

DÉPRESSION

La dépression est l'un des troubles psychologiques les plus fréquents. Le risque de présenter une dépression majeure au cours de la vie varie, selon les études, de 10 à 25% pour les femmes et de 5 à 12% pour les hommes. Le risque de présenter une dépression dite dysthymique (voire la section Symptômes) au cours de la vie est de 6%. Malgré cette grande fréquence, la dépression reste très méconnue. Le mot n'a pas la même signification pour tout le monde. Ainsi nos client(e)s se disent souvent étonné(e)s du diagnostic de dépression posé par leur médecin ou encore, glissent dans la conversation des commentaires comme celui-ci: " J'étais dépressif à ce moment-là mais je ne le savais pas."

Dans ce dossier nous décrivons ce qu'est la dépression, présentons quelques statistiques sur son évolution, discutons brièvement des facteurs qui y contribuent, résumons l'analyse de l'approche cognitive concernant les processus psychologiques qui l'entretiennent et des pistes de cheminement pour la surmonter.

SYMPTÔMES

La plupart des professionnels de la santé (et par ricochet les compagnies d'assurance, la CSST, etc.) utilisent le modèle médical pour définir la dépression. Dans ce modèle, le diagnostic est porté lorsque certains symptômes sont réunis et ce, indépendamment des causes qui ont amené l'état dépressif. Les critères généralement utilisés en Amérique du Nord sont définis par l'American Psychiatric Association. Nous en présentons les grandes lignes dans ce qui suit.

On distingue généralement deux types de dépression: la dépression majeure et la dysthymie. Habituellement, la dépression majeure consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs qui tranchent avec le fonctionnement habituel de la personne, alors que la dysthymie est caractérisée par des symptômes dépressifs chroniques, moins sévères, persistant pendant plusieurs années.

Précisons qu'on ne parle pas de dépression mais de maniaco-dépression (aussi appelée trouble bipolaire) ou de cyclothymie lorsqu'il y a déjà eu des épisodes maniaques ou hypomaniaques.

Critères d'un épisode de dépression majeure:

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pour une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un de ces 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). N.B.: Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(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 l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédent 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous

les jours. N.B.: Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(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 fièvre 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. Il n'y a pas en même temps des symptômes qui répondent aux critères d'un épisode maniaque (voir la Question fréquente "Qu'est-ce que la maniaco-dépression ?").

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'est-à-dire 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.

D'autres symptômes sont souvent présents, même s'ils ne constituent pas des critères pour reconnaître la dépression: tendance à pleurer, à broyer du noir, irritabilité, ruminations obsessionnelles, anxiété, phobies, préoccupations excessives pour la santé physique, douleurs (p. ex., céphalées, douleurs dans les articulations, l'abdomen ou autres), des difficultés dans les relations intimes ou sociales, des difficultés sexuelles. Certaines personnes peuvent présenter des attaques de panique. Dans environ 15% des cas, il y a présence de symptômes tels des hallucinations ou du délire. Il arrive que des symptômes d'anxiété envahissants "cachent" la dépression, empêchent de la diagnostiquer et de la traiter.

Critères de la dysthymie (ou trouble dysthymique):

A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Chez les enfants et les adolescents, il peut s'agir d'une humeur irritable et la durée doit être d'au moins un an.

B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants:

(1) perte d'appétit ou hyperphagie

(2) insomnie ou hypersomnie

(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 (un an pour les adolescents) de perturbation thymique (de l'humeur). Le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A. et B.

D. E. F. G. H. (en résumé) La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif majeur chronique ou en rémission partielle. Il n'y a jamais eu d'épisodes maniaques ou hypomaniaques. La perturbation ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un trouble psychotique chronique. 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). Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

ÉVOLUTION

Certaines personnes ont un épisode isolé de dépression majeure suivi d'un retour complet à leur état normal. Un épisode non traité dure habituellement 6 mois ou plus. La majorité des gens se remettent complètement de cet épisode et reviennent à leur fonctionnement antérieur. Cependant chez 20 à 30% d'entre eux, certains symptômes persisteront pendant des mois ou même des années. Environ 50 % des gens ayant vécu un épisode dépressif, vont présenter un deuxième épisode. Les sujets ayant présenté deux épisodes ont un risque de 70% d'en présenter un troisième, et ceux ayant eu trois épisodes, un risque de 90 % d'en présenter un quatrième. On estime que dans environ 20 % des cas, l'évolution est chronique et il n'y a pas de plein rétablissement entre les épisodes. Les probabilités que la dépression majeure devienne chronique sont plus élevées si la personne souffrait déjà de dysthymie avant la dépression majeure (ce qui est le cas chez environ 15% des sujets).

