

## Article

---

« Rôle des facteurs interpersonnels dans le déclenchement et révolution des troubles dépressifs : résumé d'un programme de recherche »

George W. Brown

*Santé mentale au Québec*, vol. 20, n° 2, 1995, p. 15-34.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032351ar>

DOI: 10.7202/032351ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## Rôle des facteurs interpersonnels dans le déclenchement et l'évolution des troubles dépressifs: résumé d'un programme de recherche

---

George W. Brown\*

On s'entend en général pour dire que la dépression clinique est une maladie hétérogène reposant sur une interrelation complexe entre des facteurs biologiques et psychosociaux qui influent à la fois sur le déclenchement et sur l'évolution de la maladie. Qui plus est, certaines formes de la maladie sont apparemment indépendantes ou presque du milieu ambiant, c'est-à-dire que certains épisodes sont purement endogènes et surviennent sans crier gare. Néanmoins, si l'on tient compte de l'expérience observée au sein de populations dans leur ensemble, à mon avis, les formes répondant aux critères de dépression majeure du DSM-III-R sont d'origine surtout sociale, la qualité des rapports interpersonnels ou des liens avec les personnes significatives revêtant une importance cruciale. C'est ce que laissent supposer les différences considérables observées quant à l'incidence de la maladie à l'intérieur d'une même population et entre plusieurs populations. Deux récentes enquêtes épidémiologiques faites à partir du questionnaire *Present State Examination (PSE)* ont par exemple permis de révéler, au moyen des critères diagnostiques du *Bedford College*, un taux de dépression pour une année donnée, de 3 % chez des femmes de langue basque provenant d'une communauté rurale (Gaminde et al., 1993) et de 31 % dans un échantillon de femmes du Zimbabwe, provenant d'un milieu urbain et s'exprimant en langue shona (Broadhead et Abas, 1994). (Ces critères diagnostiques sont soit équivalents à ceux du DSM-III pour la dépression majeure, ou un peu plus stricts, Sashidharan, 1985.) Mais même en laissant de côté ces deux exemples extrêmes, la recherche épidémiologique permet de constater que le taux de dépression peut varier considérablement selon

---

\* George W. Brown, Ph.D., est professeur au Department of Social Policy and Social Science, Royal Holloway, University of London en Grande-Bretagne.

Reproduit avec l'autorisation du Royal College of Psychiatrists © Royal College of Psychiatrists, 1995. Cet article est la traduction française d'un chapitre du livre *Interpersonal Factors in Origins and Course of Affective Disorders*, edited by professor Mundl, Gaskell Publications. La revue remercie grandement toutes ces instances pour leur collaboration.

les caractéristiques personnelles des sujets de l'échantillon. En Europe, les mères monoparentales habitant des zones urbaines tendent à présenter des taux plus élevés de dépression, tout comme les populations rurales qui ont abandonné le mode de vie traditionnel, c'est-à-dire qui habitent des logements plutôt que des fermes et qui ne fréquentent pas l'église régulièrement (Gaminde et al., 1993). Étant donné que ces différences de taux de dépression sont mises en parallèle avec des différences d'intensité du facteur d'adversité dans ces mêmes populations, il faut en déduire que les différences de taux de dépression dépendent largement des déterminants du milieu ambiant. On peut également supposer qu'une bonne part des conditions jugées déprimantes et pertinentes sur le plan clinique sont fonction de l'évolution des modes de réponses psychobiologiques que la plupart d'entre nous sommes capables de développer (Gilbert, 1992). Ceci dit, nous ne cherchons aucunement à nier l'existence de facteurs biologiques (et peut-être génétiques) importants, ni à voir certaines maladies en termes de modèles pathologiques. Selon moi, les facteurs de risque biologiques pourraient être importants pour expliquer les différences interindividuelles de réponse à l'adversité par la dépression au sein d'une population plutôt que les différences entre les populations. C'est sur la base de ces prémisses que je présente brièvement un bilan de certains résultats concluants émanant d'un programme de recherches actuellement en vigueur à Londres grâce au concours du MRC.

La recherche sur le déclenchement d'épisodes particuliers de dépression chez l'adulte a permis de conclure qu'ils sont pour la plupart provoqués par des événements de la vie courante ou par des difficultés chroniques. Les événements se sont révélés sans conteste exercer l'influence la plus forte. De nombreuses études sur la dépression utilisent désormais l'échelle *Bedford College* pour mesurer l'impact des événements et des difficultés de la vie (*Bedford College Life Events and Difficulty Schedule: LEDS*), sur la base d'entrevues en profondeur et d'évaluations rendues par des examinateurs au sujet de la façon dont les répondants étaient susceptibles de s'être sentis à la suite d'un événement donné. Cette recherche a permis de révéler que seuls les événements accompagnés de menace ou provoquant un malaise grave et prolongé revêtent une importance critique pour ce qui est de la dépression. Pour être jugées gravement menaçantes, les conséquences d'un événement doivent produire un effet à long terme, en ce sens qu'elles doivent toujours être présentes environ 10 jours après l'événement et être particulièrement déplaisantes. Selon certaines études, environ 66 % à 90 % des épisodes dépressifs suivent un événement grave survenu dans les six mois précédant leur déclenchement; la plupart de ces événements se

sont en effet généralement déroulés quelques semaines avant le déclenchement de l'épisode dépressif (Brown et Harris, 1989).

