séances subséquentes, Vicky m'a fait connaître son désir de déménager car selon elle, elle pouvait se payer un petit appartement. Sa mère avait enfin accepté de la laisser partir. Elle disait être contente et triste en même temps. Content de pouvoir être indépendante et triste de laisser sa mère en sachant qu'elle avait besoin de son argent. Je lui ai expliqué que sa réaction était prévisible et très normale. Après tout, elle avait vécu avec sa mère depuis sa naissance.

Suite à ces changements, Vicky m'a laissé savoir qu'elle pouvait ne pourrait plus me rencontrer qu'une fois par mois car son budget était serré. On s'est mises d'accord même si je voyais un risque car elle avait besoin de suivi d'une façon continuelle. Elle a versé quelques larmes et m'a remerciée pour ce que je faisais pour elle. Je lui ai fortement suggéré de m'appeler si elle trouvait qu'elle avait besoin de parler.

(Premier cas – Vicky)**6. Évaluation des résultats**

Je lui ai fait remplir l'inventaire de dépression de Beck qui a donné les résultats suivants pour le post-test :

- ♦ Dans la sous-échelle cognitive-affective (13 premiers items) :
 - 1 point au niveau de la punition (J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver);
 - 1 point au niveau de l'autocritique (Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs);
- ♦ 1 point au niveau de la perception de soi (Je m'inquiète de paraître vieille et sans attrait);
- ♦ 1 point au niveau de l'insomnie (Je me réveille plus fatiguée le matin que d'habitude);
- ♦ 1 point au niveau de la perte de libido (Je suis moins intéressée par le sexe qu'auparavant).

Score total : 5 points = absence de dépression

**Évaluation des résultats du suivi psychosocial après 12 mois de thérapie
(octobre 1995 à octobre 1996) :**

Après un an de psychothérapie (avec antidépresseurs et antipsychotiques), Vicky a montré une amélioration remarquable. Elle a décroché un poste de secrétaire-réceptionniste dans un centre médical dans l'Ouest de l'île. Elle était très satisfaite d'elle-même, sauf que vers le quinzième mois de suivi, elle a laissé tomber sa médication car elle se sentait très bien. Elle a aussi arrêté la psychothérapie car elle disait ne pas en sentir le besoin; peu de temps après, on a dû l'admettre à l'hôpital, dépressive et en état délirant.

Ce cas illustre les difficultés du traitement d'une patiente atteinte de dépression grave récurrente avec des traits psychotiques. Comme on l'avait prévu, cette patiente a déperî au moment où elle a décidé d'arrêter la médication et la psychothérapie.

Nous avons perçu au départ une fragilité psychologique très importante dont les caractéristiques principales se manifestaient dans ses difficultés au point de vue relationnel (relations interpersonnelles). Dès le début, elle nous a fait comprendre qu'elle se sentait abandonnée et qu'elle ne pouvait pas établir une relation de confiance avec les personnes significatives dans sa vie. Ces difficultés relationnelles se manifestaient également tout au long de la psychothérapie et cette caractéristique la rendait incapable d'établir une bonne relation thérapeutique, soit avec son psychiatre ou avec sa travailleuse sociale psychiatrique. Cette difficulté a rendu la thérapie plus difficile et moins efficace mais la patiente a quand même réussi à faire face à sa vie d'une façon plus autonome. Étant donné que vers la fin de la thérapie, elle se sentait plus confiante, elle a rompu la relation avec ses thérapeutes en étant convaincue qu'elle pouvait faire des progrès par elle-même.

L'arrêt soudain de la thérapie et de la médication ainsi que le fait qu'elle a débuté un emploi dans une clinique médicale a aussi contribué à la valoriser à court terme. Il faut avouer cependant que ces progrès survenus vers la fin de sa thérapie avaient réussi à créer un certain degré de cohésion dans son soi, ce qui lui a permis de confronter les défis du travail et la réussite temporaire d'une plus grande autonomie.

Une dépression grave récurrente ne pourra pas être traitée d'une façon adéquate si l'individu ne peut pas établir une alliance thérapeutique suffisamment solide à travers laquelle il pourra bénéficier du traitement sans se sentir dévalorisé. Le traitement idéal dans un cas semblable a déjà été bien établi. Il s'agit d'utiliser en même temps une thérapie médicamenteuse (antipsychotique et antidépressive) et une psychothérapie pour aider à la réorganisation de la pensée et permettre une meilleure adaptation à la réalité extérieure en modifiant la perception négative et dévalorisée du soi.

Cette impression ne vient pas uniquement de l'étude des quatre cas présentés pour ma recherche. Elle provient de l'expérience clinique que j'ai vécue à l'hôpital Douglas pendant plusieurs années.

naire de dépression de Beck (post-test)

Vicky - 24 ans
Après 12 mois de psychothérapie

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ntivement **toutes** les phrases;

1 "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>(Mélancolie) e ne me sens pas triste. e me sens morose ou triste. e suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. e suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. e suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Optimisme) e ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. e me sens découragé(e) à propos du futur. e sens que je n'ai rien à attendre du futur. e sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. e sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec) e ne sens pas que je suis un échec. e sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. e sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. e sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Contentement) e ne suis pas particulièrement mécontent(e). e me sens "l'année(e)" la plupart du temps e ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. e n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. e suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Culpabilité) e ne me sens pas particulièrement coupable. e me sens souvent mauvais(e) ou indigne. e me sens plutôt coupable. e me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. e sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Pénitence) e n'ai pas l'impression d'être puni(e). l'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. e sens que je suis ou serai puni(e). e sens que je mérite d'être puni(e). e veux être puni(e).</p> <p>(Démoralisation) e ne me sens pas déçu(e) de moi-même. e suis déçu(e) de moi-même. e ne m'aime pas. e suis dégoûté(e) de moi-même. e me hais.</p> <p>(Autocritique) e ne sens pas que je suis pire que les autres. e me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. e me blâme pour mes fautes. e me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Pensées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité) 11. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt) 12. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité) 13. <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi) 14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement) 15. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie) 16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue) 17. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) 18. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids) 19. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique) 20. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de gestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido) 21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	--

SCORE TOTAL : 5 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

6.2 Deuxième cas : Rose - 40 ans

1. Évaluation psychosociale

Raison de la consultation :

Rose est venue nous voir car elle se sentait très déprimée, elle pleurait tout le temps, elle avait peur de quitter la maison car à chaque fois qu'elle sortait, elle faisait une crise d'angoisse; elle blâmait son mari car elle se sentait incapable de s'occuper de sa famille, ce qui a créé beaucoup de conflits entre son mari et ses enfants.

Histoire personnelle :

Rose est mariée depuis 12 ans; elle a 3 enfants, le plus vieux est issu d'une relation précédente, les deux autres sont de son deuxième mariage. Depuis l'adolescence de son fils aîné, tout a changé. Son mari qui semblait doux et gai est devenu très sévère et autoritaire envers son beau-fils. Depuis 5 ans, la situation s'avère tendue, son fils a changé énormément, il est très agressif envers son mari et elle. Elle a l'impression d'être au milieu de la bataille et elle ne trouve pas de solution. Son mari ne parle pas quand son fils est présent et cette froideur la rend malade. Dernièrement, son fils lui a fait savoir qu'il avait laissé ses études et qu'il voulait travailler, sauf qu'il ne semble pas chercher d'emploi. Son mari exerce de la pression sur elle, car leur situation financière ne permet pas de supporter toute la famille d'une façon adéquate avec seulement son revenu.

Elle voudrait travailler mais ne sait pas comment s'y prendre étant donné qu'elle n'est pas retournée sur le marché du travail depuis la naissance de ses enfants. Elle me parle de sa mère, décédée il y a 6 ans. Elle la décrit comme étant une femme soumise et dépendante. Son père a été un homme très autoritaire et brutal. Il souffre actuellement d'Alzheimer. Elle mentionne aussi que son thérapeute précédent lui avait suggéré qu'elle avait été victime d'abus sexuels de la part de son père et qu'elle croyait fermement qu'elle aussi avait abusé ses enfants.

Études et travail :

Elle a complété un Cégep il y a longtemps et a travaillé comme aide-comptable pendant quelques années et comme secrétaire-réceptionniste. Actuellement, elle se sent très limitée car elle ne connaît pas l'ordinateur.

État de santé (physique et mental) :

Rose me fait savoir que des sentiments d'angoisse l'envahissent. Elle a engraisé de 20 livres depuis 2 ans et elle a de la difficulté à perdre du poids car elle mange d'une façon compulsive, sans pouvoir se contrôler. Elle ne dort pas la nuit, elle se sent toujours fatiguée, sans énergie. Chaque fois qu'elle sort à l'extérieur, elle sent son coeur battre rapidement sans qu'elle ne puisse se contrôler. Depuis qu'elle a gagné du poids, elle souffre de douleurs lombaires.

Situation financière :

Elle décrit sa situation financière comme étant « mauvaise ». Son mari est le seul gagne-pain car son fils aîné ne travaille pas. Elle se sent incapable de trouver du travail. Ils sont propriétaires d'une petite maison et d'une vieille voiture qui demande beaucoup d'entretien.

Elle dit avoir un budget très limité car il ne reste presque plus rien après avoir payé l'hypothèque et la nourriture. Le peu d'argent qui reste est pour acheter le nécessaire aux enfants. Elle dit porter les mêmes vêtements depuis deux ans et s'excuse en disant qu'elle veut perdre du poids avant de renouveler sa garde-robe.

Attitude de la cliente :

Elle dit consulter pour se sentir mieux avec elle-même, mais en même temps, elle se sent coupable car elle pense que cet argent pourrait être mieux dépensé en nourriture. Quand elle parle d'elle et de ses conflits, aucune émotion n'apparaît sur son visage. Par moments, elle pleure et puis elle arrête. Elle voudrait être capable de contrôler ses émotions et de se trouver un travail rémunérateur à l'extérieur pour aider sa famille et son mari, mais il y a quelque chose à l'intérieur d'elle qui la paralyse.

Impression :

Elle semble très déprimée et cette dépression la rend dépendante et vulnérable, sans oublier ses crises de panique. La situation familiale (relation mari-fils) n'a pas aidé car elle éprouve un sentiment de solitude; elle n'a pas d'amies véritables qui pourraient la supporter. Elle ne se fie à personne car elle a honte de sa situation.

Elle éprouve beaucoup de sentiments de culpabilité et d'impuissance. Elle semble avoir une tendance à somatiser pour justifier sa présence à la maison (douleurs lombaires qui l'empêchent de se trouver un travail - seule excuse que son mari semble accepter).

Échelle de dépression de Beck (pré-test)

Rose - 40 ans

Lors de sa deuxième rencontre avec la TS

Questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
cochez **toutes** les phrases;
'X' dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**.

(Tristesse)

- Je ne me sens pas triste.
 Je me sens morose ou triste.
 Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
 Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
 Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

(Optimisme)

- Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
 Je me sens découragé(e) à propos du futur.
 Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
 Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
 Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

(Succès)

- Je ne sens pas que je suis un échec.
 Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
 Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
 Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
 Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

(Satisfaction)

- Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
 Je me sens "lâché(e)" la plupart du temps.
 Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
 Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
 Je suis mécontent(e) de tout.

(Culpabilité)

- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
 Je me sens plutôt coupable.
 Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
 Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

(Punition)

- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
 Je sens que je suis ou serai puni(e).
 Je sens que je mérite d'être puni(e).
 Je veux être puni(e).

(Désillusion)

- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
 Je suis déçu(e) de moi-même.
 Je ne m'aime pas.
 Je suis dégoûté(e) de moi-même.
 Je me hais.

(Auto-critique)

- Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
 Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
 Je me blâme pour mes fautes.
 Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.

(Pensées suicidaires)

- Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
 J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
 Je sens que je serais mieux mort(e).
 Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
 J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
 Je me tuerais si je le pouvais.

(Larmes)

- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
 Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
 Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

(Irritabilité)

11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
 Je me sens irrité(e) tout le temps.
 Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.

(Perte d'intérêt)

12. Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
 Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
 J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.

(Inépuabilité)

13. Je prends des décisions aussi bien que jamais.
 J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
 Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.

(Perception de soi)

14. Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 Je me inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait.
 Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
 Je me sens laid(e) et répugnant(e).

(Ralentissement)

15. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
 Je ne peux faire aucun travail.

(Insomnie)

16. Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
 Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.

(Fatigue)

17. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

(Anorexie)

N/A

18. Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 Je n'ai plus d'appétit du tout. Appétit augmenté

(Perte de poids)

N/A

19. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
 J'ai perdu plus de 5 livres.
 J'ai perdu plus de 10 livres.
 J'ai perdu plus de 15 livres. Gain de poids

(Anxiété somatique)

20. Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
 Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.

(Perte de libido)

21. Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

SCORE TOTAL : 50 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

(Deuxième cas – Rose)

3. Diagnostic

Après la troisième rencontre, Rose présentait six symptômes nécessaires pour établir les critères d'un trouble dysthymique F34.1 [300.4]:

- A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les membres de sa famille.
- B. Quand le sujet est déprimé, elle présente au moins deux symptômes suivants:
 - ① hyperphagie (elle a engraisé de 20 livres depuis deux ans).
 - ② Insomnie pendant la nuit.
 - ③ Baisse d'énergie ou fatigue.
 - ④ Faible estime de soi.
 - ⑤ Difficultés à prendre des décisions.
 - ⑥ Sentiment de perte d'espoir.
- C. Au cours de la période de deux ans, Rose a des perturbations thymiques, c'est-à-dire qu'elle n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.
- D. Ne s'applique pas.
- E. Elle n'a jamais eu d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.
- F. Ne s'applique pas.
- G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).
- H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative. Rose pleure tout le temps, elle fait des crises d'angoisse chaque fois qu'elle sort, ce qui provoque une altération du fonctionnement social et familial.

Diagnostic: Trouble dysthymique

(Deuxième cas – Rose)**4. Plan d'intervention**

- Possibilité de thérapie à long terme (6 mois et plus).
- Il faudra évaluer avec le psychiatre la prise de médicaments (antidépresseurs et anxiolytiques).
- Nécessité de travailler son estime de soi (sentiments de dévalorisation; perte, culpabilité).
- Donner le support nécessaire car elle ne semble pas avoir de personnes ressources autour d'elle.
- Empêcher si possible une rechute vers une dépression plus sévère.

Objectifs :

- Améliorer la situation au niveau du couple (i.e. meilleure entente entre les partenaires, la coopération du mari semble très importante étant donné la dépendance très forte de Madame dans cette relation; sinon, la thérapie risque d'être un échec.
- Changer son attitude face à la relation surprotectrice envers son fils aîné.
- Devenir plus indépendante au niveau des prises de décisions et éventuellement moins dépendante envers son mari.

Moyens :

- Une thérapie cognitive-behaviorale (court terme).
- Une thérapie psychodynamique (long terme).
- Envisager une thérapie de couple à l'avenir.

(Deuxième cas – Rose)**5. Évolution de la situation**

Rose s'est montrée très réticente à faire des changements. Le fait de se présenter à son rendez-vous avec la travailleuse sociale l'avait empêchée de dormir la nuit précédente. Elle avait peur de tout et elle faisait des attaques de panique quand le téléphone sonnait ou qu'elle devait quitter la maison et sortir à l'extérieur. Je lui ai expliqué que le téléphone semblait être pour elle un sort d'invaseur de l'extérieur où elle devait par force prendre le contact avec cet extérieur qui la terrorisait. N'importe quelle décision qu'elle devait prendre ou responsabilité qu'elle devait faire face devenait un fardeau énorme. Alors son attitude était de laisser les responsabilités à son mari qui lui semblait apte et équilibré pour le faire. Ceci l'a poussée vers une perception de soi très dévalorisée.

Une médication d'anxiolytiques a été prescrite par le psychiatre car elle était incapable de sortir seule. Il fallait l'accompagner et son mari semblait le seul à tout faire, i.e. paiements des factures, banque, conduire l'auto, etc.

Après quelques semaines, Rose m'a avoué se sentir mieux mais elle avait peur que son mari voit le progrès et elle se demandait pourquoi elle réagissait de la sorte. Je lui ai expliqué qu'elle avait peur que son mari interprète cette amélioration de santé comme étant une capacité pour elle d'être fonctionnelle à nouveau, ce qui la forcerait à se trouver un emploi. Elle a reconnu qu'elle avait peur de faire une demande d'emploi.

On a donc décidé de laisser le projet de recherche d'emploi de côté pour se concentrer sur l'estime de soi. C'est à ce moment qu'elle m'a mentionné que son ancien thérapeute lui avait autosuggéré qu'elle avait été victime d'abus sexuels de la part de son père, mais elle ne s'en souvenait pas et depuis ce temps-là elle se sentait « mauvaise » car selon elle, elle avait accepté l'inceste. De plus, elle croyait qu'elle avait abusé de ses propres enfants. Quand j'ai appris tout ceci, je lui ai expliqué que peut-être le

thérapeute avait fait erreur et que rien ne s'était passé entre elle et son père. De toute façon, elle ne s'en souvenait pas. On a donc réservé toute une séance pour parler du ressentiment qu'elle avait envers son père (son père était à l'hôpital au moment de la thérapie et il avait été diagnostiqué Alzheimer). Donc, depuis qu'il était hospitalisé, elle avait développé beaucoup de culpabilité (elle ne croyait pas être une bonne fille et elle disait être la seule à ne pas visiter son père mourant). Vers la fin de la séance, on est arrivées au consensus que son père avait été brutal, autoritaire, distant et froid mais qu'il n'était pas un père incestueux. J'ai réalisé à ce moment qu'un grand fardeau venait de tomber de ses épaules et du fait qu'elle n'avait pas abusé de ses enfants, elle se sentait une mère adéquate et aimante envers les siens.

Dans les rencontres subséquentes, elle m'a fait savoir que la rancune envers son père avait disparu ainsi que la culpabilité. Elle était capable de confronter son fils aîné pour la première fois en lui demandant de choisir entre les études et le travail s'il voulait rester avec eux. Elle se disait fière car son fils avait bien réagi et il a accepté d'étudier et de travailler pendant les étés. Elle m'a raconté que son mari avait été surpris de sa réaction et qu'il lui avait fait savoir que le fait de partager les responsabilités le soulageait car avant il se sentait comme un « bourreau ». Après quelques mois de thérapie, elle m'a fait savoir qu'elle voulait faire des démarches pour se trouver un travail mais qu'elle ne savait pas comment s'y prendre. Je lui ai mentionné l'existence d'un Centre de la main d'oeuvre dans l'Ouest de l'île où elle pouvait obtenir l'aide d'un conseiller qui la dirigerait dans son choix de travail.

Le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec le conseiller a été assez long. Entretemps, elle se sentait découragée et parfois elle avait envie de tout lâcher. Elle avait tellement peur de donner une mauvaise impression au conseiller. Elle me parlait de son embonpoint, de ses crises de panique précédentes, etc.

A la séance suivante, Rose m'a informée de la problématique qu'elle vivait avec son mari. Celui-ci voulait se faire vasectomiser mais elle ne voulait pas (même s'ils avaient

déjà trois enfants, il ne voulait pas prendre de risques et faire un quatrième enfant). J'ai interprété sa réaction comme un désir caché de tomber à nouveau enceinte afin d'être forcée de rester à la maison et d'être obligée de laisser tomber tous ses projets d'indépendance et de recherche d'emploi. J'ai donc demandé à son mari de venir à une des séances. Tous ces sentiments sont ressortis, la peur de son mari, la peur de Rose de prendre des responsabilités et l'ambivalence de son mari de rester dans une union où il ne voyait pas de bénéfice malgré qu'il disait aimer Rose.

Semble-t-il que la rencontre a été positive pour les deux. Monsieur a décidé de se faire vasectomiser et Rose a accepté l'idée. Il a promis d'encourager Rose dans ses démarches de recherche d'emploi (en gardant les enfants pendant l'absence de sa conjointe).

Après la rencontre de Rose avec son conseiller du Centre de la main d'oeuvre, elle a accepté de travailler comme caissière dans une pharmacie tout près de chez elle. Elle se sentait valorisée parce qu'elle gagnait son propre salaire. Elle m'a fait savoir aussi que son fils aîné avait trouvé un emploi à Sears (30 heures) et qu'il continuait ses études universitaires en loisirs.

J'ai décidé de mettre fin à la thérapie car il me semblait qu'elle était capable de fonctionner sans mon aide. Cependant, je lui ai fait savoir qu'elle pouvait toujours compter sur moi si elle avait des problèmes.

(Deuxième cas – Rose)**6. Évaluation des résultats**

Je lui ai fait remplir l'inventaire de dépression de Beck qui a donné les résultats suivants pour le post-test :

- ♦ Dans la sous-échelle cognitive-affective (13 premiers items), score 0
- ♦ Dans le reste des items, score 0

Score total : 0 point = absence totale de dépression

Évaluation des résultats du suivi psychosocial après 18 mois de thérapie (octobre 1995 à avril 1997) :

Elle a été suivie pendant un an avec médication antidépressive et psychothérapie. Ensuite, elle a arrêté la médication pour continuer sa psychothérapie uniquement. Vers sa deuxième année, elle a été capable de travailler au service d'expédition d'un grand magasin. Elle était très satisfaite et son mariage allait bien.

La patiente nous montre les caractéristiques d'un diagnostic de dysthymie et de troubles de panique. Sa demande initiale était centrée autour de son besoin de recevoir de l'aide afin d'être éventuellement capable de fonctionner et de travailler. Il était clair dès le début que cette femme était capable d'établir une alliance thérapeutique positive (coopération avec le thérapeute et désir de changer).

Les traits saillants de sa personnalité se décrivaient par une dévalorisation de soi, un sentiment de culpabilité et des épisodes d'angoisse (troubles de panique). Le facteur précipitant immédiat était relié à sa vie familiale, notamment sa relation de couple et les rapports difficiles avec son fils aîné né d'une relation pré-maritale lorsqu'elle avait 17

ans. Nous avons donc retracé le début de sa dépression qui remontait à son adolescence, suite à l'accouchement de ce fils aîné. Il y avait aussi une histoire de dépression du côté de sa mère, elle aussi avait été contrôlée et dévalorisée par son mari.

La thérapie a été longue et difficile surtout à cause d'un thérapeute précédent qui avait implanté dans son esprit la conviction d'un abus sexuel commis par son père pendant son enfance, dont elle n'avait aucun souvenir, ce qui l'avait menée à croire qu'elle aussi avait abusé de ses enfants même si elle n'avait pas de souvenirs précis.

Lorsqu'on l'a confrontée avec le manque de faits concrets pour supporter cette « croyance », elle a fini par reconnaître que ceci faisait partie d'une attitude autodestructrice envers elle-même qui contribuait à la dévalorisation systématique d'elle-même. Suite à cette intervention, la patiente se sentait soulagée au niveau de la culpabilité et son rôle de victime a changé graduellement au fur et à mesure que la thérapie avançait. Elle avait commencé une nouvelle étape dans sa thérapie pendant laquelle elle se sentait plus optimiste et plus convaincue qu'elle était capable de trouver un emploi. C'est ainsi qu'elle a fini par se présenter à une agence de recrutement qui l'a supportée dans ses démarches et l'a aidée à se trouver un travail. Ceci a contribué à une amélioration dans sa relation de couple et elle a pu faire face au départ volontaire de son fils aîné qui a décidé de quitter la demeure familiale pour aller vivre avec un groupe de jeunes de son âge. Nous avons décidé d'un commun accord d'arrêter la psychothérapie un certain temps après l'arrêt des médicaments. Elle semblait stable et elle avait espoir de continuer à faire face aux difficultés avec les nouveaux outils appris en thérapie.

Questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
Cochez **toutes** les phrases;
Mettez "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**.

<p>(Tristesse)</p> <p>Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Optimisme)</p> <p>Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec)</p> <p>Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Lorsque je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Mécontentement)</p> <p>Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "tanné(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Responsabilité)</p> <p>Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition)</p> <p>Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Désillusion)</p> <p>Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Auto-critique)</p> <p>Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Pensées suicidaires)</p> <p>Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes)</p> <p>Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>11. (Irritabilité)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>12. (Perte d'intérêt)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>13. (Insécurité)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>14. (Perception de soi)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>15. (Ralentissement)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>16. (Insomnie)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>17. (Fatigue)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>18. (Anorexie) N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout. <input checked="" type="checkbox"/> Appétit augmenté</p> <p>19. (Perte de poids) N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres. <input checked="" type="checkbox"/> Gain de poids</p> <p>20. (Anxiété somatique)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>21. (Perte de libido)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	--

SCORE TOTAL : 0 POINT = ABSENCE DE DÉPRESSION

6.3 Troisième cas : Thérèse - 43 ans

1. Évaluation psychosociale

Raison de la consultation :

Elle consulte à la clinique car elle se sent déprimée, elle pleure beaucoup, elle ne dort pas. Elle vient de perdre son travail et se dit incapable d'en trouver un autre. Elle doit vivre avec sa soeur et son beau-frère puisqu'elle n'arrive pas à se payer un loyer.

Histoire personnelle :

Thérèse vient d'une famille de trois enfants: un frère et une soeur. Ses parents ont élevé leurs enfants d'une façon très stricte et réglementée. Vers l'âge de l'adolescence, Thérèse a voulu « vivre sa vie ». Elle a fait partie d'un groupe de hippies qui s'adonnaient au LSD. Dû à son comportement rebelle, elle a été forcée de quitter la maison à l'âge de 16 ans et a vécu une vie bohémienne jusqu'à l'âge de 20 ans. Vers l'âge de 21 ans, elle a obtenu plusieurs emplois mais le plus significatif a été un poste au Club Med où elle était « gentille organisatrice ». Malgré l'endroit de rêve (elle était sur une île aux Antilles), une première dépression l'a terrassée. Elle se souvient d'avoir pleuré constamment sans connaître le pourquoi des sentiments de solitude extrême l'entourant. Elle a dû démissionner pour ensuite aller vivre avec ses parents car elle se sentait incapable de vivre toute seule.

Récemment, elle a travaillé comme secrétaire-réceptionniste. Elle se sentait complètement diminuée car selon elle, personne ne la respectait, tout le monde la prenait comme « poisson pourri ». Elle se sentait si dévalorisée qu'elle était incapable de chercher un autre travail car elle se sentait « vide ». Après un an de travail, la compagnie a décidé de la congédier; depuis ce temps-là, elle n'a pas cherché d'autre emploi de peur de se faire refuser. Elle dit aimer la solitude mais pas l'isolement. Actuellement, elle vit avec sa soeur, mais elle voudrait avoir un ami pour faire des activités ensemble, par contre elle a peur de tomber amoureuse.

Études et travail :

Thérèse a terminé son Secondaire mais elle n'a pas complété son Cegep. Elle n'a jamais été capable de travailler pour de longues durées. Elle dit ne pas avoir de chance avec ses patrons qui lui semblent tous pareils, exigeants et intolérants.

État de santé physique et mental :

Elle se dit incapable de se concentrer dans ses tâches quotidiennes. Elle manque d'énergie et ne dort pas bien. Elle a perdu du poids depuis son congédiement. Elle dit avoir l'incapacité de défendre son point de vue et laisse les gens faire. Les seules personnes significatives sont sa soeur et son beau-frère, car elle ne s'entend pas bien avec ses parents.

Elle se dit très isolée, elle n'a pas d'amies, car tout le monde semble se mêler de sa vie. Elle dit vivre très mal le célibat car ses connaissances sont toutes mariées et les activités se font en couples.

Situation financière :

Elle reçoit son chèque d'assurance-chômage qui ne lui permet pas de vivre seule. Le seul bien qu'elle possède est une vieille voiture qui lui coûte une petite fortune en réparations. Elle paie à sa soeur une pension pour logement et nourriture.

Attitude de la cliente :

Elle se définit comme une personne très indépendante et elle déteste sa situation actuelle. Elle me fait savoir qu'auparavant elle n'avait jamais eu de difficulté à se trouver du travail mais qu'actuellement ça lui semble presque impossible. Elle est donc très découragée et est incapable d'accepter la situation actuelle. Elle dit avoir des carences psychoaffectives difficiles à surmonter et la solitude lui paraît intolérable. Elle ne veut rien savoir de ses parents, car ils sont très critiques à son égard, mais elle se sent coupable de ne pas les contacter.

Impression :

Thérèse semble très déprimée et son état remonte à plusieurs années. Elle a suivi des thérapies douces et non douces, elle semble connaître le jargon psychologique qu'elle utilise constamment pour impressionner. Elle se sent dévalorisée par rapport aux métiers qu'elle a faits. Elle se montre très colérique envers autrui, elle semble avoir de la difficulté à accepter ses problèmes et elle a tendance à blâmer les autres. Capacité d'auto-critique très pauvre.

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ntivement toutes les phrases;
1 "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent

<p>rose) e ne me sens pas triste. e me sens morose ou triste. e suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. e suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. e suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>imisme) le ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. le me sens découragé(e) à propos du futur. le sens que je n'ai rien à attendre du futur. le sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. le sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>iment d'échec) le ne sens pas que je suis un échec. le sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. le sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>ontentement) le ne suis pas particulièrement mécontent(e). le me sens "anné(e)" la plupart du temps. le ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. le n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. le suis mécontent(e) de tout.</p> <p>abilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>tion) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>glorisation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>ocritique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>is suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>ure) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité)</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie)</p> <p>18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids)</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	--

SCORE TOTAL : 36 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

(Troisième cas – Thérèse)**3. Diagnostic**

Lors de la deuxième séance, Thérèse semblait plus calme et mieux en contrôle de ses émotions. On a pu faire l'évaluation psychosociale sans difficulté mais on a décidé ensemble de laisser la troisième séance pour passer les tests pour mieux confirmer le diagnostic attribué lors de la première séance avec le psychiatre.

Après la troisième évaluation, Thérèse présentait six symptômes nécessaires pour établir les critères d'un trouble dysthymique F34.1 [300.4]:

- A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet et sa famille immédiate.
- B. Quand Thérèse est déprimée, elle présente au moins deux symptômes suivants:
 - ① perte d'appétit, donc perte de poids.
 - ② Insomnie.
 - ③ Thérèse présente une baisse d'énergie ou fatigue qui l'empêche de se faire à manger, c'est pourquoi elle décide d'aller vivre avec les membres de sa famille car elle se dit incapable de «se prendre en main».
 - ④ Faible estime de soi (incapacité à défendre son point de vue et laisse les gens faire).
 - ⑤ Difficultés à prendre des décisions (p. ex. chercher du travail).
 - ⑥ Sentiment de perte d'espoir.
- C. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.
- D. Au cours des deux premières années de la perturbation thymique, aucun épisode dépressif majeur n'a été présent, c'est-à-dire que la perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif majeur chronique ou par un trouble dépressif majeur en rémission partielle.
- E. Ne s'applique pas.

- F. Ne s'applique pas.
- G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).
- H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative, avec une altération du fonctionnement social et professionnel.

Diagnostic: Trouble dysthymique

(Troisième cas – Thérèse)**4. Plan d'intervention**

- Possibilité de thérapie à long terme (six mois et plus).
- Il faudra évaluer avec le psychiatre si une prise de médicaments sera à conseiller dans son cas (i.e. antidépresseurs).
- Nécessité de travailler son estime de soi (sentiments de dévalorisation, culpabilité).
- Donner le support nécessaire pour qu'elle puisse accomplir ses objectifs.

Objectifs :

- L'aider à briser un modèle de pensée négative en l'aidant à réévaluer ses perceptions et à penser d'une façon logique et rationnelle.
- Lui apprendre à élaborer des stratégies et à trouver les compétences nécessaires pour résoudre ou prévenir les problèmes qu'elle pourra rencontrer dans ses rapports avec les autres.

Moyens :

- Thérapie cognitive-behaviorale semblera très appropriée dans son cas.
- Thérapie interpersonnelle de courte durée.

(Troisième cas – Thérèse)**5. Évolution de la situation**

Lors de notre première rencontre, elle m'a fait savoir qu'elle se sentait très découragée et déprimée parce qu'elle avait de la difficulté à garder des relations stables et positives avec les hommes. Elle préférait sortir avec des hommes plus jeunes car elle ne voulait pas se faire contrôler.

Elle m'a raconté son expérience sentimentale avec un cousin avec qui elle était vraiment éprise et avec lequel elle a vécu six ans. Elle disait l'adorer et l'admirer car il était un homme raffiné et avec une intelligence qui l'émerveillait. Elle se sentait très bien en sa compagnie et elle n'avait peur de rien. Elle n'avait pas de secrets envers lui, elle lui faisait des confidences. Mais lui voyageait beaucoup et elle s'ennuyait de lui. Elle essayait constamment de lui plaire, sa vie fonctionnait autour de lui. Selon elle, la différence d'âge n'avait pas d'importance (15 ans), sauf que vers la sixième année de vie commune, il avait commencé à changer : il était toujours de mauvaise humeur et la critiquait constamment et même la dévalorisait devant ses amis et se moquait d'elle si elle ne réussissait pas dans son travail. C'est seulement quelques mois après le changement qu'elle a appris qu'il avait trouvé une autre femme. Thérèse m'a fait savoir que lorsqu'elle l'a su, son existence a complètement changé, elle se sentait vide, sans espoir.

Pendant les premières séances, j'ai seulement écouté car il me semblait qu'elle avait tellement à raconter. C'était comme si elle avait voulu se vider le cœur. Elle disait ne pas comprendre le pourquoi de la rupture si elle faisait toujours ce qu'il voulait, sans même poser de questions.

Quand je lui ai demandé quel avait été l'argument de son compagnon quand elle l'a confronté avec son infidélité, elle m'a répondu que la seule chose qu'il lui a répondu,

c'était qu'il voulait avoir de l'espace et qu'il se sentait étouffer dans sa relation avec elle et qu'il n'était pas prêt à faire de compromis.

Quand je lui ai demandé quelle sorte de compromis, elle m'a mentionné que depuis la quatrième année de leur relation, elle voulait se marier avec lui et qu'elle insistait. Mais elle ne comprenait pas son insistance car elle disait détester les gens mariés.

Je lui ai expliqué que cette rupture a été un coup dur à surmonter et que sa haine envers le mariage venait du fait de s'être fait refuser quand elle était amoureuse. Ceci aussi pouvait s'utiliser pour expliquer son désir de sortir avec des jeunes compagnons qui ne représentaient pas une menace.

On a aussi parlé de son désir de rêver et d'inclure dans ses rêves des gens qu'elle idéalise. Elle avait confirmé que ses nouveaux compagnons lui semblaient intéressants au début mais qu'après quelque temps, elle les trouvait immatures.

Elle me parlait aussi de la relation avec ses parents, de l'ambivalence envers sa mère qui semblait se mêler de sa vie personnelle. Elle détestait sa mère qui, selon elle, se laissait aller : elle était obèse et dépressive. Par contre, elle aimait son père, mais comme il reste avec sa mère, elle ne lui rend pas visite. Je lui ai expliqué qu'elle semblait détester toute forme de contrat, mais qu'elle se sentait contrôlée par ses émotions mais qu'elle refusait de voir sa mère car celle-ci était fragile et qu'elle détestait la fragilité. Elle voulait que ses parents soient forts pour lui donner cette force. Quand je lui ai demandé si elle se sentait vulnérable ou fragile, elle m'a répondu que oui. Elle avait peur de devenir comme sa mère, « amère ».

On a eu l'occasion dans les séances suivantes de faire ressortir les traits positifs du célibat : elle m'a mentionné que le fait d'être sans compagnon la faisait participer davantage à des activités sportives avec son neveu. Elle disait pouvoir penser plus à elle, car quand elle était en relation avec quelqu'un, elle ne pensait qu'à l'autre.

On a analysé ensemble ses relations vécues avec d'autres partenaires et on voyait un désir de possession de sa part, de vouloir à tout prix l'exclusivité dans la relation. Pendant qu'elle était avec un homme, elle s'interdisait de sortir avec ses amies et l'interdisait aussi à son partenaire. Elle le décrivait en disant « je voulais être son ombre ». Cette façon d'identification de vivre pour l'autre ou vivre à travers l'autre la conduisait au sentiment de désespoir quand elle se retrouvait toute seule.

Dans les séances suivantes, on a parlé du besoin d'avoir une vie à elle, de ne pas se sentir une victime et qu'au contraire elle était libre et indépendante de réaliser des projets mais des projets réalistes avec un but bien défini comme la recherche d'emploi. On a dû attendre plusieurs semaines avant qu'elle retrouve un travail. Enfin, elle a eu un emploi comme secrétaire-réceptionniste dans une compagnie où l'atmosphère semblait amicale et calme. Le travail était contractuel mais avec une possibilité de décrocher un emploi permanent en fonction de ses habilités. Le salaire était bon et elle allait avoir des bénéfices marginaux.

Après seulement deux mois, Thérèse a décidé d'acheter une voiture usagée mais en très bonne condition. Avec l'aide de son beau-frère, elle a demandé un prêt à la banque et avec des économies, elle a acheté la voiture. J'ai réalisé qu'à chaque fois que quelque chose de positif lui arrivait, elle gardait son optimisme.

Dans les séances subséquentes, on a parlé du travail, comment elle s'était reliée à ses camarades de travail, comment elle se sentait respectée à l'intérieur de sa compagnie, etc. Après les six mois d'essai, la compagnie a décidé de la garder comme permanente. Suite à cette nouvelle, elle a décidé d'emménager dans son propre appartement.

Pendant plusieurs séances, on a parlé du choix d'appartement, de ses plantes qu'elle décrivait comme ses enfants et de l'achat d'un chat pour lui tenir compagnie. Elle disait se sentir très bien dans sa peau pour la première fois dans sa vie même si elle était seule. Je lui disais qu'elle avait plusieurs qualités qu'elle ne connaissait même pas mais

qu'en étant toute seule, elle a dû les utiliser pour la première fois et qu'elle n'avait pas besoin des autres pour survivre. On a décidé d'un commun accord d'arrêter la thérapie car il nous semblait que le but avait été atteint.

(Troisième cas – Thérèse)**6. Évaluation des résultats**

Je lui ai fait remplir l'inventaire de dépression de Beck qui a donné les résultats suivants pour le post-test :

- ♦ Dans les 21 items :
 - 1 point au niveau de la perte d'intérêt (Je suis moins intéressée aux autres maintenant qu'auparavant;
 - 1 point au niveau perte de libido (Je suis moins intéressée par le sexe qu'auparavant).

Score total : 2 points = absence de dépression

Évaluation des résultats du suivi psychosocial après 12 mois de thérapie (octobre 1995 à octobre 1996) :

Thérèse a suivi une thérapie avec antidépresseurs pendant six mois. Ensuite, elle a décidé de garder sa psychothérapie pendant un an et demi. A la fin, elle allait très bien. Elle était toujours célibataire mais l'acceptait assez bien. Elle vivait en appartement, elle avait acheté une voiture . Bien qu'elle venait de perdre son emploi à cause d'une faillite de la compagnie pour laquelle elle travaillait, elle se sentait très confiante de se trouver un nouveau travail.

Il faut mentionner que Thérèse avait un grand désir de s'aider. Elle était très coopérative en thérapie. Malgré tout, la rage ou la colère apparaissait lorsqu'on parlait de ses relations interpersonnelles avec ses parents, patrons et ex-conjoints. Elle éprouvait de la colère envers ses parents parce qu'ils lui avaient dit qu'ils espéraient avoir un garçon et non une fille. Elle a donc vécu un sentiment de rejet parce qu'elle ne se sentait pas acceptée. Ce même rejet, elle l'a ressenti à nouveau dans ses relations avec ses ex-conjoints et ses patrons, ce qui a causé des problèmes au niveau des relations interpersonnelles positives. Elle avait conclu que tout le monde lui faisait la

vie difficile de sorte qu'elle se sentait victime de la méchanceté des autres. Cette perception négative ne faisait qu'augmenter son désespoir et lui faisait croire qu'elle n'était pas aimée, sauf par sa soeur. Tout ceci nous a amenés à analyser son attitude envers les autres pour l'aider à comprendre qu'elle provoquait le rejet inconsciemment. Cette découverte lui a permis de bien saisir l'importance du changement d'attitude en général envers autrui.

naire de dépression de Beck (post-test)

Thérèse - 44 ans

Après 12 mois de psychothérapie

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:

tivement **toutes** les phrases;

"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**.

(Sens de l'échec)

Je ne me sens pas triste.
Je me sens morose ou triste.
Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

(Optimisme)

Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
Je me sens découragé(e) à propos du futur.
Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

(Sentiment d'échec)

Je ne sens pas que je suis un échec.
Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

(Satisfaction)

Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
Je me sens "lâché(e)" la plupart du temps.
Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
Je suis mécontent(e) de tout.

(Culpabilité)

Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
Je me sens plutôt coupable.
Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

(Punition)

Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
Je sens que je suis ou serai puni(e).
Je sens que je mérite d'être puni(e).
Je veux être puni(e).

(Désillusion)

Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
Je suis déçu(e) de moi-même.
Je ne m'aime pas.
Je suis dégoûté(e) de moi-même.
Je me hais.

(Critique)

Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
Je me blâme pour mes fautes.
Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.

(Pensées suicidaires)

Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
Je sens que je serais mieux mort(e).
Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
Je me tuerais si je le pouvais.

(Larmes)

Je ne pleure pas plus que d'habitude.
Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

(Irritabilité)

11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
 Je me sens irrité(e) tout le temps.
 Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.

(Perte d'intérêt)

12. Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
 Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
 J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.

(Insécurité)

13. Je prends des décisions aussi bien que jamais.
 J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
 Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.

(Perception de soi)

14. Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait.
 Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits.
 Je me sens laid(e) et répugnant(e).

(Ralentissement)

15. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
 Je ne peux faire aucun travail.

(Insomnie)

16. Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
 Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.

(Fatigue)

17. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

(Anorexie)

18. Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 Je n'ai plus d'appétit du tout.

(Perte de poids)

19. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
 J'ai perdu plus de 5 livres.
 J'ai perdu plus de 10 livres.
 J'ai perdu plus de 15 livres.

(Anxiété somatique)

20. Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
 Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.

(Perte de libido)

21. Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

SCORE TOTAL : 2 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

6.4 Quatrième cas : Martine - 44 ans

1. Évaluation psychosociale

Raison de la consultation :

Martine se présente à la clinique car elle se dit incapable de fonctionner. Elle se sent insécure dans son nouvel emploi. Elle vient de perdre sa compagnie (elle était propriétaire d'une compagnie de déménagement). Sa soeur a pris la relève et actuellement elle travaille pour la compagnie de sa soeur. Elle vit difficilement la faillite de sa propre compagnie, et elle ne s'entend pas avec sa soeur. Cette dernière semble avoir pris le contrôle total de la compagnie et elle ne veut pas respecter l'entente (partnership) de 50% - 50%. Cette situation l'a rendue malade au point de ne plus être capable de fonctionner.

Histoire personnelle :

Martine vient d'une famille de sept enfants dont elle est l'aînée. Ses parents ont dû la placer chez ses parrains car ils n'avaient pas les moyens de la faire vivre. Elle a quitté sa famille à l'âge de trois ans pour aller vivre à la campagne. Ses parrains étaient des gens sans enfants et menaient une vie très ordonnée avec une morale très stricte. Elle devait cacher ses émotions et sentiments pour ne pas blesser sa famille adoptive ou sa famille biologique. Elle s'est mariée à l'âge de 25 ans; de cette union sont nées deux filles aujourd'hui âgées de 18 et 15 ans. Toutes les deux ont eu des problèmes d'assuétude aux drogues et ont vécu des séjours en institution.

Quant à son mari, il a un problème de consommation abusive d'alcool, ce qui semble provoquer beaucoup de conflits à l'intérieur du couple. Depuis déjà quelques années, son mari ne travaille plus dû à un accident de travail mais bientôt il devra passer devant une commission (CSST) pour déterminer s'il est apte ou non à retourner au travail. Cette situation a créé une situation de stress à l'intérieur de la famille qui ne semble guère aider Martine.

Études et travail :

Martine a fini le Cégep en techniques administratives et a suivi beaucoup de cours reliés à ce domaine (comptabilité, tenue de livres, ordinateur, direction d'entreprise). Elle dit connaître très bien le fonctionnement d'une entreprise sauf qu'elle se dit incapable de continuer de cette façon.

État de santé (physique et mental) :

Elle dit avoir perdu 58 livres depuis que sa glande thyroïde fonctionne normalement (hypothyroïdisme). Elle dit ne pas faire de sport car elle n'a pas l'énergie et le temps pour le faire. Elle se nourrit d'une façon très inadéquate (grignotte) et ses repas se composent régulièrement d'aliments en hautes teneurs caloriques.

Elle se dit très découragée par moments car elle ne trouve pas de solutions à ses problèmes. Elle mentionne avoir été suivie pour une dépression il y a longtemps quand elle commençait avec sa propre compagnie. Elle se souvient d'avoir pris des médicaments pour la dépression (antidépresseurs) et elle les a pris pendant quelques années.

Situation financière :

Son travail lui permet de pourvoir aux besoins de sa famille car son mari ne reçoit qu'une pension d'invalidité temporaire. Elle et son mari sont propriétaires d'une maison et ils possèdent une voiture.

Attitude de la cliente :

Elle verbalise beaucoup ses émotions depuis toutes ces années de thérapie. Elle aimerait être capable de contrôler son anxiété. Le fait d'être la seule à supporter sa famille l'inquiète beaucoup. Elle a peur de tomber malade, d'être incapable de prendre ses responsabilités, etc.

Elle ne peut pas confronter les membres de sa famille car elle se sent responsable de leur situation. Elle se culpabilise constamment et se dit incapable de faire quoi que ce

soit mais en même temps elle s'enrage et elle déprime. Elle dit détester la faiblesse de son mari qui ne semble pas capable d'arrêter de consommer de l'alcool. Ce comportement est devenu pire depuis qu'il ne travaille plus. Dû à la situation qu'elle vit à la maison, elle n'a aucune envie de rentrer chez elle le soir et préfère rester au travail.