Enfin, jusqu'à 15 % des sujets présentant un trouble dépressif majeur sévère se suicident.

Ces données statistiques, puisées dans le DSM-IV (voir Références), montrent bien l'importance de traiter la dépression; une dépression non traitée peut être longue et les risques de récurrence sont élevés.

CAUSES DE LA DÉPRESSION

La dépression est vue, de nos jours, comme résultant de l'interaction d'un ensemble de facteurs (causes) biologiques, psychologiques (cognitifs, émotionnels et comportementaux) et sociaux (ex. chômage).

Facteurs biologiques

Depuis une soixantaine d'années plusieurs études montrent que certaines personnes ont une vulnérabilité génétique (transmise héréditairement) par rapport à la dépression: par exemples, des études portant sur des jumeaux homozygotes (identiques) et des jumeaux hétérozygotes qui furent adoptés par des familles différentes, des études portant sur des enfants adoptés issus de parents biologiques atteints d'une dépression ou d'une maniaque-dépression ou non atteints, etc..

Par ailleurs, à chaque état psychologique correspond un état physiologique. Nous sommes habitués de considérer cet aspect en ce qui concerne le stress, par exemple, que nous relierions à l'adrénaline. Cela fait partie du langage populaire. Des études ont montré la présence de différentes dysfonctions neurobiologiques chez les gens déprimés. Entre autres, les niveaux de sérotonine et la noradrénaline (des neuro-transmetteurs) sont impliqués dans la dépression. L'aspect physiologique n'est pas pour autant nécessairement "la cause" de la dépression. Voici ce qu'en dit Dr. Michael Spevack (en préface du livre "Être bien dans sa peau", voir la section Références): "On sait maintenant qu'il s'agit d'un cercle vicieux où chaque facteur influence et aggrave l'autre: les pensées négatives ont pour effet d'abaisser l'humeur, ce qui entraîne fort

probablement un certain déséquilibre dans la chimie du cerveau. En s'attaquant au traitement de l'un ou l'autre de ces facteurs, on peut aider les gens à se sentir mieux."

Facteurs psychologiques

Les aspects biologiques, cognitifs (mentaux), émotifs et comportementaux du fonctionnement humain sont en constante interaction. Une modification de n'importe lequel de ces aspects a un impact sur les autres. Lorsqu'une personne est dépressive, elle a tendance à voir la réalité de façon plus négative. En retour, cette interprétation plus négative amplifie les émotions dépressives. D'autre part, les interprétations négatives de la réalité et les émotions dépressives influencent les comportements (amenant par exemple de la passivité) qui, en retour, ont un impact sur les pensées et les émotions. Par ailleurs, la dépression se développe habituellement en réaction à un stressor (événement, situation). Cependant, selon nos façons de voir les choses, nous ne présentons pas tous la même vulnérabilité face aux différents types de stressors.

Dans la section Processus cognitifs, nous décrivons le rôle de l'aspect cognitif (les pensées) dans le maintien de la dépression.

PROCESSUS COGNITIFS ENTRETENANT LA DÉPRESSION

Beaucoup de gens déprimés ont l'impression que ce qu'ils vivent est si désagréable ou inacceptable que la dépression est normale ou inévitable. L'approche cognitive postule plutôt que ce n'est pas la réalité elle-même qui rend dépressif mais l'interprétation ou l'évaluation que l'on fait de cette réalité, c'est-à-dire, ce que l'on se dit au sujet de cette réalité. Cette interprétation détermine les états émotifs et les comportements.

Interprétations négatives de la réalité

Selon Beck (un auteur devenu classique en psychologie cognitive), la personne dépressive a tendance à devenir moins objective et à s'évaluer elle-même, ainsi que son environnement et l'avenir de façon plus négative et pessimiste. Elle se perçoit comme inapte, incapable, indésirable ou indigne. Elle perçoit le monde extérieur comme trop hostile, exigeant, plein d'obstacles insurmontables. Elle croit que le futur ne lui réserve que déceptions, difficultés, échecs et rejets. Le manque de réalisation en période de dépression sert à alimenter cette perception: je ne suis pas à la hauteur, c'est trop difficile, il n'y a rien qui débloque, je ne m'en sortirai jamais. Cette perception des choses peut conduire jusqu'à des idées suicidaires puisque "A quoi bon".

