

# Les implications conjugales et familiales de la dépression chez la personne âgée

Carole Gendron

Volume 13, numéro 2, novembre 1988

De l'adolescence aux adolescents

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031469ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031469ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Gendron, C. (1988). Les implications conjugales et familiales de la dépression chez la personne âgée. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 154–157.  
<https://doi.org/10.7202/031469ar>

## Les implications conjugales et familiales de la dépression chez la personne âgée

La dépression se classe parmi les problèmes fréquemment rencontrés chez la personne âgée. Plusieurs facteurs peuvent contribuer au développement, à l'accroissement et au maintien de la dépression chez cette population dont les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Stoudemire et Blazer, 1985). La présente communication examine l'impact des facteurs interpersonnels et suggère l'utilisation d'une approche thérapeutique visant, non seulement la réduction ou l'élimination des symptômes dépressifs mais, également la modification de comportements interpersonnels mésadaptés qui peuvent contribuer au maintien de la dépression.

### Les conséquences de la dépression

La dépression est souvent accompagnée de problèmes interpersonnels, au niveau de la famille ou du couple (Jacobson, 1984; Hass et al. 1985). En effet, les symptômes liés à la dépression perturbent fréquemment l'équilibre des relations conjugales et familiales. L'auto-dépréciation, la perte de motivation et l'apathie amènent, dans plusieurs cas, la personne déprimée à déléguer certaines responsabilités à son conjoint ou à l'un de ses enfants (par exemple les responsabilités financières, la conduite de l'auto...). La tendance à s'isoler peut l'amener à refuser les sorties; il en résulte souvent une diminution importante, pour le couple, des loisirs et des activités sociales, ainsi que des contacts avec amis et parents. La somatisation et les phobies conduisent parfois à une relation de dépendance entre la personne déprimée et son conjoint, celle-là formulant

de nombreuses demandes en rapport avec ses plaintes physiques et ses phobies.

Par conséquent, la dépression chez un des conjoints risque d'avoir d'importantes répercussions sur le style de vie de son (sa) partenaire (ou dans le cas d'un parent, sur la vie de l'enfant qui en prend la charge). Dans plusieurs cas, le conjoint se retrouve socialement isolé et affligé d'un surcroît de responsabilités. Une telle situation peut s'avérer d'autant plus difficile à vivre dans le cas des personnes âgées.

De plus, ces comportements dépressifs affectent généralement la qualité de la relation conjugale, remettant en question les ententes tacitement établies par le couple au cours des années comme, par exemple, l'entente concernant le partage des responsabilités. Les conflits risquent de se multiplier, puisque seul l'un des conjoints désire changer les règles qui régissent le fonctionnement du couple. L'absence de réciprocité au niveau des échanges entre conjoints constitue, en effet, selon Weiss et al. (1973), un problème interpersonnel très fréquent chez les couples en difficulté. Lorsque les échanges ne sont plus réciproques, un déséquilibre se crée au niveau du degré de satisfaction obtenu par chacun des conjoints (Gurman et Kniskern, 1978; Jacobson et Margolin, 1979). Les problèmes de communication sont également fréquents (Bornstein et Bornstein, 1986) et ceux-ci ont souvent des répercussions négatives sur les stratégies utilisées par les conjoints pour prendre des décisions, pour résoudre leurs conflits ou pour s'adapter à des situations nouvelles comme, par exemple, la retraite.

## Les réactions de l'entourage

La personne âgée déprimée est souvent perçue comme un *fardeau* par son conjoint ou sa famille (Fadden et al., 1987). Dans plusieurs cas, elle devient une source importante de stress pour son entourage. Il existe, toutefois, des différences individuelles au niveau des types de réactions qui sont manifestées par le conjoint ou la famille dans une telle situation (Lazarus et Weinberg, 1980; Fadden et al., 1987).

Ainsi, 1) certains individus acceptent difficilement la dépression de leur conjoint ou parent. Dans plusieurs cas, la personne âgée déprimée et son entourage remarquent les composantes physiques du problème (fatigue, perte d'appétit, troubles digestifs...) au détriment des composantes psychologiques, évitant ainsi l'étiquette de dépression qui est socialement moins acceptable et souvent très mal comprise. De plus, certains enfants, ayant gardé de leur enfance l'image du parent omnipotent, se sentent mal à l'aise devant la détérioration du comportement d'un de leur parent et choisissent plutôt de l'éviter. 2) Certains ressentent de la frustration due aux implications de ce problème dans leur vie personnelle; le conjoint non déprimé se croit parfois exploité, interprétant le comportement apathique de l'autre comme une preuve de lâcheté, de manque de volonté, d'abandon des responsabilités. Par conséquent, les échanges entre eux deviennent souvent plus pénibles et des mesures coercitives, telle que la menace de séparation, peuvent être utilisées pour tenter d'obtenir le comportement désiré chez l'autre partenaire (Patterson et Hops, 1972). 3) Certains ressentent des sentiments ambivalents devant le rôle qu'ils assument vis-à-vis de leur conjoint ou parent déprimé. 4) D'autres, enfin, développent des problèmes psychologiques ou physiques.