Impression :

On se trouve devant une cliente très déprimée avec des sentiments d'angoisse, une peur de l'avenir. Elle se dit incapable de prendre des décisions chez elle et au travail depuis qu'elle a fait faillite. Elle se sent très coupable car sa soeur l'accuse constamment d'être la raison de la faillite. Elle ressent des sentiments de dévalorisation et n'a aucune estime d'elle-même malgré qu'elle démontre être capable de faire vivre sa famille.

Questionnaire de dépression de Beck (pré-test)

Martine - 44 ans

Lors de sa deuxième rencontre avec la TS

Questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
Cochez **toutes** les phrases;
"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**.

<p>(Tristesse)</p> <p>Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre daplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Pessimisme)</p> <p>Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec)</p> <p>Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Insatisfaction)</p> <p>Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "tanné(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Incapacité)</p> <p>Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition)</p> <p>Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Désillusion)</p> <p>Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Auto-critique)</p> <p>Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Pensées suicidaires)</p> <p>Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes)</p> <p>Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité)</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input checked="" type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) N/A</p> <p>18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout. <input checked="" type="checkbox"/> Appétit augmenté</p> <p>(Perte de poids) N/A</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres. <input checked="" type="checkbox"/> Gain de poids</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	--

SCORE TOTAL : 48 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

(Quatrième cas – Martine)

3. Diagnostic

Lors de la troisième séance pour établir les critères diagnostiques, Martine présentait cinq symptômes nécessaires pour établir les critères d'un épisode dépressif du type trouble dysthymique F34.1 [3004]:

- A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les membres de sa famille.
- B. Quand le sujet est déprimé, elle présente les symptômes suivants:
 - ① Perte d'appétit.
 - ② Insomnie.
 - ③ Baisse d'énergie ou fatigue.
 - ④ Faible estime de soi.
 - ⑤ Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
 - ⑥ Sentiments de perte d'espoir.
- C. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.
- D. Ne s'applique pas.
- E. Ne s'applique pas.
- F. Ne s'applique pas.
- G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie). La patiente a été suivie pour un hypothyroïdisme et actuellement elle prend une médication pour la stabiliser.
- H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, familial et professionnel.

Diagnostic: Trouble dysthymique

(Quatrième cas – Martine)**4. Plan d'intervention**

- Possibilité de thérapie à long terme (6 mois et plus).
- Il faudra évaluer son cas avec le psychiatre (prise d'antidépresseurs. Elle les a pris avec un effet bénéfique).
- Nécessité de travailler son estime de soi (sentiments de dévalorisation, culpabilité).

Objectif :

- Améliorer sa relation de couple, en confrontant son mari avec son alcoolisme.
- Être capable de clarifier la situation avec ses filles, pour que ces dernières deviennent plus responsables.
- Récupérer son estime de soi perdu lors de sa faillite.

Moyens :

- Une thérapie cognitive l'aiderait graduellement à faire disparaître des pensées négatives.
- Une réévaluation de sa perception et une pensée logique pourraient être la clé de sa thérapie.
- Thérapie comportementale pour remplacer des comportements inadéquats et traditionnels.

Limites :

- Elle semble avoir de la difficulté à penser à elle, ses proches passent avant elle.
- Elle veut se faire aimer constamment. Donc, elle déteste la confrontation.

(Quatrième cas – Martine)

5. Évolution de la situation

Lors de la première et de la deuxième rencontre, seulement Martine a parlé. Il semblait qu'elle avait beaucoup à dire et c'est seulement vers la fin de la deuxième séance que je lui ai expliqué l'objectif à poursuivre et le plan de traitement qui pouvait mieux l'aider dans son cas spécifique.

Je lui ai rappelé le fait qu'elle a souffert de sa première dépression lorsqu'elle a démarré sa première compagnie de déménagement. Il semblait qu'à chaque fois qu'elle se retrouvait devant une situation qui comportait des risques, elle réagissait avec beaucoup d'anxiété car la responsabilité qu'elle prenait était la sienne entièrement car son mari semblait être un individu incapable de tolérer le stress. C'est seulement quand la compagnie a commencé à donner des bénéfices et à devenir rentable que la dépression a disparu. Ce qui voulait bien dire que Martine n'avait pas peur de prendre des responsabilités. Sa peur était au niveau de sa sécurité, d'être capable de s'occuper d'une famille, d'être capable de payer son hypothèque, etc.

Actuellement, la situation semble se reproduire sauf que cette fois-ci, elle vit la culpabilité de la dépendance de son mari et de ses filles. Elle m'a raconté que lors du démarrage de sa première compagnie, elle avait investi beaucoup de temps et d'énergie. Alors elle s'est très peu impliquée au niveau de sa famille, elle a laissé la responsabilité à son mari, qui était à la maison en congé médical (mal au dos).

Mon but n'était pas de juger si elle avait bien ou mal fait. Je lui ai expliqué qu'à l'époque, elle n'avait pas eu le choix, son but premier étant la survie de sa famille et elle avait réussi. Mais son mari, avec son problème d'alcool, n'a pas été en mesure de bien s'occuper de sa famille. Actuellement, c'était le bon moment pour confronter son mari avec son problème de boisson. Elle était d'accord.

Après un mois, elle m'a annoncé que son mari s'était inscrit dans un centre de désintoxication suite à la confrontation qu'elle a eue avec lui en lui demandant de choisir entre la désintoxication ou le divorce. Elle lui a expliqué que si elle divorçait, elle aurait une bouche de moins à nourrir et qu'avec la vente de la maison, elle pourrait payer une partie de ses dettes (elle avait fait séparation de biens et la maison lui appartenait). Son mari a bien compris le message et a profité de la situation pour faire des changements dans sa vie.

Martine a très bien toléré l'absence de son mari pendant son séjour en maison de désintoxication. Cependant, ses filles faisaient à leur guise car Martine continuait à travailler de longues heures et les filles restaient sans aucune surveillance. La plus vieille semblait retourner à ses anciennes habitudes et consommait de la drogue et comme elle avait quitté le centre en milieu d'année, elle devait attendre l'année suivante pour se réinscrire. Entre temps, aucune des deux filles ne faisait rien. Martine se plaignait que la maison était en complet désordre et que lorsqu'elle arrivait le soir, le souper n'était même pas prêt. Alors, elle grignotait, ce qui la faisait engraisser parce qu'elle se nourrissait mal.

Quand je lui ai suggéré de se concentrer sur sa santé, elle a compris et a décidé d'en parler avec sa soeur afin qu'elle embauche quelqu'un d'autre pour faire une partie de son travail. La compagnie semblait bien aller, alors aucun risque au niveau du fonctionnement. Concernant les filles, il fallait les pousser pour qu'elles redeviennent actives, et le travail nous semblait une très bonne alternative en attendant de retourner à l'école. De cette façon, Martine ne serait pas forcée de donner de l'argent de poche et les filles se tiendraient occupées.

Après quelques séances, j'ai appris que l'organisation des repas se faisait mieux. Les filles semblaient plus coopératives mais les démarches pour se trouver un emploi semblaient infructueuses car les filles manquaient d'expérience pertinente.

J'ai donc suggéré à Martine la possibilité que sa fille aînée (celle qui semblait être la plus vulnérable) puisse travailler avec sa mère et sa tante. L'idée ne semblait pas attirer Martine, mais en lui expliquant les bienfaits pour sa fille, i.e. emploi de son temps, expérience de travail, contrôle de son problème de drogues, elle a accepté et elle m'a promis de parler à sa fille. Quand son mari est revenu de son séjour du Centre de désintoxication, la fille de Martine travaillait depuis une semaine avec sa mère et la plus jeune travaillait comme gardienne à temps partiel. Il a été surpris de tous les changements et peu de temps après, le climat familial s'est amélioré. Elle se sentait mieux, plus en contrôle de la situation et elle dormait mieux et par le fait même, avait plus d'énergie.

On a décidé d'un commun accord d'arrêter la thérapie car les buts avaient été atteints et elle se sentait beaucoup plus apte à prendre des décisions.

(Quatrième cas – Martine)

6. Évaluation des résultats

Je lui ai fait remplir l'inventaire de dépression de Beck qui a donné les résultats suivants pour le post-test (dans les 21 items):

- ♦ 1 point au niveau de la perte d'intérêt (Je suis moins intéressée aux autres maintenant qu'auparavant);
- ♦ 2 points au niveau de la perte de libido (Je suis beaucoup moins intéressée par le sexe maintenant).

Score total : 3 points = absence de dépression

- * Il ne faut pas oublier que la patiente prend des antidépresseurs, ce qui fait baisser sa libido.

Évaluation des résultats du suivi psychosocial après 15 mois de thérapie (octobre 1995 à janvier 1997) :

Martine était très déprimée par rapport à la situation chez elle et au travail. Elle se blâmait constamment d'avoir fait faillite et tolérait très mal le fait que sa soeur ait pris le contrôle de l'entreprise qui lui appartenait à elle en principe.

On a décidé ensemble que le but de la thérapie était de changer la perception qu'elle avait de sa famille immédiate. Elle percevait sa famille (son mari et ses filles) comme étant des êtres démunis et elle croyait qu'elle devait s'en occuper complètement sans leur donner aucune responsabilité (rôle social traditionnel). Cette perception a changé graduellement quand elle a appris à s'affirmer sans se sentir coupable.

Son mari a suivi un traitement de désintoxication qui a motivé les filles à suivre l'exemple après avoir reçu de leur mère le message d'avoir à quitter la maison s'il n'y avait pas de changement de leur part. Au fur et à mesure que la thérapie avançait, on a réalisé que Martine avait un débalancement chimique et qu'elle était incapable de

contrôler ses émotions et de fonctionner à l'extérieur si elle ne prenait pas une médication d'antidépresseurs. La thérapie seule ne fonctionnait pas. Au tout début, elle ne voulait pas prendre de médicaments sur une base permanente, mais suite à son accord, une amélioration au niveau de l'humeur s'est manifestée, ce qui nous a permis d'aller plus loin avec la thérapie. Elle éprouvait un sentiment profond de solitude et elle prenait son rôle de chef de famille très sérieusement. Sa famille profitait de son attitude et se laissait vivre sans reconnaître l'effort qu'elle faisait pour suffire à leurs besoins.

Pendant longtemps, elle n'a jamais eu de gratification découlant de son rôle et ceci nous a forcées d'une part à augmenter la médication et d'autre part à lui faire voir qu'elle devait s'affirmer et savoir dire non aux demandes exhaustives de sa famille. Elle a fini par comprendre qu'il fallait être plus ferme pour éviter les manipulations des autres et pour donner un sens à sa vie. Sa seule valorisation était son entreprise. Au moment de la faillite, tout son univers s'est écroulé. Le fait de partager les responsabilités de sa nouvelle compagnie avec sa soeur n'a pas aidé car cette dernière la blâmait de tout ce qui n'allait pas à l'intérieur de la compagnie.

Finalement, elle a réussi à confronter sa soeur, ses filles et son mari et elle a trouvé une activité qui la valorisait et lui permettait de socialiser. Il s'agit d'un club voyage où les membres organisent régulièrement des sorties pendant l'été et l'automne. Mais elle se protège vis-à-vis des relations intimes étant donné qu'elle n'a jamais eu de succès avec aucun des hommes qu'elle a rencontrés dans sa vie. Elle est maintenant satisfaite de sa vie et fait face aux conflits familiaux et au travail avec plus de confiance et d'efficacité.

Échelle de dépression de Beck (post-test)

Martine - 45 ans

Après 15 mois de psychothérapie

Questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
Cocher **toutes** les phrases;

«X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**.

<p>(Rage)</p> <p>Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Pessimisme)</p> <p>Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec)</p> <p>Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Lorsque je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Insatisfaction)</p> <p>Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "anné(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Culpabilité)</p> <p>Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition)</p> <p>Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Démoralisation)</p> <p>Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Autocritique)</p> <p>Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Idées suicidaires)</p> <p>Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes)</p> <p>Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Inadéquité)</p> <p>13. <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie)</p> <p>18. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids)</p> <p>19. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	--

SCORE TOTAL : 3 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

6.5 Cinquième cas : Susan - 45 ans

1. Évaluation psychosociale

Raison de la consultation :

Susan nous a été référée par la clinique externe d'un hôpital général. Elle avait été hospitalisée avec des idées paranoïdes et suicidaires. Un diagnostic de dépression grave psychotique qui date depuis des années nous a été envoyé car la clinique était dans l'impossibilité de suivre le cas de près dû à la surcharge de leur travail.

Histoire personnelle :

Susan a été adoptée. Ses parents ont aussi adopté un autre enfant. Elle n'a jamais connu ses parents biologiques. Elle n'a jamais fait de démarches de peur de blesser sa mère adoptive. Susan est mariée depuis 19 ans. Elle a trois enfants et les deux plus vieux semblent être hyperactifs. Le climat familial semble très tendu dû au fait que ses enfants ont des troubles scolaires (concentration, comportement). Son mari ainsi que son associé avaient une compagnie qui a fait faillite deux ans auparavant. Ils ont tout perdu dans cette faillite et la famille complète habite chez sa mère adoptive. Son mari consomme beaucoup d'alcool et sa mère n'accepte pas son comportement, ce qui provoque pas mal de frictions au sein de la famille. Depuis la faillite, son mari envisage de nouveaux projets que Susan interprète comme étant « farfelus ».

Susan a travaillé avant son mariage comme infirmière pédiatrique mais depuis la naissance de ses enfants, elle a complètement arrêté. Elle se sent vieille pour recommencer (insécurité par rapport aux demandes de l'emploi). Elle se dit catégoriquement incapable de se présenter en entrevue, même si elle sait que son salaire pourrait bien aider sa famille.

Études :

Susan a terminé son Cegep en Techniques infirmières il y a une vingtaine d'années. Elle n'a pas suivi de cours de recyclage.

État de santé (physique et mental) :

Elle pleure constamment lors de l'entrevue. Elle se sent très fatiguée depuis plus de deux ans. Elle a de la difficulté à se concentrer et elle ne peut prendre aucune décision. Chez elle, elle laisse ses parents adoptifs s'occuper des enfants car elle n'a pas l'énergie nécessaire.

Elle ne peut pas dormir d'une façon convenable et elle a des douleurs musculaires partout dans son corps. Elle mange sans avoir faim car elle est très anxieuse. Elle dit avoir engraisé de 30 livres depuis deux ans. Parfois elle pense que les gens la détestent, que personne ne l'aime et qu'il faudra disparaître.

Situation financière :

Son mari et elle comptent sur les bénéfices qu'ils ont obtenus de la vente de leur maison. Elle a peur que cet argent s'envole car son mari semble avoir une faiblesse pour les cartes de crédit. Actuellement, son mari travaille à temps partiel pour la compagnie d'un de ses amis. Il a fait des applications partout au Canada et même aux États-Unis sans succès.

Attitude de la cliente :

Elle veut être capable de ne plus avoir d'idées négatives et parfois suicidaires, d'être en contrôle de la situation sans être déprimée, de ne pas sentir que tout le monde la regarde d'une façon étrange, d'avoir la chance de sortir de cette paralysie qui l'empêche de fonctionner.

Impression :

Susan semble très anxieuse et angoissée. Elle se torture constamment sur l'avenir de sa famille. Elle a une histoire de dépressions psychotiques qui ont fini par des hospitalisations avec suivi à l'externe. Elle présente des idées paranoïdes caractérisées par une peur d'être attaquée lorsqu'elle se trouve sur la rue et que d'autres personnes la regardent avec des mauvaises intentions.

Susan prend des médicaments à l'occasion seulement, ce qui entrave son rétablissement. Elle déteste la médication car elle a peur de devenir dépendante.

uestionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:

tivement **toutes** les phrases;

l' "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>(Sens de tristesse) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Sens de pessimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sens de l'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Sens de mécontentement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "anné(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Sens de culpabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Sens de punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Sens de dévalorisation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Sens de critique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Sens de pensées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Sens de larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité) 11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt) 12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité) 13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi) 14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input checked="" type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement) 15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie) 16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue) 17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) N/A 18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout. <input checked="" type="checkbox"/> Appétit augmenté</p> <p>(Perte de poids) N/A 19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres. <input checked="" type="checkbox"/> Gain de poids</p> <p>(Anxiété somatique) 20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido) 21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	--

SCORE TOTAL : 57 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

(Cinquième cas – Susan)**3. Diagnostic**

La troisième rencontre a eu pour but de passer les tests pour une confirmation du diagnostic. Selon les critères d'un épisode majeur, Susan présentait les neuf symptômes nécessaires pour établir le diagnostic:

- ① Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure).
- ② Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet et observée par les membres de sa famille).
- ③ Gain de poids significatif: Susan a engraisé de 30 livres depuis deux ans.
- ④ Insomnie.
- ⑤ Ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- ⑥ Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- ⑦ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, qui, dans le cas de Susan, devient délirant. Elle ne veut pas sortir car elle pense que les gens la regardent parce qu'elle a l'air « bizarre », que tout le monde la déteste, etc.
- ⑧ Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par Susan et observée par les membres de sa famille).
- ⑨ Pensée de mort récurrente, idées suicidaires récurrentes sans plan précis.

Diagnostic: Trouble dépressif majeur, récurrent - F33x [296.3x]

(Cinquième cas – Susan)**4. Plan d'intervention**

- ♦ Possibilité de thérapie à long terme (6 mois et plus).
- ♦ Il faudra évaluer avec le psychiatre la prise de médicaments (antipsychotiques, antidépresseurs).
- ♦ La cliente ne semble pas apte à bénéficier immédiatement d'une thérapie et manque de concentration (lenteur au niveau de son discours et apathie).
- ♦ Il faudra évaluer son cas dans un mois pour vérifier les effets des médicaments.

Limites :

Une réévaluation après un mois pour déterminer quels seront les objectifs, les moyens et les limites de la thérapie. Actuellement, dans l'état émotionnel où la patiente se trouve, une thérapie sans médicaments s'avère inutile.

Réévalué après un mois, la patiente a reçu des antipsychotiques et des antidépresseurs (entre-temps).

Deuxième plan d'intervention :

- ♦ Possibilité de thérapie à long terme (6 mois et plus).
- ♦ Le psychiatre va assurer le côté médical avec des antidépresseurs et des antipsychotiques.
- ♦ Nécessité de travailler son estime de soi (sentiments de dévalorisation et de culpabilité).

Objectifs :

- ♦ Arrêter si possible les crises psychotiques qui l'empêchent de mener une vie normale (une médication s'avère nécessaire).
- ♦ Qu'elle soit capable de s'affirmer dans sa relation avec son mari et ses enfants.
- ♦ Qu'elle puisse décrocher un emploi qui pourra la valoriser et l'aider à gagner son indépendance.

Moyens :

- ♦ Une thérapie cognitive-behaviorale semblera très appropriée dans son cas pour briser un modèle de pensée négative en l'aidant à réévaluer ses perceptions et à penser d'une façon logique et rationnelle.
- ♦ Une thérapie interpersonnelle de courte durée pour lui apprendre à élaborer des stratégies et à trouver des compétences nécessaires pour résoudre ou prévenir les conflits qu'elle pourrait rencontrer dans ses rapports avec son mari, sa mère adoptive et ses enfants.
- ♦ Donner le support nécessaire pour qu'elle puisse accomplir ses objectifs.

(Cinquième cas – Susan)**5. Évolution de la situation**

Lors des premières rencontres avec Susan, elle a manifesté son désespoir et son anxiété face à sa vie en général. Je pouvais me rendre compte qu'elle se sentait coupable de tout le malheur qui arrivait à sa famille, i.e. faillite de la compagnie de son mari. Elle m'a expliqué que lorsque son mari arrivait tard le soir, elle se fâchait et lui demandait constamment de quitter son travail plus tôt pour arriver à la maison de bonne heure. Son mari, pour sa part, essayait de lui expliquer que la compétition au niveau d'autres compagnies qui produisaient du « software » était grande. Alors lui, il ne lui restait plus de choix que de travailler de longues heures avec son associée.

Tout ceci, Susan essayait de le raconter en pleurant car selon elle, la compagnie avait fait faillite à cause d'elle. Quand je lui ai expliqué que les temps étaient très difficiles pour les nouvelles compagnies et que plusieurs entrepreneurs dans différents domaines de l'économie ont fait faillite eux aussi, elle a accepté partiellement.

Je lui ai mentionné que la faillite de son mari ne voulait pas dire que sa vie à elle et celle de sa famille était perdue ou finie. Au contraire, son mari avait gagné beaucoup d'expérience dans un domaine très recherché (informatique) et il fallait l'encourager à trouver un emploi.

Pour sa part, elle pouvait commencer à faire des démarches pour se trouver un travail comme infirmière. Suite à ma question, elle m'a avoué qu'elle avait peur de retourner travailler dans ce domaine car son manque de concentration lui faisait peur, surtout dans un domaine comme la pédiatrie. Je lui ai expliqué que son manque de concentration n'était plus lié à sa psychose, que ceci était plutôt relié à son anxiété car elle ne se faisait pas confiance. J'essayais constamment de la calmer et de démystifier ses peurs, en la rassurant et en renforçant l'estime d'elle-même. Après plusieurs mois d'aide et d'écoute, elle est arrivée un jour en me disant qu'elle avait décidé de faire des

démarches pour que ses enfants hyperactifs puissent obtenir des services spéciaux au niveau du rattrapage scolaire. Elle devait rencontrer le directeur de l'école car son mari était hors de la ville en entrevue. Pendant toute la séance, on a parlé des priorités des enfants, de leurs besoins, de leur estime de soi, etc. Après la rencontre avec le directeur, elle était fière d'elle-même car elle avait su expliquer la problématique de ses enfants qui ne voulaient pas retourner à l'école dans un programme régulier. Le directeur a compris la situation et a proposé un programme spécial pour enfants avec déficience d'ordre académique.

Dans les séances suivantes, elle m'a fait connaître son intérêt à rencontrer un conseiller du Centre de la main d'oeuvre car elle désirait trouver des cours de recyclage comme aide-infirmière.

Le conseiller lui a fait savoir que ces programmes n'étaient pas disponibles mais qu'il y avait des résidences qui voulaient embaucher des infirmières à temps complet ou partiel. Elle était très contente de savoir qu'elle pouvait travailler tout de suite et avec une clientèle avec laquelle elle se sentait très à l'aise. Son état psychotique avait complètement disparu avec les antipsychotiques mais dans un dosage minime qui ne lui faisait aucun effet secondaire.

Son humeur était très stable. Son mari avait diminué la quantité d'alcool qu'il prenait quotidiennement à cause de l'exigence des entrevues à passer. Par le fait même, son niveau d'anxiété avait aussi diminué. Dans les semaines suivantes, j'ai appris que le mari de Susan avait décroché un emploi aux États-Unis pour une période de deux ans et en fonction de ses qualifications, le contrat pouvait se renouveler et le salaire était très attirant.