Croyances

Une hypothèse centrale en psychologie cognitive, introduite par Beck (1979), est que l'évaluation que l'on fait d'une situation et de sa capacité d'y faire face est influencée par des postulats ou des croyances de base (communément appelés des schémas). Ces croyances sont souvent inflexibles et inconditionnelles. Elles se développent tôt dans la vie, le plus souvent dans l'enfance, à partir d'expériences personnelles et de l'influence des parents et du milieu (ex. religion). Elles sont souvent non reconnues par la personne.

Voici quelques exemples de schémas (ou croyances) qui peuvent favoriser des interprétations négatives de l'expérience:

- Je dois toujours réussir. Je dois être le meilleur. Je ne peux me permettre une erreur.
- Si je fais une erreur, cela prouve que je suis incompetent. Je suis ce que j'accomplis. Je dois réussir dans la vie pour être quelqu'un. Ma réussite financière mesure ma valeur.
- Je ne peux pas être heureux si je n'obtiens pas ce que je veux, si je ne réalise pas ce que j'avais prévu, si je perds ce que j'ai acquis.- Je dois toujours être aimé par tout le monde. Je

©

<http://www.psychomedia.qc.ca/pn/modules.php?name=News&file=article&sid=12>

7

dois être compris par tout le monde. Je dois être approuvé.

- Il est important de donner une bonne image.
- S'occuper de soi, c'est égoïste, c'est paresseux.
- Je suis marié pour la vie, pour le meilleur et pour le pire.
- Je ne pourrais me débrouiller seul. Je ne peux pas endurer d'être seul.
- Je suis sans attrait pour les autres.
- Ce que je veux, c'est un minimum. C'est inacceptable si je ne l'ai pas.
- Je ne peux être heureux si j'ai des problèmes. La vie devrait être facile.

Beck (1987) distingue deux types d'organisation de schémas (croyances) qui reflètent des orientations de personnalité et qui représentent des facteurs de vulnérabilité à des stressseurs (situations, événements) différents. Les personnes qui ont des schémas qui valorisent prioritairement les relations interpersonnelles et l'appréciation par autrui auraient tendance à être plus vulnérables à des stressseurs comme les conflits interpersonnels, la solitude, etc.. Les personnes qui ont plutôt des schémas représentant des exigences élevées en ce qui a trait à l'accomplissement personnel seraient plus vulnérables devant des stressseurs comme les échecs professionnels ou financiers, etc. (Clark et Steer, 1996).

Biais de la pensée

Les croyances sont à la base d'interprétations biaisées de la réalité, c'est-à-dire qui ne respectent pas certaines règles de la pensée rationnelle. Ces interprétations sont cohérentes par rapport aux croyances mais illogiques par rapport à la réalité. Ce sont d'ailleurs ces interprétations biaisées qui font que les croyances inadaptées se maintiennent en se voyant constamment reconfirmées. Les processus de pensée par lesquelles les interprétations sont biaisées sont connus. En voici les principaux:

L'attention sélective: La personne a tendance à ne remarquer et à ne tenir compte que des faits qui confirment ses croyances. Elle peut ainsi se concentrer sur un détail négatif malgré un ensemble positif. Par exemples: donner beaucoup d'importance au client insatisfait malgré que l'ensemble des clients soient satisfaits; se rappeler les moments où les gens semblaient ne pas nous apprécier en oubliant les autres moments; considérer qu'on ne vit que des problèmes alors qu'on a une famille affectueuse, qu'on est en santé, etc..

L'inférence arbitraire: Cette erreur, l'une des plus fréquentes, consiste à tirer une conclusion sans preuves à l'appui, c'est-à-dire sans données suffisantes. Par exemples: conclure que le conjoint n'a pas d'amour s'il souhaite faire une sortie avec ses amis; croire ne pas pouvoir faire quelque chose que l'entourage ne comprendrait pas.

La surgénéralisation: A partir d'un seul incident la personne tire une conclusion à portée générale. Par exemples: suite à un échec au travail, voir toute sa carrière remise en question; suite à une erreur, se dire que l'on ne fait rien de bien.

L'amplification des erreurs et minimisation des réussites: Les points forts de la personne et ses réussites sont considérés comme sans importance alors que les difficultés et échecs prennent une importance démesurée.