L'ampleur de la réaction et le niveau de tolérance du conjoint et de la famille dépendent de plusieurs facteurs (Fadden et al., 1987; Levine et al., 1983; Moss et Tsu, 1976): soit de la sévérité et de la durée de la dépression, du nombre de dépressions antérieures, de la quantité et de la qualité du support familial et social mis à leur disposition, de la qualité de la relation conjugale ou familiale avant la dépression, des habiletés spécifiques acquises par l'individu pour faire face à des situations stressantes et des attentes futures. De plus, certains symptômes, tel que l'agressivité, peuvent être plus difficiles à tolérer par le conjoint ou la famille.

## L'approche thérapeutique globale

Les modèles interpersonnels de la dépression suggèrent de tenir compte, d'une part, de l'effet de la dépression sur l'entourage immédiat du client et, d'autre part, de l'effet des réactions de l'entourage sur le client, ces réactions pouvant parfois contribuer au maintien de la dépression. Compte tenu de ces observations, il s'avère grandement indiqué, dans la plupart des cas de dépression, d'inclure le conjoint ou certains membres de la famille dans le processus thérapeutique du client (Gurman et Kniskern, 1978; Stoudemire et Blazer, 1985), et ce, en combinant une approche individuelle à une approche conjugale ou familiale.

Dans ce contexte, la thérapie individuelle s'adresse aux composantes intrapsychiques ou intra-individuelles de la dépression; l'intervention conjugale ou familiale sert de complément en s'adressant directement aux problèmes interpersonnels.

Nous en sommes venus, à l'Hôpital de jour psychogériatrique, à utiliser cette combinaison, surtout dans les cas de dépression réactionnelle, après avoir constaté que plusieurs de nos clients déprimés vivaient des problèmes conjugaux fréquemment reliés à des difficultés d'ajustement à la retraite.

## La thérapie individuelle

L'approche cognitive-comportementale est particulièrement intéressante à utiliser avec les personnes âgées déprimées, car elle met l'accent sur des situations problématiques concrètes et actuelles, ainsi que sur l'acquisition d'habiletés spécifiques pouvant aider le client à y faire face (Jacobson, 1984; Stoudemire et Blazer, 1985). Entre autres, la thérapie cognitive proposée par Beck et al. (1979) met l'accent sur la restructuration, la modification et le remplacement des « distorsions cognitives » qui perpétuent la dépression. On enseigne donc au client à noter ses pensées négatives au moment où elles surviennent. On l'aide ensuite à reconnaître les liens entre ces pensées et son affect déprimé, puis à faire un examen critique de ses pensées négatives automatiques; finalement à développer des perceptions de lui-même et de ses expériences qui soient conformes à la réalité. Cette approche est complétée par l'utilisation de techniques comportementales, telles qu'un entraînement aux habiletés sociales, à l'affirmation de soi, ou autres, selon les cas.

## L'évaluation familiale

L'évaluation de la situation familiale peut se faire dès le début de la thérapie individuelle. Cette démarche permet d'évaluer le degré d'implication des membres de la famille avec la personne déprimée, de déterminer la qualité de la relation et leur attitude vis-à-vis du malade, d'identifier les sources de conflit et de planifier un type d'intervention. Les entrevues subséquentes avec la famille ou le conjoint pourront, dans certains cas, se limiter à fournir support, informations et conseils pratiques, alors que dans d'autres cas un véritable cheminement thérapeutique sera entrepris.

## L'intervention de couple

Dans le cas d'un conjoint déprimé, Jacobson (1984) suggère de combiner la thérapie individuelle pour la personne déprimée à une thérapie conjugale d'orientation cognitive-comportementale axée, par exemple, sur l'entraînement à la communication ou à la résolution de conflits.

L'utilisation de cette combinaison thérapeutique comporte, en effet, plusieurs avantages. D'abord cette approche permet d'observer directement le style d'interaction et de communication du couple, ce qui contribue à obtenir une image plus claire du problème du client.