Susan m'a mentionné que son mari désirait me rencontrer car il était très intéressé par l'offre d'emploi aux États-Unis mais il s'inquiétait de laisser sa femme pour une période aussi longue. Il ne pouvait revenir qu'une fois par mois. J'ai donc accepté de les

rencontrer tous les deux. Je lui ai fait savoir que Susan répondait très bien à la médication et qu'elle était stable actuellement, qu'elle avait décroché un emploi dans une résidence pour personnes âgées, ce qui lui permettait de se tenir occupée et que sa mère adoptive était très serviable. Les enfants allaient à l'école et tout semblait être sous contrôle.

Cette rencontre a aidé le couple à renforcer leur décision de se quitter pour une période de deux ans avec un but très précis : payer les dettes et épargner pour s'acheter une nouvelle maison.

J'ai réévalué la situation après trois semaines suivant le départ de son mari. Susan allait toujours bien malgré que par périodes elles s'ennuyait de lui. Mais le fait de travailler à temps partiel l'aidait à surmonter sa peine. Les enfants avaient bien réagi au départ du père et la routine s'installait. Comme tout semblait sous contrôle, on a décidé d'arrêter la thérapie car nos objectifs étaient atteints.

(Cinquième cas – Susan)**6. Évaluation des résultats**

Je lui ai fait remplir l'inventaire de dépression de Beck qui a donné les résultats suivants pour le post-test :

- ♦ 2 points au niveau de la perte de libido (Je suis beaucoup moins intéressée par le sexe maintenant.

Score total : 2 points = absence de dépression

* Note : il ne faut pas oublier que la patiente prend des antidépresseurs qui affectent sa libido (effets secondaires).

Évaluation des résultats du suivi psychosocial après 24 mois de thérapie (octobre 1995 à octobre 1997) :

Étant donné qu'elle était incapable de passer une entrevue, on a décidé de commencer un traitement d'antidépresseurs et antipsychotiques avant d'entreprendre une psychothérapie. Au bout de quatre semaines, Susan était capable de comprendre le but de la thérapie et elle était en mesure de mieux contrôler ses pleurs. On a travaillé ensemble le problème de dévalorisation et de culpabilité. Elle se disait incapable de dire non à ses enfants et elle vivait les critiques de son mari sans dire un mot, ce qui augmentait ses sentiments d'impuissance et de colère.

Elle a toujours gardé l'espoir de retrouver sa mère biologique car cet abandon a été perçu comme un rejet. Au départ, la patiente résistait à la thérapie médicamenteuse et il n'y a pas eu de progrès dans son traitement. Après qu'elle ait accepté le fait qu'elle souffrait d'un déséquilibre chimique, elle a pu entreprendre des démarches pour faire des changements dans sa vie. Cette décision a été renforcée un peu plus tard par la prise de conscience lors d'une dépression de son mari. Elle a réalisé qu'elle n'était pas la seule à avoir des problèmes dépressifs et pourtant elle a accepté finalement de se faire traiter avec des médicaments.

Cette décision a été accompagnée par une amélioration au niveau de ses relations interpersonnelles auprès de ses enfants, de sa mère adoptive et de son mari. Celui-ci a finalement obtenu un emploi aux États-Unis et malgré la distance, comme Susan était stable, elle a pu prendre la responsabilité de sa famille. Elle a aussi trouvé un travail comme infirmière dans une résidence pour personnes âgées.

Depuis qu'elle est stable, elle a bénéficié d'un suivi mensuel pour six mois. Ensuite, on a arrêté complètement la psychothérapie. Actuellement, elle poursuit uniquement son traitement aux antidépresseurs et antipsychotiques.

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ntivement **toutes** les phrases;

1 "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>ressent) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>optimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>satisfaction) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "anné(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>culpabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>dévalorisation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>critique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>pensées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>11. (Irritabilité) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>12. (Perte d'intérêt) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>13. (Insécurité) <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>14. (Perception de soi) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>15. (Ralentissement) <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>16. (Insomnie) <input checked="" type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>17. (Fatigue) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>18. (Anorexie) <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>19. (Perte de poids) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>20. (Anxiétés somatiques) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>21. (Perte de libido) <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	--

SCORE TOTAL : 2 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

6.6 Sixième cas : Joan - 46 ans

1. Évaluation psychosociale

Raison de la consultation :

Joan travaille comme secrétaire-exécutive pour une compagnie à Montréal depuis quelques mois. Elle a de la difficulté à conduire sa voiture depuis qu'elle a eu une crise de panique qui l'a paralysée complètement sur l'autoroute à l'heure de pointe. La police a dû intervenir car elle était incapable de sortir de sa voiture.

Actuellement, elle ne dort pas bien. Elle a perdu son appétit et a perdu 20 livres en un an. Elle a dû prendre un congé médical car elle ne pouvait pas travailler. Le seul endroit où elle se sentait en sécurité était chez elle (agoraphobie).

Histoire personnelle :

Joan vient d'une famille de deux enfants. Son père est décédé dans ses bras, victime d'une crise cardiaque, quand elle avait 12 ans. Après son décès, elle a vécu un sentiment de culpabilité pendant des années. Sa mère est une femme très anxieuse et surprotectrice. Joan a deux enfants: un garçon issu d'un premier mariage et une fille née de son deuxième mariage. Sa relation de couple semble très faible, son mari ne partageant aucun intérêt commun.

Depuis huit ans, elle vit une relation avec un homme marié qu'elle a rencontré au travail. Elle dit s'entendre à la perfection avec son amant, mais lui ne veut pas s'impliquer trop. Cette attitude provoque une grande frustration chez Joan mais elle se dit incapable de rompre la relation car chez elle, c'est la froideur. Elle a une très bonne relation avec sa fille de 17 ans mais semble avoir beaucoup de difficulté avec son fils de 24 ans qui semble très irresponsable et agressif verbalement envers elle et son beau-père.

Études et travail :

Elle a commencé à travailler à l'âge de 17 ans car elle ne voulait pas être un fardeau pour sa mère. Elle a fini son secondaire pour poursuivre des cours de secrétariat. Elle a toujours travaillé comme secrétaire et elle aime son travail. Elle se sent très valorisée dans ce qu'elle fait.

État de santé (physique et mental) :

Joan se dit très fatiguée et découragée. Elle ne peut pas dormir d'une façon convenable. Elle prend régulièrement des ATIVAN (tranquillisants) pour pouvoir fonctionner. Elle pleure constamment sans pouvoir s'arrêter, sauf au travail où elle essaie de se contrôler mais elle y arrive difficilement ces derniers temps.

Situation financière :

La situation financière est bonne. Elle et son mari sont propriétaires d'une belle maison et chacun a sa voiture. Ils ont envoyé les deux enfants à l'école privée.

Attitude de la cliente :

Elle se dit très déprimée sans savoir quoi faire car elle aime sa famille immédiate. Elle ne veut pas divorcer pour des raisons d'ordre économique. Son mari et elle ont un très bon plan de retraite. Elle ne se sent pas stable dans sa relation avec son amant mais elle dit avoir besoin de se sentir attirante et aimée.

Son mari consomme de l'alcool d'une façon exagérée surtout socialement, ce que Joan trouve très reprochable car il devient très déplaisant devant ses amies. Elle se sent très coupable d'avoir cette relation extramaritale mais elle se sent incapable de s'en défaire.

Impression :

On se trouve devant une cliente déprimée connaissant des attaques de panique depuis quelques mois. Il ne semble pas y avoir de communication à l'intérieur du couple. Elle ne croit pas possible une réconciliation entre son mari et elle car selon elle son mari ne

pourra pas changer. Elle vit beaucoup de sentiments de culpabilité par rapport au décès de son père à qui elle était très attachée.

estionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ivement **toutes** les phrases;
"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>me) ne me sens pas triste. me sens morose ou triste. suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>misme) ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. me sens découragé(e) à propos du futur. sens que je n'ai rien à attendre du futur. sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>ment d'échec) ne sens pas que je suis un échec. sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>ntement) ne suis pas particulièrement mécontent(e). me sens "tanné(e)" la plupart du temps. ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. suis mécontent(e) de tout.</p> <p>bilité) ne me sens pas particulièrement coupable. me sens souvent mauvais(e) ou indigne. me sens plutôt coupable. me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>ion) n'ai pas l'impression d'être puni(e). ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. sens que je suis ou serai puni(e). sens que je mérite d'être puni(e). veux être puni(e).</p> <p>lorisation) ne me sens pas déçu(e) de moi-même. suis déçu(e) de moi-même. ne m'aime pas. suis dégoûté(e) de moi-même. me hais.</p> <p>critique) ne sens pas que je suis pire que les autres. me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. me blâme pour mes fautes. me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>suicidaires) n'ai aucune idée de me faire du mal. ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. sens que je serais mieux mort(e). sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. me tuerais si je le pouvais.</p> <p>re) ne pleure pas plus que d'habitude. pleure plus maintenant qu'auparavant. pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. uparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité)</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie)</p> <p>18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids)</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	---

SCORE TOTAL : 36 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

(Sixième cas – Joan)**3. Diagnostic**

Selon les critères diagnostiques du DSM-IV, Joan présente cinq symptômes:

- A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par sa famille.
- B. Quand Joan est déprimée, elle présente les symptômes suivants:
 - ① Perte d'appétit ou hyperphagie.
 - ② Insomnie.
 - ③ Baisse d'énergie ou fatigue.
 - ④ Faible estime de soi.
 - ⑤ Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
 - ⑥ Sentiments de perte d'espoir (crises de panique).
- C. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.
- D. Ne s'applique pas.
- E. Ne s'applique pas.
- F. Ne s'applique pas.
- G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).
- H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, professionnel.

Diagnostic: Trouble dysthymique

(Sixième cas – Joan)**4. Plan d'intervention**

- ♦ Possibilité de thérapie à long terme (6 mois et plus)
- ♦ Aucune évaluation psychiatrique au niveau d'une possible médication car elle refuse toute médication.

Objectifs :

- ♦ L'aider à contrôler son niveau d'anxiété pour qu'elle puisse devenir fonctionnelle car actuellement elle ne peut pas travailler dû aux attaques de panique.
- ♦ Améliorer la communication à l'intérieur du couple malgré l'ambivalence vis-à-vis son mari.
- ♦ Travailler sa colère (contrôle de soi).
- ♦ Enlever le sentiment de culpabilité dû à l'échec de son mariage.

Moyens :

- ♦ Contrôle de l'anxiété par des moyens de relaxation (Jacobsen, Shultz), traitement de courte durée – 3 mois.
- ♦ Thérapie de couple pour améliorer la communication entre partenaires.
- ♦ Thérapie psychodynamique pour analyser et interpréter les facteurs inconscients qui déterminent son comportement.

Limites :

Joan semble très motivée à entreprendre la thérapie. Je ne vois pas d'inconvénient sauf au niveau de son agoraphobie qui devient pour le moment difficile à évaluer.

(Sixième cas – Joan)**5. Évolution de la situation**

Joan semblait très déprimée et découragée lors de notre première rencontre. Ce sentiment a perduré pendant longtemps. Elle ne voyait pas de solution aux conflits qu'elle vivait. Le tout tournait autour de la relation extra-maritale où elle trouvait le plaisir qu'elle cherchait mais en même temps, il y avait un prix à payer : la culpabilité qui a, à la longue, provoqué chez elle des crises d'anxiété traduites par des attaques de panique.

À chaque séance, on a exploré les raisons qui ont provoqué cette relation et la raison qui semblait la plus révélatrice était celle de l'intimité. Elle m'a expliqué que son mari buvait beaucoup surtout après son travail, où il se couchait sur son sofa et regardait ses programmes favoris (hockey) et buvait de la bière.

À tous les soirs et à toutes les fins de semaine, c'était la même routine. Joan m'a expliqué qu'elle aimait les sports d'hiver comme le ski et la course à raquettes; l'été, elle adorait le golf. Mais son mari n'aimait pas les sports. Elle disait n'avoir rien en commun avec lui mais qu'il était doux et très compréhensif par rapport à ses sorties et qu'il l'aidait dans le ménage, le jardinage, etc. Il s'occupait beaucoup de sa fille et il était très responsable par rapport à son travail. Il se couchait vers 10 h 30 à tous les soirs et sentait l'alcool. Il se tournait sur le côté et s'endormait en ronflant aussitôt. Par rapport au sexe, il pouvait s'en passer pendant des mois et des mois. Elle pensait qu'il faisait l'amour avec elle deux fois par année et même c'était elle qui poussait car elle se sentait coupable. Quand je lui ai demandé si elle parlait à son mari des sentiments qu'elle éprouvait à son égard, elle m'a répondu qu'à plusieurs reprises elle a essayé mais qu'à chaque fois, il promettait qu'il allait changer. Mais tout redevenait de la routine après quelques semaines. Par rapport à sa consommation d'alcool, il ne voulait pas reconnaître son problème. À chaque fois qu'elle en parlait, il

devenait agressif verbalement ou refusait de lui parler pendant quelques jours. Avec toute cette information, j'ai décidé de rencontrer son mari sans la présence de Joan.

Mon impression a été la suivante : physiquement, l'homme était obèse et il avait de la difficulté à se lever de sa chaise. Il m'a fait savoir que depuis un certain temps, il avait des douleurs aux extrémités (jambes) mais qu'il n'avait pas consulté car il détestait les médecins et il a même ajouté : « De toute façon, je sais davantage ce qu'ils vont me dire ». Il croyait que la raison de la rencontre était de pouvoir aider Joan avec ses crises de panique. Il s'inquiétait beaucoup du fait que Joan ne pouvait pas travailler et il voulait savoir comment il pouvait l'aider. Il me parlait constamment d'elle, de comment sa relation était tranquille et calme et qu'entre eux il n'y avait jamais d'arguments car il était toujours d'accord avec la façon que sa femme organisait le ménage. Mais il s'inquiétait depuis un certain temps car sa femme pleurait constamment sans qu'il puisse en comprendre la raison. Joan m'avait fait promettre de ne rien dire sur sa relation parce qu'elle n'était pas prête et elle pensait que son mari allait mourir de peine s'il l'apprenait. Mais ma perception était que cet homme avait lui-même une dépression sous-jacente car il me semblait qu'il avait des attitudes autodestructrices dans son comportement, i.e. concernant sa relation de couple, son état physique et son alcoolisme.

J'ai demandé à Joan pourquoi elle restait avec son mari. Elle m'a répondu qu'elle lui faisait confiance car elle était sûre qu'il n'allait jamais la tromper et que tous les deux avaient accumulé un très bon fond de pension qu'elle ne voulait pas perdre.

Le fait que Joan a connu la pauvreté pendant sa jeunesse faisait qu'elle avait peur de perdre sa stabilité financière et ceci me montrait qu'elle ne faisait pas confiance à son amant. Alors, j'ai décidé de connaître plus en profondeur la relation qu'elle avait établie avec son amant. Elle disait qu'il était le contraire de son mari : un homme distingué, soigné, sportif, qui aimait la vie. Ils se connaissaient depuis neuf ans. Il était marié avec une femme semblable à son mari, qui n'aimait pas les sports et ils n'avaient rien en

commun. Elle m'a dit que son mari et son amant ensemble faisaient l'homme idéal, mais séparément, il leur manquait chacun quelque chose.

Sachant que la situation n'allait pas être facile à résoudre, j'ai décidé de travailler la culpabilité qui me semblait l'élément présent à l'intérieur de la problématique. Je faisais voir à Joan tous les bénéfices que son mari et son amant ressortaient de la relation avec elle et comment elle se forçait à tout donner pour combler et rendre heureux tout le monde, sauf elle.

Elle a donc réalisé qu'elle avait été plutôt une victime qu'une mauvaise épouse. Mon but n'était pas qu'elle s'identifie comme victime mais comme une femme qui avait le droit de s'affirmer auprès de sa famille. Je lui ai expliqué que pour construire une bonne estime de soi, il fallait identifier les défauts, les qualités, les peurs, les insécurités, les ambivalences et en reconnaissant et acceptant tout ceci, ça nous permettait de mieux accepter nos défauts, nos erreurs et nos qualités. Mais il ne fallait pas imaginer que le reste du monde était mieux que nous.

Ceci s'appliquait très bien dans la relation que Joan avait établie avec son amant qu'elle croyait intelligent, dévoué, plein d'énergie et d'enthousiasme. Elle m'avait raconté que son amant lui avait demandé de quitter son mari pour aller vivre avec lui et qu'elle avait toujours répondu non. La raison qu'elle donnait, c'était à cause des enfants. Je lui ai expliqué que ceci la faisait se sentir coupable car elle croyait qu'elle était responsable du malheur de son amant. Je lui ai suggéré de changer d'approche et de dire à son amant qu'elle s'était décidée à laisser son mari pour aller vivre avec lui car les enfants étaient assez grands pour comprendre.

À sa grande surprise, son amant lui a dit que cette idée était incensée car sa femme était malade et qu'il ne pouvait pas la laisser comme ça et que sa compagnie lui avait fait savoir que ses services n'étaient plus requis et qu'il allait être congédié à moins qu'il ne décide de quitter par lui-même.

Pour Joan, tout ceci a été très bouleversant car elle n'avait jamais su que la femme de son amant était malade et que son travail n'allait pas bien. Les mois qui ont suivi ont été très difficiles pour Joan car son amant se plaignait constamment de son travail, de la difficulté à trouver un nouvel emploi dû à son âge, etc. L'homme qu'elle admirait n'était plus le même, il était devenu dépressif, intolérant et même parfois agressif verbalement.

Elle a commencé à réaliser que son amant n'était plus le type qu'elle aimait et elle se détachait graduellement. Malheureusement, l'apparition d'un cancer au sein a aggravé temporairement sa dépression mais ceci l'a décidée à penser plus à elle car elle a dû commencer des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie. Elle avait l'impression que la maladie était la conséquence du stress et de la culpabilité qu'elle avait ressentis pendant la relation avec son amant.

A la fin de ses traitements, on a convenu d'arrêter la thérapie car elle avait décidé de rester avec son mari qui l'avait supportée tout au long de sa maladie. Elle a recommencé à travailler à temps partiel. Nos buts étaient donc atteints.

(Sixième cas – Joan)**6. Évaluation des résultats**

Je lui ai fait remplir l'inventaire de dépression de Beck qui a donné les résultats suivants pour le post-test :

- ♦ 1 point au niveau de l'insomnie (Je me réveille plus fatiguée le matin que d'habitude);
- ♦ 1 point au niveau de la fatigue (Je me fatigue plus facilement qu'avant);
- ♦ 1 point au niveau de l'anxiété somatique (Je suis préoccupée par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation);
- ♦ 2 points au niveau de la perte de libido (Je suis beaucoup moins intéressée par le sexe maintenant).

Score total : 5 points = absence de dépression

* Note : Il faut prendre en considération que cette patiente a suivi des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie avec des effets secondaires qui affectent du point de vue somatique.

Évaluation des résultats du suivi psychosocial après 24 mois de thérapie (octobre 1995 à octobre 1997) :

Suite à une première évaluation, la thérapie avait pour but de l'aider à maîtriser son angoisse et sa dépression. Nous avons constaté l'existence d'une culpabilité importante reliée à une relation illicite avec un homme marié. Cette relation avait provoqué des sentiments d'angoisse et de culpabilité qui ont été les facteurs déchainants de sa dépression. À cause de la froideur et de la distance émotionnelle entre elle et son mari, la nécessité de cet homme dans sa vie avait causé beaucoup de stress dont elle ne pouvait pas se débarrasser.

Malgré tout, aucun des deux hommes n'a réussi à la combler pleinement et ceci a contribué à sa tristesse. Plusieurs événements se sont ajoutés pour rendre sa vie encore

plus difficile, notamment la découverte d'un cancer du sein qui a aggravé temporairement sa dépression. Elle a réussi à se remettre après une chimiothérapie très agressive mais suite à la rémission de son cancer, sa fille de 17 ans est devenue enceinte. Elle a décidé de se faire avorter mais ceci a été suivi d'une période de promiscuité et d'abus d'alcool de sa part, ce qui a beaucoup inquiété la patiente. Afin que sa fille trouve un but dans sa vie, sa mère a donc réussi à lui trouver un emploi dans sa compagnie. Pour toutes ces raisons, la patiente s'est retrouvée avec des symptômes d'angoisse tels que connus au début de son traitement. Nous avons donc réutilisé des techniques de relaxation qu'elle maîtrisait très bien auparavant mais qu'elle ne pouvait plus réussir à contrôler par elle-même pendant cette période difficile.

Finalement, elle a réussi à prendre sa distance avec son amant et à se rapprocher de son mari. Elle a pu faire un compromis qui lui a permis de vivre en paix avec elle-même, sans aucun sentiment de culpabilité.

Questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
cochez **toutes** les phrases;
"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>(Sens de la tristesse) ne me sens pas triste. me sens morose ou triste. suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Sens de l'avenir) ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. me sens découragé(e) à propos du futur. sens que je n'ai rien à attendre du futur. sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sens de l'échec) ne sens pas que je suis un échec. sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. souvent je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Sens de la satisfaction) ne suis pas particulièrement mécontent(e). me sens "lâché(e)" la plupart du temps. ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Sens de culpabilité) ne me sens pas particulièrement coupable. me sens souvent mauvais(e) ou indigne. me sens plutôt coupable. me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Sens de punition) n'ai pas l'impression d'être puni(e). ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. sens que je suis ou serai puni(e). sens que je mérite d'être puni(e). veux être puni(e).</p> <p>(Sens de déception) ne me sens pas déçu(e) de moi-même. suis déçu(e) de moi-même. ne m'aime pas. suis dégoûté(e) de moi-même. me hais.</p> <p>(Sens de critique) ne sens pas que je suis pire que les autres. me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. me blâme pour mes fautes. me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Sens de pensées suicidaires) n'ai aucune idée de me faire du mal. ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. sens que je serais mieux mort(e). sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Sens de larmes) ne pleure pas plus que d'habitude. pleure plus maintenant qu'auparavant. pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>11. (Irritabilité) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>12. (Perte d'intérêt) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>13. (Insécurité) <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>14. (Perception de soi) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>15. (Ralentissement) <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>16. (Insomnie) <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>17. (Fatigue) <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>18. (Anorexie) <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>19. (Perte de poids) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>20. (Anxiété somatique) <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>21. (Perte de libido) <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	--

SCORE TOTAL : 5 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

6.7 Septième cas : Chantal - 71 ans

1. Évaluation psychosociale

Raison de la consultation :

Chantal nous a été référée par son médecin de famille. Il nous mentionne qu'il y a beaucoup de conflits entre les époux, caractérisés par des insultes, agressivité physique, jalousie, le tout mêlé de sentiments d'impuissance, dévalorisation, tristesse, irritabilité, insomnie, perte de poids (de la part de madame) et un humeur dépressif avec angoisse.

Histoire personnelle :

Chantal vient d'une famille de quatre enfants. Sa mère est décédée quand elle avait dix ans. Son père s'est remarié peu de temps après. Sa vie avec sa marâtre a été un enfer selon elle. La marâtre avait des enfants issus d'un premier mariage. Ceux-ci semblaient avoir tous les privilèges à l'intérieur de la famille. Son père était toujours absent et quand il revenait, il était froid et distant.