La pensée dichotomique: Les choses sont noires ou blanches, bonnes ou mauvaises, un succès ou un échec complets. Par exemples: si je ne suis pas le meilleur, je ne suis pas bon; ma vie est un échec; si je fais garder mes enfants, je ne les élève pas moi-même, je les néglige, je suis une mauvaise mère; j'ai tout pour être heureux.

Modifier les pensées

Dans le quotidien, les émotions dépressives qui surviennent sont souvent la conséquence d'interprétations négatives que nous venons de faire de ce qui se passe. Ces interprétations

sont le plus souvent des pensées et des images qui se produisent spontanément, de façon automatique, sans raisonnement conscient, et dont nous n'avons pas nécessairement conscience si nous ne leur portons pas attention. L'approche cognitive propose une démarche de conscientisation, c'est-à-dire d'observation de ces pensées automatiques dans les moments où nous nous sentons triste, apathique ou en colère afin de pouvoir les remettre en question, c'est-à-dire vérifier si elles correspondent à la réalité, et éventuellement les modifier. Pour ce, il faut se questionner et expérimenter: Est-ce que j'ai des preuves ? Y a-t-il des faits qui contredisent mon interprétation ? Qu'arrive-t-il si je laisse tomber telle tâche, si j'exprime mon besoin ou mon opinion ? Est-ce que les suites de mon échec s'avèrent si désastreuses ? Quelle conséquence cela a-t-il si une personne me désapprouve ?

Une meilleure connaissance des pensées et des circonstances qui déclenchent les émotions dépressives amènent à mieux prendre conscience des croyances de base. Par exemples: je suis une personne qui croit que tout doit être parfait, j'ai besoin de l'approbation de tous, je pense que je vauds moins que les autres. Ces croyances peuvent alors être remises en question. Il devient possible d'adopter de nouvelles croyances plus adaptées qui laissent plus de latitude pour gérer ses comportements et sa vie différemment, de façon à pouvoir combler ses divers besoins, par exemples:

- doser le stress en mettant des limites (en disant non, en diminuant certaines exigences et ambitions, etc.),
- se réserver des moments de détente et d'activités agréables,
- poursuivre des objectifs de développement personnels, des intérêts,
- affirmer ses goûts et ses besoins,
- rompre avec des situations inacceptables,
- s'adapter aux pertes (une fois passée une certaine période de deuil et de désorganisation), etc..

Mentionnons, qu'entre autres difficultés, l'adoption de croyances qui permettent de gérer sa vie de façon à garder le meilleur équilibre psychologique possible implique parfois d'accepter d'être un peu moins conformiste, c'est-à-dire de se démarquer des valeurs et modèles appris.

QUE FAIRE POUR SURMONTER UNE DÉPRESSION

Consulter un(e) médecin

Lorsque des symptômes de dépression persistent, il est important de consulter un(e) médecin qui vérifiera, au besoin, si ces symptômes peuvent avoir une cause médicale (par exemples, carence en vitamine B12, hyper- et hypothyroïdie, infections virales, etc.).

Le médecin pourra aussi discuter avec vous de la pertinence de prendre un antidépresseur. Les symptômes de la dépression sont souvent si incapacitants que la personne n'est pas en état de mettre en pratique divers moyens de se sortir de cette dépression. Un antidépresseur s'avère alors très utile et parfois absolument nécessaire pour diminuer la sévérité des symptômes.

Contrairement à un anxiolytique, un antidépresseur ne crée pratiquement pas de dépendance. En général, il ne faut cependant pas compter uniquement sur l'antidépresseur pour soigner une dépression car si on ne fait pas de changements dans son mode de vie ou ses modes de fonctionnement, il y a un assez grand risque de récurrence (voir la section Évolution). L'un des inconvénients de cette médication est qu'elle nuit parfois à l'adaptation en permettant de continuer à endurer des situations malsaines avec moins de malaises.

Cheminer par soi-même

D'abord rappelons que si la dépression est trop sévère, vous ne serez pas en mesure de mettre ces suggestions en application tant que vos symptômes ne seront pas un peu soulagés. Vous devez consulter un médecin. D'autre part, si vous avez des idées suicidaires, vous devez absolument en parler. Il peut être bon d'en parler à des proches ou à des amis. Il peut être essentiel aussi de faire appel à de l'aide professionnelle. Un peu partout au Québec, il y a des lignes d'écoute pour les gens qui pensent au suicide (voyez les numéros de téléphone pour les différentes régions dans la rubrique Ressources communautaires). Nous vous conseillons grandement d'en parler à un médecin ou un psychologue.