Puis le conjoint étant informé des objectifs de l'intervention, il (elle) peut devenir une importante source de support pour le client. Par exemple, en thérapie individuelle, on encourage le client à redevenir autonome en conduisant lui-même son auto ou en prenant l'autobus, plutôt que de se faire conduire; le conjoint, informé du plan et désirant collaborer, pourra encourager le client à atteindre les buts déterminés par la thérapie. Par contre, un conjoint qui n'est pas inclus dans le processus thérapeutique pourrait involontairement nuire à la thérapie en interdisant au malade la conduite de l'auto, pensant que celle-ci ne pourrait que le fatiguer davantage.

Ensuite l'intervention de couple permet de sensibiliser le conjoint aux problèmes du malade, de les démystifier et de discuter de stratégies concrètes pour affronter les difficultés quotidiennes. Soulignons que ce type d'intervention peut aider le conjoint à s'ajuster aux changements pouvant survenir en cours de thérapie individuelle. Par exemple, dans le cadre d'un entraînement aux habilités sociales, le client peut

commencer à sortir seul pour se joindre à des groupes sociaux, alors qu'auparavant il ne sortait qu'en compagnie de son conjoint. Finalement, selon Beach et O'Leary (1985), la thérapie de couple favorise la généralisation et le maintien à long terme des changements positifs qui surviennent en cours de thérapie.

## Conclusion

En conclusion, l'utilisation de la thérapie de couple est malheureusement encore trop peu répandue dans le cas des personnes âgées (Goldstein et Preston, 1984). Cette situation résulte probablement des préjugés sociaux qui existent vis-à-vis les personnes âgées (Butler, 1975), lesquels risquent, en effet, de nuire à l'approche thérapeutique adoptée avec cette population spécifique. De plus, les personnes âgées sont les premières victimes de tels préjugés, hésitant d'une part, à consulter dans ce domaine et, d'autre part, croyant ne pouvoir bénéficier de thérapie en raison de leur vieil âge.

## Références

- Beach, S.R., O'Leary, K.D., 1985, Current status of outcome research in marital therapy in L'Abate, ed., *The Handbook of Family Psychology and Therapy*, Illinois, Dorsey Press, 1035-1072.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G., 1979, *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Guilford Press.
- Bornstein, P.H., Bornstein, M.T., 1986, *Marital Therapy: A Behavioral - Communications Approach*, New York, Pergamon Press.
- Butler, R.N., 1975, Psychotherapy in Old Age in Arieti, S., ed., *American Handbook of Psychiatry*, (2nd Ed.), New York, Basic Books, 807-828.
- Fadden, G., Bebbington, P., Kuipers, L., 1987, The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Goldstein, S., Preston, J., 1984, Marital therapy for the elderly, *Canadian Medical Association Journal*, 130, 1551-1553.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P., 1978, Research on marital and family therapy: progress, perspective and prospect in Garfield, S.L., Bergin, A.E., eds, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley, 2nd Ed., 817-901.
- Haas, G.L., Clarkin, J.F., Glick, I.D., 1985, Marital and family treatment of depression in Beckham, E.E., Leber, W.R., eds, *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*, Illinois, Dorsey Press, 151-183.
- Jacobson, N.S., 1984, Marital therapy and the cognitive-behavioral treatment of depression, *Behavior Therapist*, 7, 143-147.

- Jacobson, N.S., Margolin, G., 1979, *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles*, New York, Brunner/Mazel.
- Lazarus, L.W., Weinberg, J., 1980, Treatment in the ambulatory care setting in Busse, E.W., Blazer, D.G., eds, *Handbook of Geriatric Psychiatry*, New York, Van Nostrand Reinhold, 427-453.
- Levine, N.B., Dastoor, D.P., Gendron, C.E., 1983, Coping with dementia: A pilot study, *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 12-18.
- Moss, R.H., Tsu, V.D., 1976, Human competence and coping: an overview in Moss, R.H., ed., *Human Adaptation*, Lexington, DC Heath.
- Patterson, G.R., Hops, H., 1972, Coercion: A game for two: Intervention techniques for marital conflict in Ulrich, R., Mountjoy, P., eds, *The Experimental Analysis of Social Behavior*, New York, Appleton - Century - Crofts.
- Stoudemire, A., Blazer, D.G., 1985, Depression in the elderly in Beckham, E.E., Leber, W.R., eds, *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*, Illinois, Dorsey Press, 556-586.
- Weiss, R.L., Hops, H., Patterson, G.R., 1973, A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it in Hamerlynck, L.A., Handy, L.C., Mash, E.J. eds, *Behavior Change: Methodology, Concepts and Practice*, Champaign, Illinois, Research Press.

Carole Gendron, Ph.D.  
Hôpital de jour psycho-gériatrique  
Centre hospitalier Douglas