Elle a quitté la maison familiale vers l'âge de seize ans avec l'intention de se diriger vers la coiffure pour dames. Après quelques années de travail au même salon de coiffure, elle a décidé de travailler à son compte et a ouvert son propre salon de coiffure et c'est à ce moment qu'elle a rencontré celui qui est devenu son mari.

Après quelques années de fréquentations, Chantal a décidé d'épouser l'homme qu'elle croyait être l'opposé de son père. Après quelques années de mariage, elle a réalisé que cet homme n'était pas ce qu'elle avait imaginé.

Son mari n'a pas voulu qu'elle continue à travailler après la naissance des enfants. Il a décidé de s'occuper des finances sans qu'elle ne puisse toucher à rien sans sa permission. Elle a eu deux enfants actuellement âgés de 43 et 40 ans. Au moment de la consultation, elle ne voulait pas communiquer avec sa fille qui, selon elle, prend toujours le côté de son père. Elle qualifie son mariage comme étant un « désastre ».

Études et travail :

Elle a terminé ses études primaires et s'est inscrite par la suite au cours de coiffure pour femme. Elle a toujours travaillé dans le domaine de la coiffure.

État de santé physique et mental :

Chantal prend des tranquillisants régulièrement (Valium, Ativan) prescrits par son médecin de famille. Elle pleure constamment. Elle ne dort pas, elle n'a pas d'appétit, elle manque d'énergie et elle dit souffrir des « crises de jalousie » de son mari qui la rendent très agressive envers lui. Elle dit n'être pas capable de se contrôler. Chaque matin, elle se lève avec des douleurs musculaires que personne ne semble savoir l'origine.

Situation financière :

Ils sont propriétaires de leur maison. Ils bénéficient d'une très bonne rente et ils ont acheté dernièrement un bateau.

Attitude de la cliente :

Chantal exprime toute sa rage quand elle parle de son mari qu'elle décrit comme un homme égoïste, centré sur l'argent, hypocrite, menteur et dont le seul plaisir semble être le visionnement de films pornographiques. Elle dit détester les hommes en général sauf son fils qui semble être très attaché à elle. Elle veut suivre la thérapie individuelle pour pouvoir être capable de mieux contrôler sa colère et son désespoir.

Impression :

On se trouve devant une femme très anxieuse, pleine de colère, très déprimée dû à l'impuissance. Elle n'a aucun pouvoir dans son ménage car son mari semble tout contrôler. Elle ressent des sentiments de dévalorisation qui remontent à son enfance et vit un état dépressif qui a commencé à cette étape de sa vie. Elle n'a pas d'amis car elle ne se fie à personne.

Questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:

cocher **toutes** les phrases;

X dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**.

(Tristesse)

- Je ne me sens pas triste.
- Je me sens morose ou triste.
- Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
- Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
- Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

(Pessimisme)

- Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
- Je me sens découragé(e) à propos du futur.
- Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
- Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
- Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

(Sentiment d'échec)

- Je ne sens pas que je suis un échec.
- Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
- Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
- Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
- Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

(Mécontentement)

- Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
- Je me sens "anné(e)" la plupart du temps.
- Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
- Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
- Je suis mécontent(e) de tout.

(Culpabilité)

- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
- Je me sens plutôt coupable.
- Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
- Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

(Punition)

- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
- Je sens que je suis ou serai puni(e).
- Je sens que je mérite d'être puni(e).
- Je veux être puni(e).

(Démoralisation)

- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
- Je suis déçu(e) de moi-même.
- Je ne m'aime pas.
- Je suis dégoûté(e) de moi-même.
- Je me hais.

(Autocritique)

- Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
- Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
- Je me blâme pour mes fautes.
- Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.

(Pensées suicidaires)

- Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
- J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
- Je sens que je serais mieux mort(e).
- Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
- J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
- Je me tuerais si je le pouvais.

(Larmes)

- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- Je pleure plus maintenant qu'avant.
- Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
- Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

(Irritabilité)

- 11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
- Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
- Je me sens irrité(e) tout le temps.
- Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.

(Perte d'intérêt)

- 12. Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
- Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'avant.
- J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
- J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.

(Insécurité)

- 13. Je prends des décisions aussi bien que jamais.
- J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
- J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
- Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.

(Perception de soi)

- 14. Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'avant.
- Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait.
- Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
- Je me sens laid(e) et répugnant(e).

(Ralentissement)

- 15. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
- J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
- Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
- J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
- Je ne peux faire aucun travail.

(Insomnie)

- 16. Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
- Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
- Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
- Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.

(Fatigue)

- 17. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- Je me fatigue plus facilement qu'avant.
- Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

(Anorexie)

- 18. Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
- Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
- Je n'ai plus d'appétit du tout.

(Perte de poids)

- 19. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
- J'ai perdu plus de 5 livres.
- J'ai perdu plus de 10 livres.
- J'ai perdu plus de 15 livres.

(Anxiété somatique)

- 20. Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
- Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
- Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
- Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.

(Perte de libido)

- 21. Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'avant.
- Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
- J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

SCORE TOTAL : 53 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

(Septième cas – Chantal)**3. Diagnostic**

Selon les critères du DSM-IV pour établir un diagnostic de dépression, Chantal présente cinq symptômes:

- A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par son mari et ses enfants.
- B. Quand Chantal est déprimée, elle présente :
 - ① Perte d'appétit.
 - ② Insomnie.
 - ③ Baisse d'énergie.
 - ④ Faible estime de soi.
 - ⑤ Difficultés à prendre des décisions.
 - ⑥ Sentiment de perte d'espoir.
- C. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique, Chantal n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.
- D. Ne s'applique pas.
- E. Ne s'applique pas.
- F. Ne s'applique pas.
- G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).
- H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative au niveau du fonctionnement social et familial.

Diagnostic: Trouble dysthymique

(Septième cas – Chantal)**4. Plan d'intervention**

- Possibilité de thérapie à long terme (6 mois et plus).
- Il faudra que le psychiatre évalue son niveau d'anxiété et de dépression.

Objectifs :

- Contrôler la colère, la jalousie et la frustration.
- Améliorer si possible la relation entre les partenaires (couple).
- Contrôler sa dépression.

Moyens :

- Thérapie behaviorale (comportement) à conseiller pour modifier ou remplacer des comportements inadéquats par d'autres comportements mieux adaptés en mettant l'accent sur le fait que la personne déprimée est souvent léthargique et isolée. On l'amène à faire une démarche qui la pousse à agir.
- Préparation à l'affirmation de soi pour l'aider à mieux exprimer ses besoins et frustrations (6 mois).
- Préparation à la relaxation pour lui faire apprendre le bio-feedback et l'imagerie guidée (traitement de courte durée – 3 mois).
- Thérapie cognitive pour l'aider à briser son modèle de pensée négative et réévaluer ses perceptions anciennes pour les remplacer par des pensées logiques et rationnelles (6 mois).
- Une thérapie de couple s'avère nécessaire vers la fin des thérapies précédentes.

Limites :

Chantal est âgée de 71 ans. Elle a des idées très ancrées et traditionnelles. Elle a une dépression de longue date. Ce sont les deux inconvénients majeurs que je vois dans le développement de sa thérapie.

(Septième cas – Chantal)**5. Évolution de la situation**

Chantal semblait très découragée de la relation avec son mari. Elle disait aimer et haïr son mari en même temps. Quand je lui ai demandé le pourquoi de cette réaction, elle disait : « Je l'aime parce qu'il me donne le nécessaire pour vivre. Je ne manque de rien mais je le déteste parce qu'il est menteur, hypocrite et obsédé sexuel et il utilise des films pornographiques pour s'exciter ». Elle se sentait utilisée, prise comme un objet et ceci la frustrait énormément. Elle devenait jalouse et colérique. À chaque fois qu'elle explosait, son mari l'insultait et la dénigrait. Je lui ai demandé si elle avait de la parenté ou des amies à qui elle pouvait se confier mais elle m'a raconté qu'elle avait vécu de mauvaises expériences car certains membres de sa famille avaient tendance à divulguer la vie privée des autres. Elle avait honte de raconter sa vie et même avec moi, elle se sentait inconfortable car elle avait peur que je puisse la juger. Je lui ai expliqué que mon but était de l'aider à comprendre mais jamais de la juger.

Elle s'est décidée à me rencontrer car le médecin généraliste lui avait bien parlé de moi, en plus j'étais une femme et je pouvais mieux comprendre la situation qu'elle vivait.

Je l'ai remerciée de me faire confiance et elle a apprécié. Quand elle me racontait la vie de son mari, dans son inconscient, elle l'admirait parce qu'il avait été capable de ramasser une petite fortune avec très peu d'instruction. Il avait l'habitude de souligner les efforts et les mérites qui lui étaient dus parce qu'il était arrivé à ramasser ce qu'il avait, ce qui leur permettait d'être à l'aise financièrement.

J'ai réalisé qu'elle croyait vraiment au mérite de son mari mais qu'elle oubliait qu'elle avait travaillé pendant des années et que son salaire allait dans les fonds que son mari administrait. Alors je lui ai fait remarquer qu'elle aussi avait contribué car sans elle, son mari n'aurait pas réussi de la même façon. Alors, elle m'a demandé pourquoi son mari ne l'avait jamais reconnu. Ma réponse a été la suivante. Je lui ai expliqué que son mari

semblait s'affirmer dans sa position de chef, pour la faire paraître dépourvue de toute initiative, et ainsi, il gardait le pouvoir. Sa fierté était démontrée en lui donnant des choses matérielles qu'elle devait demander (permission).

L'affection en tant que telle, elle ne connaissait pas. C'était à travers des relations sexuelles qu'il satisfaisait ses besoins et elle devait accepter ceci car il lui disait « Tu dois faire ton devoir d'épouse ». Alors, je lui demandais si elle désirait vraiment avoir des relations sexuelles avec lui. Elle me répondait que non mais qu'elle se sentait coupable et mauvaise épouse si elle refusait. Elle m'a expliqué qu'il avait besoin d'utiliser toutes sortes de gadgets sexuels pour arriver à performer et qu'elle était obligée d'utiliser ces objets pour remplir ses fantasmes.

Je lui ai dit que si elle voulait refuser d'être utilisée de cette façon, elle avait le droit car le fait qu'elle était mariée avec lui ne la forçait pas à se faire agresser sexuellement car la façon d'agir de son mari était inacceptable. Elle m'a fait promettre de ne rien dire à son mari car selon lui, la sexualité était seulement entre eux.

Je lui ai conseillé de dire non à ses avances et d'éviter de rester à la maison avec lui. Je lui ai conseillé de sortir et de faire du travail volontaire. Elle m'a dit qu'elle aimait travailler auprès d'une clientèle âgée. Elle avait commencé à travailler comme bénévole peu de temps après notre conversation. Ce travail la valorisait et elle adorait aller deux fois par semaine au centre d'accueil où elle trouvait des activités pour les bénévoles et pour les résidents. Malheureusement, ceci n'a pas duré longtemps car son mari trouvait qu'elle restait trop longtemps à l'extérieur et qu'elle dépensait de l'essence en plus d'arriver à la maison l'air fatigué. Comme elle avait peur de son mari, elle a diminué les sorties au centre, même si j'avais insisté pour qu'elle y reste et qu'elle confronte son mari. A chaque séance, on revenait sur la question de l'affirmation de soi et sur l'insécurité au niveau de la prise de décisions.

Elle m'a raconté que son mari l'accompagnait pour faire les emplettes car c'était lui qui payait. Je lui ai conseillé d'aller toute seule et de payer pour se familiariser avec les dépenses. Je lui ai mentionné les bénéfices d'aller toute seule, i.e. elle n'allait pas s'inquiéter si son mari regardait d'autres femmes, elle serait décontractée, elle pourrait prendre le temps qu'elle voudrait pour acheter le nécessaire pour la semaine au complet, car elle m'avait expliqué que son mari la blâmait quand elle n'arrivait pas à la fin de la semaine avec l'épicerie achetée. Elle m'a raconté que son mari achetait seulement les choses en vente, et que la plupart du temps les ingrédients pour cuisiner n'étaient pas en vente, alors elle manquait de produits et son mari trouvait que c'était sa faute à elle car elle ne savait pas s'organiser dans la cuisine.

Alors, j'ai expliqué à Chantal que la personnalité de son mari, rigide et contrôlant, allait à l'encontre de son désir de vouloir s'affirmer. Peu à peu, elle a commencé à comprendre qu'elle pouvait refuser sans se sentir coupable. Mais elle insistait toujours pour que son mari accepte qu'il ait tort. Je lui ai expliqué que son mari n'allait jamais reconnaître qu'il avait mal agi, i.e. sexualité, désir de contrôler, possession, car s'il reconnaissait vraiment qu'il avait mal fait, il devrait changer son comportement mais comme il croyait avoir toujours raison, personne n'allait le changer.

Je l'ai convoqué à plusieurs occasions et je lui disais seulement ce qu'il voulait entendre. Il ne répondait pas aux questions qu'il trouvait difficiles à expliquer. Je me suis rendue compte que la thérapie de couple ne fonctionnait pas avec lui. J'ai continué de voir Chantal à l'occasion car elle avait besoin d'encouragement mais semble-t-il qu'elle a compris et maintenant elle fait sa vie à part sans être séparée.

(Septième cas – Chantal)**6. Évaluation des résultats**

Je lui ai fait remplir l'inventaire de dépression de Beck qui a donné les résultats suivants pour le post-test :

- ♦ Dans la sous-échelle cognitive-affective (13 premiers items) :
 - 2 points au niveau de l'autocritique (Je me blâme pour mes fautes);
- ♦ 1 point au niveau de la perception de soi (Je m'inquiète de paraître vieille et sans attrait);
- ♦ 2 points au niveau de la perte de libido (Je suis beaucoup moins intéressée par le sexe maintenant).

Score total : 5 points = absence de dépression

Évaluation des résultats du suivi psychosocial après 24 mois de thérapie (octobre 1995 à octobre 1997) :

Suite à l'évaluation psychiatrique, la patiente a commencé à prendre des antidépresseurs malgré sa réticence initiale. On a pu continuer avec la psychothérapie cognitive-behaviorale qui nous a permis de changer peu à peu ses sentiments de dévalorisation envers elle-même et de surestimation de son mari. En effet, elle admirait la capacité que son mari avait de s'occuper des finances et d'avoir réussi dans son travail mais elle avait cependant un ressentiment envers lui.

Elle ressentait de la colère dû au fait que son mari l'infantilisait avec son attitude contrôlante et son désir morbide de regarder des films pornographiques sans qu'elle ne puisse l'empêcher, les relations sexuelles qu'il voulait avoir, tout ça contribuait à ce qu'elle s'éloigne et qu'elle éprouve des sentiments de dégoût et de désapprobation.

Les techniques qui ont été utilisées au cours de la thérapie ont été diverses, étant donné l'existence d'autres éléments cliniques, notamment la jalousie pathologique qui avait

été l'une des causes importantes de la mésentente du couple. Cependant, cette jalousie était basée sur une réalité concrète dont il faut tenir compte étant donné le voyeurisme de son mari et sa tendance à fixer les femmes en général.

Étant donné l'existence d'une relation très étroite entre les partenaires, nous avons encouragé la participation à des activités autonomes pour chacun d'eux. La patiente a choisi le bénévolat à travers duquel elle a rencontré des femmes de son âge qui se réunissaient régulièrement. Ceci a contribué à la valoriser et à trouver une nouvelle dimension dans sa vie.

À travers les thérapies de couple, on n'a pas réussi à sensibiliser Monsieur aux besoins de sa femme. Madame a décidé de vivre une relation de coexistence pacifique où la sexualité a pris une tournure différente car Chantal a décidé d'arrêter toute relation sexuelle si Monsieur ne changeait pas sa façon de l'approcher. Ils ont décidé de rester ensemble car ils ont retrouvé un certain équilibre malgré l'insatisfaction de Monsieur.

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
notamment **toutes** les phrases;
"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>esse) e ne me sens pas triste. e me sens morose ou triste. e suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. e suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. e suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>imisme) e ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. e me sens découragé(e) à propos du futur. e sens que je n'ai rien à attendre du futur. e sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. le sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>iment d'échec) le ne sens pas que je suis un échec. le sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. le sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. le sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>ontentement) le ne suis pas particulièrement mécontent(e). le me sens "tanné(e)" la plupart du temps. le ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. le n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. le suis mécontent(e) de tout.</p> <p>abilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigné. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigné presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigné.</p> <p>ition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>alorsation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>ocritique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>is suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>ûrs) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>11. (Irritabilité) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>12. (Perte d'intérêt) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>13. (Insécurité) <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>14. (Perception de soi) <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>15. (Ralentissement) <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>16. (Insomnie) <input checked="" type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>17. (Fatigue) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>18. (Anorexie) <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>19. (Perte de poids) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>20. (Anxiété somatique) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>21. (Perte de libido) <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	--

SCORE TOTAL : 5 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

7. DISCUSSION : FACTEURS SOCIO-CULTURELS QUI INTERVIENNENT DANS L'ÉTIOLOGIE ET DANS LES TRAITEMENTS DES FEMMES DÉPRESSIVES

Tradition socio-culturelle :

Les définitions actuelles de « personnalité féminine » posent des limites à nos conceptions d'affection et d'épanouissement et freinent notre aptitude à leur imaginer de nouvelles formes d'expression.

La fausse dichotomie contenue dans les définitions sociales du dévouement féminin et de l'épanouissement masculin (comme se sacrifier ou sacrifier l'autre personne) contribue à garder la femme prisonnière de ses limites. Si elle doit choisir entre se blesser ou blesser l'autre, la femme dépressive optera forcément pour le premier de ces choix pour éviter ses propres sentiments de culpabilité ou de se voir accusée par autrui d'être monstrueuse (dans leurs récits, certaines femmes utilisent des expressions comme : mauvaise, cruelle, froide, manipulatrice, indifférente, ambitieuse, sans coeur). Ou alors la femme refusera de s'engager dans certains types de relations, de peur que par amour et par souci de bien-être pour ses proches, elle devra renoncer à son épanouissement personnel.

Les pensées des femmes dépressives reflètent cette dualité conflictuelle de la perception de soi dans le couple : soumission, relation ou sincérité (solitude). Soit qu'elles renoncent à leurs besoins et à leurs sentiments pour préserver leur relation de couple ou soit qu'elles répondent en courant le risque de se retrouver seules (rupture). Lorsqu'une femme accepte de se conformer à la part altruiste de cette dynamique relationnelle, sa dépression semble être de type dépendant : elle va vivre par procuration, c'est-à-dire à travers l'autre. Lorsqu'une femme se révolte contre l'image de bonne épouse afin de mieux s'épanouir, sa dépression est plutôt constituée d'hostilité, de colère et de provocation.

Le désir profond de préserver la communication entre les membres de sa famille et le désir de s'épanouir elle-même, ajouté aux idées reçues sur la féminité et l'autonomie masculine, enferme la femme dépressive dans d'étroites limites. Ces idées reçues qui contrecarrent autant son potentiel relationnel que ses possibilités d'épanouissement réel constituent une partie des facteurs socio-culturels qui rendent la femme vulnérable à la dévalorisation et par conséquent à la dépression. Tel semble être le cas de Chantal qui a choisi de rester à la maison pour s'occuper de ses enfants malgré le fait qu'elle voulait continuer à diriger son propre salon de coiffure qui était sa source d'indépendance financière et sa source d'épanouissement personnel. Dans son récit, elle me racontait en pleurant tout le temps qu'elle avait investi pour bâtir sa clientèle. Mais avec la naissance de ses enfants, la situation familiale est devenue plus complexe et difficile car son mari ne voulait pas s'impliquer dans les tâches domestiques et les soins des enfants. Elle se sentait responsable et éprouvait des sentiments de culpabilité d'autant plus que son mari lui disait que si elle restait au travail, elle allait devenir une mauvaise mère et qu'elle se ferait haïr par ses enfants. Elle disait que son mari avait profité de sa vulnérabilité pour assurer son statut de chef de famille et qu'en ayant plié aux désirs de celui-ci, elle se détestait pour avoir été si faible.

Mais quand je lui ai expliqué qu'à son époque il n'y avait pas vraiment de choix pour les femmes et que le choix qu'elle avait fait était celui de la majorité, peu à peu la colère qu'elle ressentait envers elle-même s'est dissipée et elle a pu comprendre que son choix avait été imposé par une société injuste et inégalitaire. Elle a aussi perçu son mari comme un instrument de cette société. Elle a pu se rendre compte de la fragilité de son mari qui pensait que si elle travaillait pendant le mariage, elle pourrait facilement le quitter car elle avait les moyens financiers pour le faire. Ce que Chantal voulait, c'était de trouver des réponses à sa dépression et être capable de contrôler sa colère et son désespoir.

Avec Chantal, une thérapie féministe me semblait adéquate en sachant que sa dépression était une réaction causée par une oppression culturelle. Une fois que la

colère envers elle-même et envers son mari a diminué, je leur ai suggéré de faire une thérapie de couple afin qu'ils découvrent de nouvelles perspectives personnelles. Chantal a donc décidé de participer à titre de bénévole dans un centre pour personnes âgées. Elle se sentait très valorisée car tout le monde l'appréciait et lui faisait savoir combien elle était importante pour eux. Son mari a décidé de participer aux activités de conditionnement physique du YMCA car Chantal voulait aller seule au centre pour personnes âgées. Pendant la thérapie de couple, ils ont appris à communiquer sans s'insulter et se critiquer (ce qui semblait être le « modus operandi » de leur mariage). Je leur ai appris des stratégies de renforcement positif au niveau de la pensée et du comportement.

Relation d'attachement mère-fille :

Des sept femmes qui ont participé à notre étude, toutes nous décrivent comment leur identification aux valeurs, aux opinions et aux sentiments de leur mère les ont retenues d'exprimer leurs volontés et leurs désirs dans leur vie de couple. Notre société influence les relations mère-fille de plusieurs façons. Ainsi, la mère incite sa fille à s'imposer le silence et à s'effacer dans le but de conserver un semblant de stabilité dans une relation de couple inégalitaire. Mais c'est la société qui oriente la nature de ces relations avec les hommes et qui dicte à la mère les vertus qu'elle doit s'attendre à trouver chez sa fille (Westkott, 1986).

Les femmes dépressives évoquent les enseignements et les valeurs de leur mère lorsqu'elles cherchent à comprendre l'attitude qu'elles-mêmes ont adoptée dans leur couple. Leur mère s'est reniée ou a été dénigrée par le mari. Les filles qui s'identifient à ces mères assimilent leur attitude auto-avilissante et autocritique et développent en tant que femmes une tout aussi piètre estime d'elles-mêmes. Elles se remémorent la façon dont leur mère leur a inculqué leur idéal féminin et avec cet idéal une façon d'aimer et d'être aimée en fonction d'une image de soi-même pauvre et limitée. Dans

son récit, Joan me raconte qu'elle était un prolongement de sa mère, elle s'efforçait d'aller au-devant de ses besoins, elle se disait triste quand sa mère souffrait et elle se rangeait de son côté quand celle-ci se querellait avec son père alcoolique. Elle devint sa confidente, son mentor et émotionnellement le mari manquant.