Voici quelques pistes de démarche pour surmonter une dépression:

- A l'aide des informations de la section "Processus cognitifs entretenant la dépression", observer les situations et les pensées qui déclenchent les émotions dépressives.

- ex. de situations: tâche trop lourde, relations insatisfaisantes, difficultés financières, perte d'emploi, etc.;

- ex. de pensées: je n'ai pas le choix, ce n'est pas juste que je n'aie pas d'aide, je n'y peux rien, je ne peux lui parler car il se fâcherait, je ne veux rien;

- ex. de croyances: le travail passe avant tout, il faut éviter les conflits.

- Se questionner et tester nos interprétations afin d'adopter des pensées qui permettent d'agir différemment et améliorent la possibilité de combler les besoins, de résoudre les problèmes et de s'adapter aux situations incontrôlables, par exemples:

- Est-ce vrai que je n'ai pas le choix ? Sur quoi je me base pour penser cela ?

- Quels sont les avantages et les inconvénients de considérer que je n'ai pas le choix ?

- Quels seraient les avantages et les inconvénients d'affirmer mes besoins ?

- S'efforcer de sortir de l'apathie en planifiant graduellement des activités qui peuvent faire vivre des expériences de plaisir et de maîtrise (ce qui aide aussi à combattre certaines idées négatives).

- Entreprendre de résoudre certains problèmes et de développer des habiletés nécessaires, par exemples:

- prendre les moyens de surmonter un problème de crises de panique et d'agoraphobie;

- lire un livre sur les habiletés de communication pour mieux s'affirmer au travail (ex. "La communication efficace" de Linda Adams);

- prendre des moyens concrets pour mieux équilibrer vie personnelle et travail

- mettre un terme à une relation;

- entreprendre des premières démarches pour sortir du chômage, etc..

- Faire des lectures (voir la section Références) pour s'aider à y voir plus clair, par exemples:

- "Les quatre clés de l'équilibre personnel" de Jacques Lafleur et Robert Béliveau.

- "Être bien dans sa peau" de David Burns.

- "Je réinvente ma vie" de J.A. Joung et J.S. Klosko (porte sur les schémas).

Consulter un(e) psychologue

Si vous n'arrivez pas à identifier les facteurs qui contribuent à votre dépression, si vous ne voyez pas de solutions, si vous êtes particulièrement en détresse (par exemple, idées suicidaires) un(e) psychologue peut vous aider à y voir plus clair. Étant donné les taux très élevés de récurrence (par exemple, 50% des gens rétablis redeviendraient dépressifs dans la même année), nous croyons qu'il ne suffit pas de se fixer comme objectif de surmonter un épisode dépressif mais qu'il faut vraiment viser à apprendre à mieux vivre. En général, la prévention a bien meilleur goût.

©

<http://www.psychomedia.qc.ca/pn/modules.php?name=News&file=article&sid=12>

7

7

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056 p..
- Beck A.T. et al., Cognitive therapy of depression. Guilford, New York, 1979.
- Beck A.T., Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1987, 1, 2-27.
- Burns, David, Être bien dans sa peau, Les éditions Héritage inc., 1985.
- Clark, D.A. et Steer, R.A., Empirical Status of the Cognitive Model of Anxiety and Depression. dans Paul A. Salkovskis (ed), Frontiers of Cognitive Therapy, Guilford press, 1996, pp. 75-97.
- Cottraux, J., Dépression chez l'adulte dans R. Ladouceur, O. Fontaine et J. Cottraux, Thérapie comportementale et cognitive, Edisem, St-Hyacinthe, Qc., pp. 63-71.
- Cournoyer, G. et De Montigny, C., Maladies affectives dans Lalonde, Grunberg et coll., Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale. Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, Qc., 1988, 392-423.
- Lafleur, Jacques et Béliveau, Robert, Les quatre clés de l'équilibre personnel. Quand il faut soigner sa vie. Les Éditions Logiques, 1994.
- Pinard, Gilbert D., Thérapies cognitives dans Lalonde, Grunberg et coll., Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale. Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, Qc., 1988, p. 1156-1171.
- Young, J.E. et Klosko, J.S., Je réinvente ma vie, Les Editions de l'Homme, 1995.

Tous droits réservés par PsychoMédia Senc 1996