Elle a commencé à travailler comme secrétaire à l'âge de 17 ans pour aider sa mère à tenir le coup financièrement car son père avait déjà déserté la maison familiale. Les liens étroits que Joan a établis avec sa mère ont affecté les relations futures qu'elle allait entreprendre avec son mari, alcoolique lui-aussi, et postérieurement avec son amant. L'idée qu'elle avait en tête était de se donner aux autres pour se faire aimer. Si elle ne donnait pas assez, elle se sentait coupable et égoïste. Il fallait qu'elle soit la mère de famille idéale et la secrétaire modèle. Elle avait une grande difficulté à dire non aux gens de son entourage, comme sa mère. Elle sentait la pression constamment lorsqu'elle commençait à avoir des crises de panique. C'est à ce moment-là qu'elle a décidé de faire quelque chose pour elle (elle croyait que c'était vraiment pour elle). Elle voulait devenir à tout prix fonctionnelle comme elle l'était auparavant afin de continuer à rendre service. Ceci a été la vraie raison de la consultation.

Quand on a analysé la problématique ensemble, elle a commencé à comprendre la raison de son angoisse, la culpabilité qu'elle ressentait d'avoir un amant. On a décidé qu'une approche éclectique (thérapie féministe, psychothérapie interpersonnelle pour l'aider à identifier et à mieux comprendre ses problèmes interpersonnels et ses conflits en utilisant des moyens plus efficaces pour résoudre la problématique. Une thérapie psychodynamique a été ajoutée avec un caractère féministe.

Mais c'est seulement après quatre mois de suivi que Joan a commencé à se sentir mieux avec elle-même. Parfois elle référait à ces changements comme faisant partie d'une nouvelle personnalité : «My new me».

Les propriétés socio-culturelles liées aux sexes :

Les propriétés socio-culturelles de chaque sexe prennent corps dès la naissance. Les parents attribuent au bébé des caractéristiques et des qualités différentes selon qu'il s'agit d'un garçon ou d'une fille et même on assigne la couleur bleu pâle pour un garçon et rose pour une fille. De cette façon, ils modèlent leur comportement. Les interactions que les parents vont entretenir sont très différenciées dépendamment du sexe. Les normes socio-culturelles qui déterminent la « bonne conduite » renforcent la disparité des comportements et des prérogatives. Les garçons sont autorisés et même incités à montrer leur colère, leur agressivité et leur esprit combatif. Les filles sont encore maintenant louées pour leur sensibilité envers les autres et pour leur aptitude à être gentilles.

Les parents n'offrent pas les mêmes jouets aux garçons qu'aux filles. Les fabricants de jouets pour enfants sont conditionnés par les règles de la société où les garçons jouent à être soldats et les filles à devenir Barbies. L'enfant qui grandit modèle sa personnalité à travers le regard de ses parents. Il devient un bon garçon ou une bonne fille afin de mériter l'affection et l'approbation de ses parents.

Ces règles de bonne conduite, surtout lorsqu'elles proviennent de l'extérieur (soit par l'école, les médias, les camarades) sont difficilement contestables. Étant donné que la société donne aux hommes et aux femmes des modèles différents pour les guider vers une personnalité masculine ou féminine, chacun doit jouer un rôle différent dépendamment de son sexe. Cette acceptation que la société nous impose nous mène à l'aboutissement des relations inégalitaires étant donné les différences.

Dans les récits de ces femmes, chacune visionne son enfance avec ces différences et inégalités par rapport aux frères et soeurs. La perception qu'une femme a d'elle-même et les choix qu'elle effectue dans la vie vont en corrélation étroite avec ce qu'elles ont vécu et ce qu'elles ont vu comme modèle à reproduire.

Si on prend comme exemple le vécu de Rose, on verra que les femmes dépressives ont tendance à reproduire le même modèle qu'elles ont connu en étant jeunes. Rose nous racontait qu'elle avait marié un homme autoritaire et violent qui la battait devant son enfant. Elle avait connu la même situation pendant son enfance. Elle disait avoir peur de tout, peur de se faire frapper, peur d'être seule dans la vie. Elle cherchait avec anxiété une sorte de protecteur qui puisse la protéger de cette insécurité constante qui l'envahissait. Sa mère, soumise et dépendante, n'a pas pu lui donner la sécurité qu'elle recherchait. Ce sentiment de peur l'a conduite à essayer de plaire constamment pour se faire aimer, sans vraiment penser à ses propres besoins, et c'est de cette façon qu'elle est tombée enceinte à l'adolescence. A son insécurité s'ajoutait une autre source de désespoir. Un thérapeute précédent lui avait suggéré qu'elle avait été victime d'abus sexuels de la part de son père; dans sa pensée, elle croyait que c'était vrai et qu'elle était une femme « mauvaise » et qu'elle avait bien mérité d'être traitée comme une ordure. L'idée de l'inceste lui revenait constamment dans la tête, ce qui l'a amenée à penser qu'elle avait un bagage génétique et qu'elle aussi avait abusé de ses enfants.

Quand j'ai rencontré Rose, ma première action a été d'enlever de sa tête cette idée implantée car il n'existait aucune raison pour croire que l'inceste avait eu lieu. En parlant avec elle, en démystifiant constamment ses peurs, elle a commencé à se sentir mieux. Ses crises d'agoraphobie (peur de sortir à l'extérieur et de rencontrer des gens) ont diminué. Elle me faisait savoir que mon support et mon empathie lui étaient nécessaires car je croyais en elle et elle était le sentait très bien. Elle me disait que pour la première fois quelqu'un lui faisait confiance.

Elle était très coopérative dans les séances. Peut-être qu'inconsciemment, le fait de vouloir se faire aimer et apprécier a aidé au bon déroulement de la thérapie car elle a fait des progrès remarquables en très peu de temps. Je sais qu'elle est très reconnaissante de l'aide qu'elle a reçue car dernièrement, j'ai reçu en consultation une patiente qui était référée par elle.

8. CONCLUSION

Dans les entretiens avec les femmes dépressives, le silence qu'elles s'imposent coïncide avec la perte d'identité et le désespoir propre à la dépression. Cette dynamique interne opère lorsqu'une distanciation et un manque de communication affectent la relation de couple. L'émergence de la voix à la première personne indique une régression de la dépression et coïncide avec le volonté de s'affirmer au sein du couple ou de quitter une relation qui ne permet pas à une telle liberté de s'exprimer. La perception qu'une femme a d'elle-même et les choix qu'elle effectue dans sa vie sont essentiels à la compréhension de la dépression féminine. L'analyse de sa pensée intérieure nous fournit un schéma qui permet de déceler la façon dont la perception qu'une femme a d'elle-même fluctue des attentes de la société qui l'entoure à la réalité de son expérience vécue, réalité qui lui échappe souvent et qu'elle a de la difficulté à exprimer (Dana Crowley-Jack, 1991).

Cette perception que Dana Crowley-Jack a sur la dépression chez les femmes semble très adéquate. Si un chercheur ou une thérapeute interviewait une femme dépressive telle que Chantal en ayant à l'esprit la notion traditionnelle de dépendance, il trouverait facilement en elle la confirmation du point de vue dominant selon lequel les femmes dépressives sont « dépendantes à l'excès » dans leurs relations personnelles, et qu'elles doivent apprendre à trouver d'autres justifications à leur estime de soi. Lorsqu'on se met à l'écoute des confidences des femmes dépressives, la question fondamentale consiste à savoir opérer une distinction entre ce qui représente une forme mûre et adulte d'interdépendance et des connexités de type débilitant. Tel qu'il existe aujourd'hui, le concept de dépendance freine notre aptitude à percevoir clairement cette nuance : il considère que l'attitude des femmes face à leurs relations personnelles représente une faiblesse et une pathologie.

Si la société ne change pas suffisamment la perception par rapport à l'inégalité des sexes et à l'injustice envers les femmes, on continuera à être témoin impuissant des

nombreux cas de femmes dépressives comme une réponse à l'inertie d'un système archaïque qui pense que l'épanouissement des femmes n'est pas une priorité. Mon rôle en tant que travailleuse sociale psychiatrique sera d'être une agente de changements, c'est-à-dire une professionnelle qui, avec son expérience et son expertise, pourra aider les femmes en difficulté prises avec la dépression à trouver des moyens pour échapper à l'injustice et à la brutalité, en leur enseignant les techniques et en leur montrant les instruments les plus adéquats pour réenforcer leur estime de soi et leur permettre de mieux comprendre les raisons de leur dépression.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMSON, L. Y. & ANDREWS, D.E. *Cognitive-models of depression: Implication for sex differences in vulnerability to depression*. International Journal of Mental Health, 1982, 11: 17-94.
- ABRAMSON, L. Y., METALSKY, G.L. & ALLOY L.B. *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*. Psychological Review, 1989, 96: 358-372.
- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN M.E.P. & TEASDALE, J.D., *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of abnormal Psychology, 1978, 87: 102-109.
- ADLER, N.E. *Abortion: A social psychological perspective*. Journal of social Issues, 1975a, 35: 100-119.
- ADLER, N.E. *Emotional responses of women following therapeutic abortion*. American Journal of Orthopsychiatry, 1975b, 45: 446-456.
- ADLER, N. & DOLCINI, P. *Psychological issues in abortion for adolescent*. G.B. Melton (Ed.), Adolescent abortion: Psychological and legal issues, Lincoln, N.E.: University of Nebraska Press, 1986, pp. 74-95.
- ANESHENSEL, C. *Marital and employment role-strain, social support and depression among adult women*. S. Hobfoll (Ed.), Stress, social support, and women, Washington, DC.: Hemisphere, 1986, pp. 99-114.
- ANGST, J. & DOBLER-MIKOLA, A. *Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression?*, Presented at the 22nd Annual Meeting of American College of Neuropsychopharmacology, San Juan, Puerto Rico, 1983.
- ARLETI, S. & BEMPORAD, J. *Severe and Mild Depression: The psychotherapeutic approach*, New York, Basic Books, 1978.
- A Concise Psychological Dictionary*, International Publishers, New York, 1987, p. 72
- BAGLEY, C. & RAMSEY, R. *Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work practice*. Journal of social work and human sexuality, 1986, 5: 33-47.
- BASSOFF, E.S. & GLASS, G.V. *The relationship between sex roles and mental health: A meta-analysis of twenty-six studies*. The Counseling Psychologist 10, 1982, pp. 105-112.

BECK, A.T. *Cognitive therapy of depression: New perspectives*, Treatment of depression: old controversies and new approaches, sous la direction de P.J. Clayton et J.E. Barrett., New York, Raven Press, 1983.

BECK, A.T. *Inventaire de dépression de Beck*, adapté par Bourque et Beaudette 1982 de la version anglaise 1961 «An inventory for measuring depression», Arch. Gen. Psychiat., version révisée (Chicago) 4:561-571.

BECK, A.T. *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.

BECK, A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.

BECK A.T. & STEER R.A. *An inventory for measuring depression*. Archives of general Psychiatry, 1987.

BECKER, E. *The revolution in psychiatry: The new understanding of man*, New York: Free Press of Glencoe, 1964.

BELENKY, M.F., CLINCHY B.M., GOLBERGER N.R., TARULE J.M. *Women's ways of knowing: The development of self, voice and mind*, New York: Basic Books, 1986.

BELL, J.S. *Psychological problems among patients attending an infertility clinic*. Journal of Psychosomatic Research, 1981, 25: 1-3.

BELLE, D. *The stress of caring: Women as providers of social support*. Dans Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects, sous la direction de L. Goldberger et S. Breznitz, New York: Free Press, 1982a.

BELSEY, E.M., GREER, H.S., LAI, S., LEWIS, S.C. & BEARD, R.W. *Predictive factors in emotional response to abortion: King's termination study - iv*, Social Science and Medicine, 1977, 11: 71-82.

BERNARD, J. *Women and the public interest*, Chicago: Aldine, 1971.

BERNIER, J. *La dépression, on peut s'en sortir*», (Entrevue par Suzanne Décarie), Santé, Nov. 1986.

BEXTON, B. *La dépression est devenue un phénomène que le grand public peut comprendre*, (Entrevue par Raymond Bernatchez), La Presse, 1994.

BLECHMAN, E.A. *Competence, depression, and behavior modification with women*. M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds), *Progress in behavior modification*, New York: Academic Press, 1981, pp. 227-263.

BLECHMAN, E.A. *Solving child behavior problems at home and at school*, Champlain, IL: Research Press, 1985.

BROOKS-GUNN, J. & WARREN, M.P. *Biological and social contribution to negative affect in young adolescent girls*. *Child development*, 1989, 60: 40-55.

BROWN, G.W. & HARRIS, T.O. *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*, 1978, New York: Free Press.

BROWN, G.W., BIFULCO, A., HARRIS, T. & BRIDGE, L. *Life stress, chronic subclinical symptoms and vulnerability to clinical depression*. *Journal of affective disorders*, 1986, 11: 1-19.

BROWN, G.W. & PRUDO, R. *Psychiatric disorder in a rural and urban population: I. Actiology of depression*. *Psychological Medicine*, 1981, 11: 601-616.

BUNGAY, G.T., VESSEY, M.P. & McPHERSON, C.K. *Study of symptoms in middle life with specific reference to the menopause*. *British Medical Journal*, 1980, 281: 181-183.

COHEN, L. & ROTH, S. *Journal of Human Stress*, 1984, 10 (3), 140-145.

COHLER, B. & LEIBERMAN, M. *Social relations and mental health: Middle-aged and older men and women from three European ethnic groups*. *Research on aging*, 1980, 2: 445-469.

CONNOLLY, J.J., EDELMANN, R.J. & COOKE, I.D. *Distress and marital problems associated with infertility*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1987, 5: 49-57.

CORBEIL, C. PAQUET-DEEHY, A., LAZURE, C. LEGAULT, G. *L'intervention Féministe. L'alternative des femmes au sexisme en thérapie*, Bibliothèque nationale du Québec, 1983, p. 15.

CRAIG, P.E. *Premenstrual tension and the menopause*. *Medical Times*, 1953, p. 81.

CROWLEY-JACK, D. *Née pour se taire. La dépression chez la femme*. L'ouvrage original américain a été publié par Harvard University Press, 1991, p. 104.

DALTON, K. *The Premenstrual syndrome*, London: Heineman Medical.

- DANILUK, J.C., LEADER, A. & TAYLOR, P.J. *Infertility: Clinical and Psychological aspects*. *Psychiatric Annals*, 1985, 14, 461-467.
- DAVID, H.P., RASMUSSEN, N. & HOLST, E. *Postpartum and Postabortion psychotic reaction*, *Family Planning Perspectives*, 1981, 13 (2), 88-93.
- Dictionnaire psychologique*, 1987.
- DOHRENWEND, B.S. *Anticipation and control of stressful life events: An explanatory analysis*, Paper presented to the annual meeting of the Eastern Psychological Association, New York, 1976.
- DSMIV (Manuel Diagnostique et statistique des Maladies Mentales). Fourth edition: Published by the American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- DYCHTWARD, K. & FLOWER, J. *Age wave: The challenges and opportunities of an aging America*, Los Angeles: Jeremy P. Tarcher, 1989.
- EMERY, G. *Own your own life*. New York: New American Library, 1982.
- EWING, J.A. & ROUSE, B.A. *Therapeutic abortion and a prior psychiatric history*. *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, 37-40.
- FINKELHOR, D. & YILO, K. *License to rape*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1985.
- FISHER, C. *To dwell among friends: "Personal networks in town and city"*, Chicago: University of Chicago Press, 1982.
- FREEMAN, E.W. *Abortion: Subjective attitudes and feelings*. *Family Planning Perspectives*, 1978, 10: 150-155.
- FREEMAN, S.J., O'NEIL, M.K. & LANCE W.J. *Sex differences in depression in university students*. *Social Psychiatry*, 1985, 20 (4), 186-190.
- FREEMAN, T. *Pregnancy as a precipitant of mental illness in men*. *British Journal of Medical Psychology*, 1951, 24: 49-54.
- GUYON, L. *Va te faire soigner, t'es malade*. *Les femmes et la santé mentale, un vrai discours de folles*, 1981, pp. 55-57.
- GILLIGAN, C., LYONS, N. & HAMMER, T.J. (Eds). *Making connections: The relational worlds of adolescent girls at Emma Willard School*, Troy, N.Y.: Emma Willard School, 1989.

GOLDING, J.M. *Gender differences in depressive symptoms: statistical considerations*. *Psychology of women quarterly*, 1988, 12: 61-74.

HAMILTON, J.A. *Psychobiology in context: "Reproductive-related events in men's and women's lives"* (review of *Motherhood and mental illness*), *Contemporary Psychiatry*, 1984, 3:12-16.

HAMILTON, J.A. (Ed). *Risk factors for depression in women and diagnostic subtypes*. (Report from the committee on etiology and Diagnosis, Task Force on Women and Depression), Washington, DC: American Psychological Association, 1988.

HAMILTON, J.A. & JENSVOLD, M. *Complicated depressions and antidepressant in women*. *Psychiatric Times*, 1989.

HAMILTON, J.A., PARRY, B.L. & BLUMENTHAL, S.J. *The menstrual cycle in context: I Affective syndromes associated with reproductive hormonal changes*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1988a, 49: 474-480.

HAMILTON, J.A., PARRY, B.L. & BLUMENTHAL, S.J. *The menstrual cycle in context: II Human gonadal steroid hormone variability*. *Journal of clinical Psychiatry*, 1988b, 49: 480-484.

HARRISON, M., *Self-help for premenstrual syndrome*. Random House, New York, 1985.

HIRSCHFELD, R.M.A. *Personality and bipolar disorder* in H. Hippius et al (Eds), *New results in depression research*. Berlin, Springer-Verlag, 1986, pp. 45-52.

HORNEY, K. *The overvaluation of Love*. Dans *Feminine Psychology*, sous la direction de H. Kelman, New York: Norton, 1934.

KANDEL, D.B., DAVIES, M. & RAVELS, V. *The stressfulness of daily social roles for women: Marital occupational and household roles*. *Journal of Health and social Behavior*, 1985, 26: 64-78.

KAPLAN, G., ROBERT, R. CAMACHO, T. & COYNE, J. *Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from the human population Laboratory Studies*. *American Journal of Epidemiology*, 1987, 125: 206-220.

KESSLER, R.C. & McRAE, J.A. *The effect of wives' employment on the mental health of married men and women*. *American Sociological Review*, 1982, 47: 216-227.

KLERMAN, G.L. & HIRSCHFELD, R.M.A. *Personality as a vulnerability factor*, with special attention to clinical depression. Henderson & Burrows (Eds), *Handbook of social psychiatry*, New York, Elsevier, 1988, pp. 41-53.

KOESKE, R.D. *Theoretical and conceptual complexities in the design and analysis of menstrual cycle research*. P. Komenick, M. McSweeney, J.A. Noack & S.N. Elders (Eds), *The menstrual cycle*, 1981, New York: Springer, (Vol. 2, pp. 54-70).

LERNER, H.E. *The Male dependency in context: Some theoretical and technical consideration*, *American Journal Orthopsychiatry*, 1983, 53: 697-705.

LOGUE, C.M. & MOSS, R.H. *Perimenstrual symptoms: Prevalence and Risk factors*. *Psychosomatic Medicine*, 1985, 48: 388-414.

MARACEK, J. *Legal and ethical issues in counseling pregnant adolescent*. 6B Melton (Ed.), *Adolescent abortion: Psychological and legal issues*, 1986, Lincoln, N.E.: University of Nebraska Press, pp. 96-115.

MAUSNER, J.D. & STEPPACHER, R.C. *Suicide in professionals: A study of male and female psychologist*. *American Journal of epidemiology*. 1973, 98: 436-445.

MAZON, M.D. *Emotional reactions to infertility*. M.D. Mazor & H.F. Simmons (Eds), *Infertility: Medical, emotional and social considerations*, 1984, New York: Human Sciences Press, pp. 23-55.

MAZOR, A. *The development of the individuation process from a social-cognitive perspective*, *Journal of adolescence*, 1987, 11 (1), 29-47.

McKINLAY, J.B., McKINLAY, S.M. & BRAMBILLA, D.J. *Health status and utilization behavior associated with menopause*. *American Journal of Epidemiology*, 1987a, 125: 110-121.

MILLER, J.B. *Toward a new psychology of women*. Boston, Beacon press, 1976.

MILLER, J.B. *What do we mean by relationships?*, Wellesley, Mass.: Stone Center Working Paper series, number 22, 1986a.

MORTON, J.H. *Premenstrual tension*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1950, 60: 343.

MOSELEY, D.T., FOLLINGSTAD, D.R., HARLEY, H. & HECKEL, R.V. *Journal of clinical Psychology*, 1981, 37, 276.

NADELSON, C. & NOTMAN M.T. *The woman Physician*. *Journal of Medical Education*, 1972, 47: 176-183.

NADELSON, C., NOTMAN, M.T. & ELLIS, E.A. *Psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology* (special issue), *Psychosomatics*, 1983, 24 (10).

National Center for Health Statistics. Supplements to the monthly vital statistics report "Vital Health Statistics", 1989, 24 (1).

NEUGARTEN, B.L. & KRAINES, R.J. *Menopausal symptoms in women of various ages*. *Psychosomatic Medicine*, 1965, 27: 266-273.

NEWMANN, J.P. *Gender, life strains, and depression*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1986, 27: 161-178.

NOBLE, K.D. *The dilemma of the gifted woman*, *Psychology of Woman Quarterly*, 1987, 11, 367-378.

NOLEN-HOEKSEMA, S. *Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory*. *Psychological Bulletin*, 1987, 101: 259-282.

NOLEN-HOEKSEMA, S. *Sex differences in depression*. Stanford, C.A.: Stanford University Press, 1990.

NOTMAN, M. *Depression in women: Psychoanalytic concepts*. Paper presented at the women and depression conference, Boston, 1986.

OPPENHEIM, G. *A case of rapid mood cycling with estrogen: Implication for therapy*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1984, 45: 34.

PERLIN, L. & LEIBERMAN, M. *Social sources of emotional distress*. R.G. Simmons (Ed.), *Research in community and mental health*, Greenwich, CT: JAI Press, 1979.

PETERSON, C. & SELIGMAN, M.E.P. *Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence*. *Psychological Review*, 1984, 91: 347-374.

REHM, L.P. *Psychotherapies for depression*. Paper presented at the meeting of the boulder symposium on Clinical Psychology: Depression Boulder, CO., 1989.

RIESSMAN, C.K. *When gender is not enough: Women interviewing women*. *Gender and Society*, 1987, 1 (2), 172-207.

ROSS, C.E. & HUBER, J. *Hardship and depression*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1985, 26: 312-327.

ROSS, C.E. & MIROWSKY, J. *Child care and emotional adjustment to wives' employment*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1988, 29: 127-138.

- ROTH, S. & LIEBOWITZ, L. *The experiences of sexual trauma*. Journal of Traumatic Stress, 1988, 1: 79-108.
- ROTHBLUM, E.D. *The stereotyping of women: its effects on mental health, sex role stereotypes and depression in women*, 1983, 2: 83-110.
- ROY, A. *Suicide in doctors*. Psychiatric Clinics of North America, 1985, 8: 377-387.
- RUSSO, N.F. *Adolescent abortion: The epidemiological context*. G.B. Melton (Ed), Adolescent abortion: Psychological and legal issues, 1986, Lincoln, NE: University of Nebraska Press, pp. 40-73.
- SCHWARTZ, R.A. *Abortion on request: The psychiatric implications*. Butler & D.F. Walbert (Eds), Abortion, medicine and the law, New York: Facts on file, 1986, pp. 323-337.
- SELIGMAN, M.E.P. *Helplessness: On depression development and death*, San Francisco: WH. Freeman, 1975.
- SHEA, M.T., GLASS, D.R., PILKONIS, P.A., MCKAIN, T.L., et al. *Frequency and Implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients*. Journal of Personality Disorders, 1:27-42.
- SHUSTERMAN, L.R. *Predicting the psychological consequences of abortion*. Social Science and Medicine, 1979, 13A, 683-689.
- SKEGG, D.C., DOLL, R. & PERRY, J. *Use of medicine in general practice*. British Medical Journal, 1977, 1, 1561 - 1563.
- SMITH, E.M.J. *A follow-up study of women who request abortion*. American Journal of Orthopsychiatry, 1973, 43: 574-585.
- STEINMANN, A. *Cultural values, female role expectancies and therapeutic goals: Research and interpretation*. V. Franks & V. Burtle (Eds). Women in therapy, New York: Brunner/Mazel, 1974.
- STEINMETZ, S.L., STRAUSS, M.A. & GELLES, R.J. *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, NY: Anchor/Doubleday, 1980.
- TENNANT, C. *Female vulnerability to depression*. Psychological Medicine, 1985, 15: 733-737.
- TOWNE, R.D. & AFTERMAN, J. *Psychosis in males related to parenthood*. Bulletin of the menninger Clinic, 1955, 19.

THOITS, P.A. *Multiple identities: Examining gender and marital status differences in distress*. American Sociological Review, 1986, 51: 259-272.

VAN DER KOLK, B.A., HERMAN J.L. & PERRY, C. *Traumatic antecedents of borderline personality disorder*. Paper presented at the fourth annual meeting of the Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore, MD, 1987.

WALKER, L.E.A. *The battered women syndrome*, New York: Springer, 1984.

WARREN, L.W. & McEACHREN, L. *Psychosocial correlates of depressive symptomology in adult women*. Journal of abnormal Psychology, 1983, 92: 151-160.

WESTKOTT, M. *The feminist legacy of Karen Horney*. New Haven: Yale University press, 1986.

WEISSMAN, M.M. *Advances in Psychiatric epidemiology: Rates and Risks for major depression*. American Journal of Public Health, 1987, 77: 445-451.

WEISSMAN, M.M. & KLERMAN, G.L. *Gender and depression*. Trends in Neurosciences, 1977, 8:416-420.

WHIFFEN, V.E. *Vulnerability to postpartum depression: a prospective multivariate study*. Journal of abnormal Psychology, 1988, 97: 467-474.

WHITELEY, B.E., JR., *Sex role orientation and psychological well-being: Two meta-analyses "sex roles"*, 1985, 12: 207-225.

World Health Organization Scientific Group, Report of research on the menopause. Geneva: World Health Organization, 1981.

ANNEXES

ANNEXE A

**Classification des antidépresseurs utilisés pour combattre la dépression
et leurs effets secondaires**

Classification des antidépresseurs utilisés pour combattre la dépression et leurs effets secondaires

On trouve sur le marché quatre grandes classes d'antidépresseurs :

- les inhibiteurs de la monoamine oxydase ou IMAO : Nardil, Parnate, Manerix
- les tricycliques ou ATC : Norpramin, Anafranil, Aventyl, Desyrel, Ludiomil, Tofranil, Surmontil
- les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine ou ISRS : Prozac, Luvox, Zoloft, Paxil
- les inhibiteurs de recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine ou IRSN : Effexor

Comme leur nom l'indique, les IMAO agissent en freinant l'action de la monoamine oxydase qui dégrade les neurotransmetteurs; seuls à être efficaces dans certains cas de dépression, ces antidépresseurs sont peu prescrits à cause des nombreuses restrictions alimentaires et médicamenteuses qu'ils imposent. Encore considérés comme des médicaments de premier choix, les tricycliques augmentent le taux des neurotransmetteurs tout en bloquant leur réabsorption; somnolence, bouche sèche, constipation, rétention urinaire et vertiges font partie des effets secondaires les plus couramment cités. Parmi les antidépresseurs les plus prescrits, les ISRS agissent particulièrement sur la seratonine et de ce fait, causent moins d'effets secondaires que les tricycliques et les IMAO. Enfin, sur le marché depuis 1994, les IRSN touchent à la fois la sérotonine et la norépinéphrine et leurs effets secondaires se comparent à ceux des ISRS.

Certains de ces médicaments ont des effets sédatifs et d'autres des effets stimulants. « Au Québec, 75 pourcent des médicaments prescrits sont des sédatifs alors que tel ne semble pas être l'effet souhaité par la majorité des gens. Alors il ne faut pas s'étonner si les gens n'aiment pas les médecins de famille et si le taux de fidélité à la médication n'est que de 40 pourcent. Les plus prescrits sont Elavil, Surmontil et Sinequam et ce

sont les plus sédatifs. Prozac est plus stimulant, Luvox l'est moins, Zoloft et Paxil sont plus neutres ».

* Source ACSM et Santé Canada 1995

ANNEXE B

Caractéristiques diagnostiques

Les caractéristiques diagnostiques

Il faudra d'abord clarifier les particularités et les différences de ces deux types d'épisodes :

- 1) Catégorie dysthymie (300.4)
- 2) Épisode de dépression grave récurrente ou dépression majeure assortie de manifestations psychotiques (296.3X)

Selon le DSMIV (Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales - 1994) :

L'épisode dépressif majeur est caractérisé par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines. Le sujet doit de surcroît présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante: changement de l'appétit ou du poids, du sommeil, et de l'activité psychomotrice, réduction de l'énergie, idées de dévalorisation ou de culpabilité, difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions; idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide. Pour être pris en compte pour un épisode dépressif majeur, un symptôme doit être nouveau ou avoir subi une aggravation évidente par rapport à la situation du sujet avant l'épisode. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives. L'épisode doit être accompagné d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Lors d'épisodes moins sévères, le fonctionnement de certains sujets peut paraître normal au prix d'efforts notablement accrus.

Au cours d'un épisode dépressif majeur, l'humeur est souvent décrite par le sujet comme triste, déprimée, sans espoir, sans courage ou « au trente-sixième dessous » (**critère A**). Dans certains cas, la tristesse peut être niée au premier abord mais être mise en évidence lors de l'entretien (p. ex. en faisant remarquer qu'il/elle paraît être sur le point de pleurer). Chez les sujets se plaignant d'un sentiment de « vide », de ne rien ressentir ou de se sentir anxieux, la présence d'une humeur dépressive peut être déduite

à partir de l'expression faciale et du comportement. Certains sujets mettent l'accent sur des plaintes somatiques (p.ex. souffrance et douleurs corporelles) plutôt que sur leur sentiment de tristesse. Nombreux sont ceux qui présentent ou rapportent une irritabilité accrue (p.ex. colère persistante, tendance à répondre aux événements par une crise de colère ou encore sentiments de frustration démesurés pour des problèmes mineurs. On doit différencier cette présentation d'un mode de réaction irritable à la frustration de type gâté. La perte d'intérêt et de plaisir est pratiquement toujours présente, au moins à un certain degré.

Certains sujets rapportent une diminution de leur intérêt pour les loisirs « qui ne leur disent plus rien », ou n'éprouvent plus aucun plaisir pour des activités antérieurement considérées comme agréables (**critère A2**). Les membres de la famille remarquent souvent un retrait social ou une désaffection pour des distractions agréables (p.ex. un joueur de golf fanatique qui arrête de jouer). Chez certains sujets, on retrouve une diminution marquée des intérêts ou du désir sexuel par rapport au niveau antérieur.

L'appétit est habituellement diminué et de nombreux sujets ont l'impression d'être obligés de se forcer pour manger. D'autres, en particulier parmi les patients ambulatoires, peuvent présenter une augmentation de l'appétit et ressentir un désir intense pour certains aliments (p. ex. sucreries et autres hydrates de carbone). Quand les changements d'appétit sont sévères (plus ou moins), il peut exister une perte ou un gain de poids significatif (**critère A3**).

Le trouble du sommeil le plus fréquemment associé à l'épisode dépressif majeur est l'insomnie (**critère A4**). L'insomnie du milieu (c.-à-d. réveil durant la nuit et difficulté à se rendormir) ou l'insomnie du matin (c.-à-d. réveil précoce et impossibilité de se rendormir) sont typiques. Une insomnie d'endormissement (c.-à-d. difficulté à s'endormir) peut également se produire. Plus rarement, certains sujets présentent une hypersomnie sous la forme d'un sommeil nocturne prolongé ou d'une augmentation du sommeil diurne. Les troubles du sommeil sont parfois la raison de la demande de soins.

Les modifications psychomotrices comprennent une agitation (p. ex. impossibilité de rester assis, déambulation, tortillement des mains, manipulation et friction de la peau, des vêtements ou d'autres objets) ou un ralentissement (p. ex. lenteur du discours, de la pensée, des mouvements, augmentation du temps de pause avant de répondre, diminution du volume de la modulation vocale, de la quantité ou de la variété du contenu du discours ou mutisme) (**critère A5**). L'agitation psychomotrice ou le ralentissement doit être assez sévère pour être observable par les autres et ne pas représenter seulement un sentiment subjectif. Une diminution de l'énergie, une lassitude et une fatigue sont fréquents (**critère A6**). Une fatigue continue, sans rapport avec un effort physique, peut être rapportée.

Les tâches les plus simples exigent un effort substantiel. L'efficiace dans l'accomplissement des tâches peut être réduite, un individu peut se plaindre que sa toilette et l'habillement du matin sont épuisants et prennent deux fois plus longtemps que d'habitude.

La dévalorisation ou la culpabilité associée à l'épisode dépressif majeur peut comprendre une évaluation négative non réaliste de l'utilité, du sujet ou des sentiments de culpabilité ou des ruminations sur des erreurs passées mineures (**critère A7**). Fréquemment, ces sujets interprètent à tort des événements neutres ou triviaux comme la preuve d'une déficience personnelle et ont un sentiment exagéré de responsabilité par rapport à des événements fâcheux. Ainsi, un agent immobilier peut développer des idées d'auto-accusation parce qu'il ne réalise pas de vente, alors qu'il existe une dépression générale du marché et que d'autres agents sont eux aussi incapables de réaliser des ventes. La dévalorisation et la culpabilité peuvent atteindre une dimension délirante (p. ex. un sujet convaincu qu'il est responsable de la pauvreté du monde).

A moins d'être délirant, le fait de se reprocher d'être malade, ou de ne pas assumer ses responsabilités professionnelles ou interpersonnelles, qui est très fréquent dans les états

dépressifs, n'est pas considéré comme suffisant pour répondre à ce critère. De nombreux sujets rapportent une altération de leur capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions (**critère A8**).

Ils peuvent être aisément distraits ou se plaindre des troubles de la mémoire. Des difficultés de concentration même légères peuvent empêcher les universitaires ou ceux qui ont une activité professionnelle intellectuelle très exigeante d'assurer leur travail de façon adéquate (p. ex. un programmeur en informatique ne peut plus réaliser des tâches complexes qu'il assurait auparavant). Chez les sujets âgés présentant un épisode dépressif majeur, les troubles de la mémoire peuvent être la plainte principale et ne doivent pas être confondus avec des signes de démence (« pseudo-démence »). Quand l'épisode dépressif majeur est traité avec succès, les difficultés de mémoire disparaissent souvent complètement.

Cependant, chez certains individus âgés, un épisode dépressif majeur peut parfois venir révéler une démence irréversible. Les idées de mort, l'idéation suicidaire ou les tentatives de suicide sont fréquentes (**critère A9**). Ces idées vont de la croyance que les autres seraient mieux si l'on était mort, aux idées de suicide transitoires mais récurrentes, à de véritables plans spécifiques sur la façon de commettre un suicide. La fréquence, l'intensité, la létalité potentielle de ces pensées peuvent être très variables. Les sujets moins gravement suicidaires peuvent rapporter des idées transitoires (une à deux minutes) et récurrentes (une ou deux fois par semaine).

Les sujets plus gravement suicidaires peuvent s'être procurés de quoi commettre l'acte suicidaire (p. ex. une corde ou une arme) et peuvent avoir identifié le lieu et le moment où ils seront isolés des autres afin d'accomplir leur suicide. Bien que ces comportements soient statistiquement associés avec les tentatives de suicide et permettent d'identifier un groupe à risque élevé, de nombreuses études ont montré qu'il n'était pas possible de prédire avec précision si et quand une tentative de suicide allait être commise par un sujet déprimé. Les motivations pour se suicider peuvent

comprendre le désir de « laisser tomber » devant des obstacles considérés comme insurmontables ou une envie de mettre fin à un état émotionnel vécu par le sujet comme une douleur excruciante et sans fin.

On ne fait pas le diagnostic d'épisode dépressif majeur si les symptômes répondent aux critères d'un épisode mixte (**critère B**).

L'épisode mixte est caractérisé par la présence presque tous les jours pendant une durée d'au moins une semaine des symptômes d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur.

Le niveau d'altération fonctionnelle associé à l'épisode dépressif majeur est variable mais même en cas de sévérité légère, il doit exister une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social professionnel ou dans d'autres domaines importants (**critère C**).

Si l'altération est sévère, le sujet peut perdre toute possibilité de fonctionnement social ou professionnel. Dans des cas extrêmes, le sujet peut être incapable de prendre soin de lui-même (p. ex. se nourrir ou s'habiller seul) ou de conserver un minimum d'hygiène personnelle.

Seulement un interrogatoire soigneux est essentiel pour mettre en évidence les symptômes d'un épisode dépressif majeur. Les réponses du sujet peuvent être altérées par des difficultés de concentration, des troubles de mémoire, une tendance à nier, à sous-estimer ou à expliquer autrement les symptômes. D'autres sources d'information peuvent être extrêmement utiles pour éclaircir l'évolution d'un épisode dépressif majeur présent ou passé et pour évaluer l'existence d'épisodes maniaques ou hypomaniaques antérieurs.

L'épisode dépressif majeur pouvant se développer progressivement, une évaluation centrée sur la période la plus sévère de l'épisode actuel permet de détecter plus facilement l'existence des symptômes.

Évaluer la présence des symptômes d'un épisode dépressif majeur est particulièrement difficile lorsqu'ils surviennent chez un sujet souffrant d'une affection médicale générale (p.ex. cancer, accident cardio-vasculaire, infarctus du myocarde, diabète).

Parmi les critères d'un épisode dépressif majeur, certains symptômes sont identiques à ceux d'une affection médicale générale (p. ex. perte de poids chez un diabétique non traité ou fatigue chez un patient atteint d'un cancer). De tels symptômes doivent être pris en compte pour le diagnostic d'épisode dépressif sauf s'ils sont à l'évidence complètement expliqués par l'affection médicale générale. Ainsi, on ne doit pas prendre en compte pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur une perte de poids chez un sujet souffrant de colite ulcéreuse qui a de nombreuses selles et une alimentation restreinte. A l'inverse, en cas d'infarctus du myocarde récent, si une tristesse, une culpabilité, une insomnie ou une perte de poids sont présentes, ces symptômes seront pris en compte dans le cadre d'un épisode dépressif majeur car ils ne sont pas clairement et entièrement expliqués par les conséquences physiologiques d'un infarctus du myocarde. De même, on ne prend pas en compte pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur les symptômes clairement liés à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur (p. ex. une perte de poids de 30 kg chez un sujet qui ne mange pas dans le cadre d'un délire d'empoisonnement).

Par définition, un épisode dépressif majeur n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus (p. ex. en cas d'intoxication par l'alcool ou de sevrage à la cocaïne) aux effets secondaires des médicaments ou des traitements (p. ex. stéroïdes) ou à l'exposition à une substance toxique. De même l'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie) (**critère D**). Enfin lorsque les symptômes débutent au cours des deux

mois suivant la perte d'un être cher et ne persistent pas après ces deux mois, on considère en général qu'ils font partie du deuil, sauf s'ils sont associés à une altération fonctionnelle marquée ou s'ils comprennent des préoccupations morbides de dévalorisation, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques, ou un ralentissement psychomoteur (**critère E**).

ANNEXE C

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge, et au sexe

Caractéristiques liées à la culture, à l'âge et au sexe

La culture peut influencer l'éprouvé et l'expression des symptômes dépressifs. On peut réduire les erreurs diagnostiques si l'on est attentif aux spécificités ethniques et culturelles des plaintes exprimées au cours d'un épisode dépressif majeur. La dépression peut aussi être vécue plutôt en termes somatiques qu'en termes de tristesse ou de culpabilité dans certaines cultures.

L'éprouvé dépressif peut être exprimé principalement à travers des plaintes somatiques plutôt qu'à travers la tristesse et la culpabilité, concernant les « nerfs » et des céphalées (culture latine et méditerranéenne), une faiblesse, une fatigue, un « déséquilibre » (culture chinoise et asiatique), des problèmes avec le « coeur » (culture moyen-orientale) ou le « coeur brisé » (culture hopi). Ces types de présentation mêlent les caractéristiques des troubles dépressifs, anxieux et somatoformes. La culture peut aussi influencer les appréciations concernant la gravité de l'éprouvé dysphorique ou son expression (p. ex. on peut accorder plus d'importance à l'irritabilité qu'à la tristesse ou au retrait). Il ne faut pas confondre des expériences culturelles spécifiques (p. ex. peur d'attirer la malchance ou d'être ensorcelé, sensations de « chaleur dans la tête », sensations de grouillement de vers ou de fourmis ou sentiment intense d'être visité par les morts) avec des idées délirantes ou des hallucinations qui peuvent faire partie d'un épisode dépressif majeur avec des caractéristiques psychotiques. Il est aussi capital que le clinicien n'invalide pas systématiquement un symptôme simplement parce qu'il le considère comme « normal » dans une culture donnée.

Les symptômes nucléaires de l'épisode dépressif majeur sont les mêmes chez l'enfant et l'adolescent, bien que certaines données suggèrent que les symptômes caractéristiques les plus marquants puissent changer en fonction de l'âge. Certains symptômes comme les plaintes somatiques, l'irritabilité ou le retrait social sont particulièrement courants chez l'enfant alors que le ralentissement psychomoteur, l'hypersomnie, les idées délirantes sont moins courants avant la puberté que chez l'adolescent ou l'adulte. Chez

les sujets âgés, les symptômes cognitifs (p. ex. désorientation, troubles de la mémoire et troubles de l'attention) peuvent être particulièrement marqués. Une proportion significative de femmes rapporte une aggravation des symptômes d'un épisode dépressif majeur plusieurs jours avant le début de leur règles. Des études indiquent que des épisodes dépressifs surviennent deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

i) Critères d'un épisode dépressif majeur

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit ① une humeur dépressive, soit ② une perte d'intérêt ou de plaisir.

- ① Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure).
- ② Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- ③ Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5% ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours).
- ④ Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- ⑤ Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- ⑥ Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

- ⑦ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - ⑧ Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - ⑨ Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

ii) Critères diagnostiques du F33.x [296.3x]

- A. Présence d'au moins deux épisodes dépressifs majeurs.
N.B.: Deux épisodes sont considérés comme étant distincts lorsqu'ils sont séparés par une période d'au moins deux mois consécutifs durant laquelle les critères d'un épisode dépressif majeur ne sont pas remplis.
- B. Les épisodes dépressifs majeurs ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, à un trouble

schizophréniforme, à un trouble délirant, ou à un trouble psychotique non spécifié.

C. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque mixte ou hypomaniaque.

N.B.: Cette règle d'exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes d'allure maniaque mixte ou hypomaniaque ont été induits par une substance ou par un traitement ou s'ils sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Coder: l'état actuel ou l'épisode le plus récent.

0 : léger; 1 : moyen; 2 : sévère sans caractéristiques psychotiques; 4 : en rémission partielle / en rémission complète; 9 : non spécifié.

Spécifier (pour l'épisode actuel ou pour l'épisode le plus récent):

- . les spécifications pour sévérité / psychotique / en rémission
- . avec caractéristiques catatoniques
- . avec caractéristiques mélancoliques
- . avec caractéristiques atypiques
- . avec début lors du post-partum

Spécifier: Les spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes)

- . avec caractère saisonnier.

iii) **Trouble dysthymique - F34.1 [300.4]**

Le trouble dysthymique se caractérise essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans (**critère A**). Les sujets présentant un trouble dysthymique décrivent leur humeur comme étant triste ou au « 36e dessous ». Chez les enfants, l'humeur peut être irritable plutôt que déprimée, et la durée minimale requise n'est que d'un an. Au cours des périodes d'humeur dépressive, au moins deux des symptômes additionnels suivants sont présents: perte d'appétit ou

hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions, et sentiments de perte d'espoir (**critère B**). Les sujets peuvent noter la présence marquée de perte d'intérêt et d'autocritique, se considérant souvent comme non intéressants ou incapables. Dans la mesure où ces symptômes sont devenus partie intégrante de leur vie de tous les jours (p. ex. « J'ai toujours été comme ça », « je suis comme ça »), les sujets ne les signalent souvent pas, à moins qu'on les interroge spécifiquement. Au cours de la période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), les intervalles libres de tout symptôme ne durent pas plus de deux mois (**critère C**). Le diagnostic de trouble dysthymique ne peut être porté que si aucun épisode dépressif majeur n'est présent au cours de la période initiale de deux ans de symptômes dysthymiques (**critère D**). Si les symptômes dépressifs chroniques comprennent un épisode dépressif majeur au cours des deux premières années, le diagnostic est celui de trouble dépressif majeur chronique (si les critères pour l'épisode dépressif majeur sont remplis) ou celui de trouble dépressif majeur, en rémission partielle (si les critères pour un épisode majeur ne sont pas réunis actuellement). Après la période initiale de deux ans de troubles dysthymiques, des épisodes dépressifs majeurs peuvent être surajoutés au trouble dysthymique. Dans de tels cas (« double dépression »), les diagnostics de trouble dépressif majeur et de trouble dysthymique sont tous deux pensés. Lorsque le sujet revient à l'état dysthymique de base (c-à-d. que les critères d'un épisode dépressif majeur ne sont plus réunis mais que les symptômes dysthymiques persistent), seul le trouble dysthymique est diagnostiqué.

Le diagnostic de trouble dysthymique ne peut être fait chez des sujets ayant déjà eu un épisode maniaque, un épisode mixte, ou un épisode hypomaniaque ou lorsque les critères du trouble cyclothymique ont déjà été remplis (**critère E**). On ne fait pas un diagnostic de trouble dysthymique lorsque les symptômes dépressifs surviennent exclusivement au cours d'un trouble psychotique

chronique, telle qu'une schizophrénie ou un trouble délirant (**critère F**), les symptômes dépressifs étant alors considérés comme des caractéristiques associées à ces troubles. De même, un trouble dysthymique ne peut être diagnostiqué si la perturbation est due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. alcool, médicaments antihypertenseurs ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie, maladie d'Alzheimer) (**critère G**). Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants (**critère H**).

Spécifications:

L'âge de début et les caractéristiques du trouble dysthymique peuvent être indiquées en utilisant les spécifications suivantes:

Début précoce: Cette spécification doit être utilisée si le début du trouble dysthymique survient avant l'âge de 21 ans. De tels sujets sont plus à même de développer par la suite des épisodes dépressifs majeurs.

Début tardif: Cette spécification doit être utilisée si le début du trouble dysthymique survient à l'âge de 21 ans ou après avec caractéristiques atypiques. Cette spécification doit être utilisée si les symptômes présents au cours des deux années les plus récentes du trouble remplissent les critères avec caractéristiques atypiques.

Critères diagnostiques du F34.1 [300.4]: Trouble dysthymique

N.B.: En cas d'épisode dépressif majeur antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes ou de symptômes significatifs pendant deux mois) avant le développement du trouble dysthymique. Par ailleurs, après les deux premières années (la première année pour les enfants et les adolescents) du trouble dysthymique, des épisodes de trouble dépressif majeur peuvent se surajouter: dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés si les critères d'un épisode dépressif majeur sont remplis.

- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque mixte ou hypomaniaque et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.
- F. La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique chronique, telle une schizophrénie ou un trouble délirant.
- G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex. hypothyroïdie).
- H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

ANNEXE D

Procédure à suivre dans l'administration de l'inventaire de dépression de Beck

Procédures à suivre dans l'administration de l'inventaire de dépression de Beck

Les instructions suivantes ont été développées afin d'administrer d'une façon standardisée l'inventaire de dépression. C'est très important de suivre un ordre uniforme et de minimiser les effets de l'entrevue.

Routine à suivre:

Il faut dire à la patiente: « Voici le questionnaire où vous allez trouver différents groupes d'énoncés. Il faudra choisir un seul énoncé pour chaque groupe et cet énoncé devra vous décrire, comment vous vous sentez aujourd'hui mais il faut répondre maintenant ».

À ce moment, vous donnez une copie du questionnaire à la patiente pour qu'elle puisse vous suivre pendant que vous lisez par groupe d'énoncés de chaque catégorie. (Il ne faut pas lire les numéros qui apparaissent devant chaque énoncé) Ensuite, vous allez demander à la patiente quel énoncé semble mieux la décrire actuellement.

Si la patiente fait son choix en donnant un numéro, il faut relire l'énoncé qui correspond au numéro donné par la patiente pour éviter la confusion et mieux sélectionner l'énoncé. Si la patiente dit vouloir choisir le premier énoncé, ça pourrait bien dire 0 ou 1. Après que la patiente a compris, les réponses numérotées pourront être suffisantes pour indiquer son choix.

Notes additionnelles:

- Il faut faire bien attention que le choix de la patiente soit vraiment le sien et non pas le choix du thérapeute. Il faut laisser la patiente exprimer à sa façon l'énoncé de son choix.
- Si la patiente indique qu'il y a deux énoncés qui semblent bien la décrire, il faut choisir le pointage le plus élevé parmi les deux énoncés.

- Si la patiente nous montre qu'elle se situe entre 2 et 3, mais plus vers le 2 que le 3, le choix devra se faire en prenant la valeur la plus proche (i.e. 2).
- Généralement, le thérapeute doit continuer à lire à haute voix les énoncés de chaque catégorie. Parfois, la patiente peut prendre l'initiative et lire les catégories en silence ou même aller plus vite que le thérapeute. Si la patiente semble alerte et très connaissante de la procédure, il faut la laisser lire en silence pour qu'elle fasse son choix.
- Le nombre de points doit être additionné selon les différentes catégories pour avoir à la fin les points qui vont déterminer l'état émotionnel de la patiente.

Voici la copie de la traduction du « Beck Depression Inventory », version française de Bourque et Beaudette, 1982.

Tel que recommandé par Beck & Steer (1987), et autres auteurs, les items de la sous-échelle cognitive-affective (les 13 premiers items) sont plus discriminatifs d'éléments dépressifs chez des sujets dont les symptômes végétatifs et somatiques, attribuables aux changements physiologiques et aux différentes maladies physiques, pourraient fausser l'évaluation de la dépression. Vézina & al (1991) confirment le fait que l'inclusion des items de nature somatique contribue à l'élévation des faux positifs même pour une population âgée non institutionnalisée. Beck & Steer (1987) recommandent un score de moins de 10 à la sous-échelle cognitive-affective pour ne pas être considéré comme étant déprimé.

Pour ce qui est du score total, les critères sont les suivants :

- absence de dépression = score de 0 à 9
- dépression légère = score de 10 à 15
- dépression modérée = score de 16 à 23
- dépression sévère = score de 24 et plus

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
 ativement **toutes** les phrases;
 'X' dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous sentez **dans le moment présent**

<p>rose) e ne me sens pas triste. e me sens morose ou triste. e suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre daplomb. e suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. e suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>imisme) e ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. e me sens découragé(e) à propos du futur. e sens que je n'ai rien à attendre du futur. e sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. e sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>iment d'échec) e ne sens pas que je suis un échec. e sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. e sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. e sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>ontentement) e ne suis pas particulièrement mécontent(e). e me sens "anné(e)" la plupart du temps. e ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. e n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. e suis mécontent(e) de tout.</p> <p>abilité) e ne me sens pas particulièrement coupable. e me sens souvent mauvais(e) ou indigne. e me sens plutôt coupable. e me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. e sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>ition) e n'ai pas l'impression d'être puni(e). l'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. e sens que je suis ou serai puni(e). e sens que je mérite d'être puni(e). e veux être puni(e).</p> <p>lorisation) e ne me sens pas déçu(e) de moi-même. e suis déçu(e) de moi-même. e ne m'aime pas. e suis dégoûté(e) de moi-même. e me hais.</p> <p>critique) e ne sens pas que je suis pire que les autres. e me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. e me blâme pour mes fautes. e me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>s suicidaires) e n'ai aucune idée de me faire du mal. l'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. e sens que je serais mieux mort(e). e sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). l'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. e me tuerais si je le pouvais.</p> <p>irs) e ne pleure pas plus que d'habitude. e pleure plus maintenant qu'auparavant. e pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité)</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input checked="" type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie)</p> <p>18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids)</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de gestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	--

SCORE TOTAL : 57 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

uestionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ativement **toutes** les phrases;

l "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>esse) e ne me sens pas triste. e me sens morose ou triste. e suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. e suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. e suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>imisme) e ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. e me sens découragé(e) à propos du futur. e sens que je n'ai rien à attendre du futur. e sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. e sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>iment d'échec) e ne sens pas que je suis un échec. e sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. e sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. lorsque je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. e sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>ntentement) e ne suis pas particulièrement mécontent(e). e me sens "anné(e)" la plupart du temps. e ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. e n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. e suis mécontent(e) de tout.</p> <p>abilité) e ne me sens pas particulièrement coupable. e me sens souvent mauvais(e) ou indigne. e me sens plutôt coupable. e me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. e sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>tion) e n'ai pas l'impression d'être puni(e). 'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. e sens que je suis ou serai puni(e). e sens que je mérite d'être puni(e). e veux être puni(e).</p> <p>lorisation) e ne me sens pas déçu(e) de moi-même. e suis déçu(e) de moi-même. e ne m'aime pas. e suis dégoûté(e) de moi-même. e me hais.</p> <p>critique) e ne sens pas que je suis pire que les autres. e me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. e me blâme pour mes fautes. e me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>s suicidaires) e n'ai aucune idée de me faire du mal. 'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. e sens que je serais mieux mort(e). e sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). 'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. e me tuerais si je le pouvais.</p> <p>re) e ne pleure pas plus que d'habitude. e pleure plus maintenant qu'auparavant. e pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. uparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité)</p> <p>13. <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie)</p> <p>18. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids)</p> <p>19. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	--

SCORE TOTAL : 5 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
 ativement toutes les phrases;
 1 "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent

<p>(Tristesse) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Pessimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Mécontentement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "lancé(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Culpabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Désillusion) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Autocritique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Pensées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité) 11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt) 12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité) 13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi) 14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input checked="" type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement) 15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie) 16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures</p> <p>(Fatigue) 17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) N/A 18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout. <input checked="" type="checkbox"/> Appétit augmenté</p> <p>(Perte de poids) N/A 19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres. <input checked="" type="checkbox"/> Gain de poids</p> <p>(Anxiété somatique) 20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens</p> <p>(Perte de libido) 21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant <input checked="" type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	---

SCORE TOTAL : 50 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:

ntivement ~~toutes~~ les phrases;

n "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent

(Tristesse)

Je ne me sens pas triste.
Je me sens morose ou triste.
Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

(Pessimisme)

Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
Je me sens découragé(e) à propos du futur.
Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

(Sentiment d'échec)

Je ne sens pas que je suis un échec.
Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

(Mécontentement)

Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
Je me sens "lanné(e)" la plupart du temps.
Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
Je suis mécontent(e) de tout.

(Culpabilité)

Je ne me sens pas particulièrement coupable.
Je me sens souvent mauvais(e) ou indigné.
Je me sens plutôt coupable.
Je me sens mauvais(e) et indigné presque tout le temps.
Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigné.

(Punition)

Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
Je sens que je suis ou serai puni(e).
Je sens que je mérite d'être puni(e).
Je veux être puni(e).

(Désillusion)

Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
Je suis déçu(e) de moi-même.
Je ne m'aime pas.
Je suis dégoûté(e) de moi-même.
Je me hais.

(Autocritique)

Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
Je me blâme pour mes fautes.
Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.

(Pensées suicidaires)

Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
Je sens que je serais mieux mort(e).
Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
Je me tuerais si je le pouvais.

(Larmes)

Je ne pleure pas plus que d'habitude.
Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

11. **(Irritabilité)**
 Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
 Je me sens irrité(e) tout le temps.
 Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.

12. **(Perte d'intérêt)**
 Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
 Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
 J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.

13. **(Incertitude)**
 Je prends des décisions aussi bien que jamais.
 J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
 Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.

14. **(Perception de soi)**
 Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait.
 Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
 Je me sens laid(e) et répugnant(e).

15. **(Ralentissement)**
 Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
 Je ne peux faire aucun travail.

16. **(Insomnie)**
 Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
 Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.

17. **(Fatigue)**
 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

18. **(Anorexie)** N/A
 Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 Je n'ai plus d'appétit du tout. Appétit augmenté

19. **(Perte de poids)** N/A
 Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
 J'ai perdu plus de 5 livres.
 J'ai perdu plus de 10 livres.
 J'ai perdu plus de 15 livres. Gain de poids

20. **(Anxiété somatique)**
 Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
 Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.

21. **(Perte de libido)**
 Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

SCORE TOTAL : 0 POINT = ABSENCE DE DÉPRESSION

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
 ativement toutes les phrases;
 1 "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous sentez dans le moment présent

(Tristesse)
 e ne me sens pas triste.
 e me sens morose ou triste.
 e suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
 e suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
 e suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

(Pessimisme)
 e ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
 e me sens découragé(e) à propos du futur.
 e sens que je n'ai rien à attendre du futur.
 e sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
 e sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

(Sentiment d'échec)
 e ne sens pas que je suis un échec.
 e sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
 e sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
 Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
 e sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

(Mécontentement)
 e ne suis pas particulièrement mécontent(e).
 e me sens "lâché(e)" la plupart du temps.
 e ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
 e n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
 e suis mécontent(e) de tout.

(Culpabilité)
 e ne me sens pas particulièrement coupable.
 e me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
 e me sens plutôt coupable.
 e me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
 e sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

(Punition)
 e n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
 e sens que je suis ou serai puni(e).
 e sens que je mérite d'être puni(e).
 e veux être puni(e).

(Désillusion)
 e ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
 e suis déçu(e) de moi-même.
 e ne m'aime pas.
 e suis dégoûté(e) de moi-même.
 e me hais.

(Auto-critique)
 e ne sens pas que je suis pire que les autres.
 e me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
 e me blâme pour mes fautes.
 e me blâme pour tout ce qui arrive de mal.

(Pensées suicidaires)
 e n'ai aucune idée de me faire du mal.
 'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
 e sens que je serais mieux mort(e).
 e sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
 'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
 e me tuerais si je le pouvais.

(Larmes)
 e ne pleure pas plus que d'habitude.
 e pleure plus maintenant qu'auparavant.
 e pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
 auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

- (Irritabilité)**
11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
 Je me sens irrité(e) tout le temps.
 Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
- (Perte d'intérêt)**
12. Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
 Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
 J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
- (Insécurité)**
13. Je prends des décisions aussi bien que jamais.
 J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
 Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
- (Perception de soi)**
14. Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait.
 Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits.
 Je me sens laid(e) et répugnant(e).
- (Ralentissement)**
15. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
 Je ne peux faire aucun travail.
- (Insomnie)**
16. Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
 Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.
- (Fatigue)**
17. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- (Anorexie)**
18. Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 Je n'ai plus d'appétit du tout.
- (Perte de poids)**
19. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
 J'ai perdu plus de 5 livres.
 J'ai perdu plus de 10 livres.
 J'ai perdu plus de 15 livres.
- (Anxiété somatique)**
20. Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
 Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
- (Perte de libido)**
21. Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:

tivement **toutes** les phrases;
"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous sentez **dans le moment présent**

<p>asse) e ne me sens pas triste. e me sens morose ou triste. e suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. e suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. e suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>imisme) e ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. e me sens découragé(e) à propos du futur. e sens que je n'ai rien à attendre du futur. e sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. e sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>iment d'échec) e ne sens pas que je suis un échec. e sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. e sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. e sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>ontentement) e ne suis pas particulièrement mécontent(e). e me sens "lanné(e)" la plupart du temps. e ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. e n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. e suis mécontent(e) de tout.</p> <p>abilité) e ne me sens pas particulièrement coupable. e me sens souvent mauvais(e) ou indigne. e me sens plutôt coupable. e me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. e sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>ition) e n'ai pas l'impression d'être puni(e). l'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. e sens que je suis ou serai puni(e). e sens que je mérite d'être puni(e). e veux être puni(e).</p> <p>iorisation) e ne me sens pas déçu(e) de moi-même. e suis déçu(e) de moi-même. e ne m'aime pas. e suis dégoûté(e) de moi-même. e me hais.</p> <p>critique) e ne sens pas que je suis pire que les autres. e me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. e me blâme pour mes fautes. e me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>suicidaires) e n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. e sens que je serais mieux mort(e). e sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. e me tuerais si je le pouvais.</p> <p>ire) e ne pleure pas plus que d'habitude. e pleure plus maintenant qu'auparavant. e pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>11. (Irritabilité) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>12. (Perte d'intérêt) <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>13. (Insécurité) <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>14. (Perception de soi) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>15. (Ralentissement) <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>16. (Insomnie) <input checked="" type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>17. (Fatigue) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>18. (Anorexie) <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>19. (Perte de poids) <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>20. (Anxiété somatique) <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>21. (Perte de libido) <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	---

SCORE TOTAL : 2 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:

ntivement **toutes** les phrases;

1 "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous sentez dans le moment présent

<p>triste) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>essimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>contentement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "anné(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>culpabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>autorisaton) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>critique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité)</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input checked="" type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) N/A</p> <p>18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout. <input checked="" type="checkbox"/> Appétit augmenté</p> <p>(Perte de poids) N/A</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres. <input checked="" type="checkbox"/> Gain de poids</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	--

SCORE TOTAL : 48 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ativement toutes les phrases;
in "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent

<p>(Tristesse) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Pessimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Mécontentement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "lannée(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Culpabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Démoralisation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Autocritique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Pensées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité) 11. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt) 12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité) 13. <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi) 14. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement) 15. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie) 16. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue) 17. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) 18. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids) 19. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique) 20. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido) 21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	--

SCORE TOTAL : 3 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

uestionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
tivement **toutes** les phrases;

"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**.

(Tristesse)

- Je ne me sens pas triste.
- Je me sens morose ou triste.
- Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
- Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
- Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.

(Pessimisme)

- Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
- Je me sens découragé(e) à propos du futur.
- Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
- Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
- Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.

(Sentiment d'échec)

- Je ne sens pas que je suis un échec.
- Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
- Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
- Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
- Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).

(Mécontentement)

- Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
- Je me sens "lâché(e)" la plupart du temps.
- Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
- Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
- Je suis mécontent(e) de tout.

(Culpabilité)

- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
- Je me sens plutôt coupable.
- Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
- Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.

(Punition)

- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
- Je sens que je suis ou serai puni(e).
- Je sens que je mérite d'être puni(e).
- Je veux être puni(e).

(Désillusion)

- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
- Je suis déçu(e) de moi-même.
- Je ne m'aime pas.
- Je suis dégoûté(e) de moi-même.
- Je me hais.

(Auto-critique)

- Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
- Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
- Je me blâme pour mes fautes.
- Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.

(Pensées suicidaires)

- Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
- J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution.
- Je sens que je serais mieux mort(e).
- Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
- J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire.
- Je me tuerais si je le pouvais.

(Larmes)

- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- Je pleure plus maintenant qu'avant.
- Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter.
- Avant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.

(Irritabilité)

- 11. Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
- Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.
- Je me sens irrité(e) tout le temps.
- Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.

(Perte d'intérêt)

- 12. Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
- Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'avant.
- J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
- J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.

(Insécurité)

- 13. Je prends des décisions aussi bien que jamais.
- J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
- J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
- Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.

(Perception de soi)

- 14. Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'avant.
- Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait.
- Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
- Je me sens laid(e) et répugnant(e).

(Ralentissement)

- 15. Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
- J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
- Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
- J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit.
- Je ne peux faire aucun travail.

(Insomnie)

- 16. Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
- Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude.
- Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
- Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.

(Fatigue)

- 17. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- Je me fatigue plus facilement qu'avant.
- Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

(Anorexie)

N/A

- 18. Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
- Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
- Je n'ai plus d'appétit du tout. Appétit augmenté

(Perte de poids)

N/A

- 19. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement.
- J'ai perdu plus de 5 livres.
- J'ai perdu plus de 10 livres.
- J'ai perdu plus de 15 livres. Gain de poids

(Anxiété somatique)

- 20. Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
- Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
- Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
- Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.

(Perte de libido)

- 21. Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'avant.
- Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
- J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

SCORE TOTAL : 57 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ntivement **toutes** les phrases;
1 "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous sentez **dans le moment présent**

<p>(Tristesse) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre daplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Pessimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Mécontentement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "lannée(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Culpabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Démoralisation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Autocritique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Pensées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité) 11. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt) 12. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité) 13. <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi) 14. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement) 15. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie) 16. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue) 17. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) 18. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids) 19. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique) 20. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido) 21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	--

SCORE TOTAL : 2 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

uestionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
 ctivement toutes les phrases;

"X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent

<p>(Tristesse)</p> <p>Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Optimisme)</p> <p>Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Importance de l'échec)</p> <p>Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Satisfaction)</p> <p>Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "anné(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Responsabilité)</p> <p>Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition)</p> <p>Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Démoralisation)</p> <p>Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Auto-critique)</p> <p>Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Pensées suicidaires)</p> <p>Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes)</p> <p>Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité)</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attraits. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie)</p> <p>18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids)</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	--

SCORE TOTAL : 36 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ntivement toutes les phrases.
n "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent

<p>(Tristesse) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre daplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(Pessimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(Sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(Contenement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "lanné(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(Culpabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(Punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(Rationalisation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(Autocritique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(Idées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(Larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité) 11. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt) 12. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité) 13. <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi) 14. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement) 15. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie) 16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue) 17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) 18. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids) 19. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique) 20. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido) 21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	--

SCORE TOTAL : 5 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:

entièrement toutes les phrases;

in "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez dans le moment présent

<p>(triste) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(nihilisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(contatnement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "l'année" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(capabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(nidion) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(valorisation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(toctrique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(es suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(lure) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité)</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input checked="" type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité)</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi)</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input checked="" type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement)</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie)</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input checked="" type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures</p> <p>(Fatigue)</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input checked="" type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie)</p> <p>18. <input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids)</p> <p>19. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input checked="" type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique)</p> <p>20. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude <input checked="" type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens</p> <p>(Perte de libido)</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant <input checked="" type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
--	---

SCORE TOTAL : 53 POINTS = DÉPRESSION SÉVÈRE

questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes:
ntivement **toutes** les phrases;
1 "X" dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez **dans le moment présent**

<p>(triste) Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre daplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> <p>(pessimisme) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.</p> <p>(sentiment d'échec) Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> <p>(mécontentement) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens "lannée(e)" la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.</p> <p>(culpabilité) Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.</p> <p>(punition) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).</p> <p>(dévalorisation) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.</p> <p>(critique) Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui arrive de mal.</p> <p>(pensées suicidaires) Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans bien définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.</p> <p>(larmes) Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps, maintenant. Je ne peux pas m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p>	<p>(Irritabilité) 11. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps. <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> <p>(Perte d'intérêt) 12. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> <p>(Insécurité) 13. <input checked="" type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que jamais. <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> <p>(Perception de soi) 14. <input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux (vieille) et sans attrait. <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> <p>(Ralentissement) 15. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser très fort pour faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> <p>(Insomnie) 16. <input checked="" type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) le matin que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de 5 heures.</p> <p>(Fatigue) 17. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant. <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit. <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> <p>(Anorexie) 18. <input checked="" type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> <p>(Perte de poids) 19. <input checked="" type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu) dernièrement. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres. <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> <p>(Anxiété somatique) 20. <input checked="" type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux et des douleurs, ou des problèmes de gestion ou de constipation. <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> <p>(Perte de libido) 21. <input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. <input checked="" type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p>
---	---

SCORE TOTAL : 5 POINTS = ABSENCE DE DÉPRESSION

Caractéristiques des sujets: choix des facteurs socio-culturels

Chantal	71	CF	Dépr. dysthymique	Primaire	4	M	M	43 + 40	Non	Non
Thérèse	43	CF	Dépr. dysthymique	CEGEP	1	C	C	---	Non	Non
Joan	46	CA	Dépr. dysthymique	CEGEP	2	M	M	24 + 17	Non	Oui
Martine	44	CF	Dépr. dysthymique	CEGEP	2	M	M	18 + 15	Non	Oui
Susan	45	CA	Dépr. grave récurrente psychotique	CEGEP	3	M	M	18 + 13 + 9	Non	Oui
Vicky	25	CA	Dépr. grave récurrente psychotique	CEGEP + 1 an université	4	C	C	---	Non	Oui
Rose	40	CA	Dépr. dysthymique	CEGEP	3	M	M	21 + 10 + 5	Non	Oui

* Origine: CF: Canadienne Française CA: Canadienne Anglaise

* SSE (Statut socio-économique): est déterminé par le mari ou le parent dans les cas des femmes étudiées ne jouissant pas d'autonomie financière:

1. Chômeuse
2. Congé médical
3. Mari ou père col bleu
4. Mari ou père professionnel ou classe moyenne à aisée