### **Dépression endogène**

Il est surprenant que la recherche n'ait pu isoler un sous-groupe de maladies dépressives (en laissant de côté les troubles bipolaires rares) qui soient caractérisées par un taux nettement moindre d'événements déclencheurs, malgré la forte variabilité des résultats enregistrés (Bebbington et al., 1991; Katschnig et al., 1986). Une étude récente, menée à Londres, auprès d'une série de patients traités pour dépression avec ou sans recours à une hospitalisation, avance quant à elle une hypothèse d'explication: un indice de six ou plus à l'échelle d'évaluation d'un certain nombre de symptômes mélancoliques/psychotiques a été utilisé afin d'établir une distinction diagnostique à partir du questionnaire PSE sur des symptômes comme la variation diurne, les délires de persécution (avec humeur à l'avenant), les pertes d'appétit ou de poids, l'éveil matutinal et les retards. Le terme «psychotique» a été ajouté à celui de «mélancolique» pour bien faire comprendre que d'autres traits s'ajoutent aux symptômes mélancoliques traditionnels. Conformément aux résultats de recherches précédentes, (Brown et Harris, 1978), les patients atteints d'un trouble non mélancolique ni psychotique avaient dans une large proportion vécu un événement grave et menaçant dans les six mois précédant le déclenchement, qu'il s'agisse ou non du premier épisode (voir Tableau 1). Par contre, dans le groupe mélancolique/psychotique, on observait un taux aussi élevé d'événements graves parmi les victimes d'un premier épisode mais un taux nettement moindre parmi les sujets qui avaient déjà souffert de dépression auparavant. Le nombre d'individus présentant un indice mélancolique/psychotique élevé était restreint, mais étant donné que la même tendance s'observait pour deux autres séries de patients soumis au questionnaire LEDDS, ce résultat doit probablement être pris au sérieux (Brown et al., 1994a). On en conclut qu'un premier épisode entraîne une forme de «cicatrisation», une tendance qui pourrait bien avoir une base génétique ou constitutionnelle. Cela pourrait aussi partiellement expliquer les déconcertantes contradictions des résultats publiés au sujet du rôle de ces événements, étant donné que la proportion des patients présentant à la fois un indice mélancolique/psychotique élevé et un épisode antérieur de dépression est fort susceptible de varier considérablement selon le type de centre de traitement.

### **Type d'événements et dépression**

Il faut retenir que, sur le plan du nombre total de dépressions cliniques au sein d'une population donnée, les maladies mélancoli-

Tableau 1

**Nombre d'épisodes de dépression chez l'adulte (patients du Nord de Londres), selon les indices mélancoliques/psychotiques et selon la survenue d'un incident grave dans les six mois précédant le déclenchement de la dépression**

Indice mélancolique/ psychotique	Nombre d'épisodes chez l'adulte					Total	
	1er	2e	3e	4e	5 <sup>e</sup> ou plus		
Faible	71 (25/35) <sup>a</sup>	70 (21/30)	83 (10/12)	60 (3/5)	80 (8/10)	73 (67/92)	
Élevé	59 (17) <sup>a</sup>	15 (2/13)	% d'incidents graves		0 (0/1)	40 (14/35)	
			74 (42/57) <sup>b</sup>	33 (1/3)			100 (1/1)
<b>Total</b>	67 (35/52)	53 (23/43)	22 (4/18) <sup>b</sup>	73 (11/15)	67 (4/6)	73 (8/11)	64

<sup>a</sup>ns      <sup>b</sup>  $X^2 = 13,18, 1df, p < 0,001$

Tiré de Brown, G.W., Harris, T.O. et Hepworth, C. (1994), Life events and «endogenous» depression: a puzzle re-examined, *Archives of General Psychiatry*, 51, 525-534.

ques/psychotiques sont rares, représentant probablement au plus un dixième de l'éventail total des dépressions cliniquement significatives. Toutefois, au sein de ce groupe plus vaste, il y a peu de doute quant à la portée des événements déclencheurs graves.

La majorité de ces événements graves mettent en jeu un élément de perte ou de deuil, si l'on tient compte d'une définition qui engloberait la perte de l'estime de soi ou celle d'un proche, la perte d'un rôle aussi bien que le deuil d'un être cher (Finlay-Jones et Brown, 1981; Brown et al., 1987). Ces notions de perte, de déception et de frustration risquent toutefois de n'être pas suffisamment spécifiques pour nous permettre de cibler avec précision les processus psychosociaux qui entraînent de façon typique la dépression. C'est ce qu'illustrent les résultats d'une étude longitudinale portant sur 404 mères vivant avec au moins un enfant dans le quartier urbain d'Islington, à Londres. La plupart étaient de classe ouvrière et un quart de ces mères étaient monoparentales. Elles ont été sélectionnées d'abord parce que, collectivement, elles représentaient selon toute probabilité une population à risque passablement élevé à l'égard de la dépression. La principale étude reposait sur une longue entrevue (habituellement en deux parties) couvrant en profondeur la qualité et la nature des rapports interpersonnels, de même que diverses mesures concernant l'estime de soi. Une entrevue de suivi, douze mois plus tard, a permis de vérifier si des cas de dépression avaient été diagnostiqués et quelles étaient les circonstances entourant leur déclenchement, y compris un bilan complet des événements marquants et des difficultés survenus au cours des deux années précédentes, sur la base du

*London Life Events and Difficulty Schedule (LEDS)*. Les événements graves survenus dans les douze mois de la période de suivi et liés à certaines des conditions prévalant au moment de la première entrevue, se sont révélés aptes à accentuer considérablement le risque de déclenchement d'une dépression (Brown et al., 1987). Un événement survenu durant la période de suivi peut en effet avoir un impact direct très important sur l'engagement social profond d'une personne, qu'il s'agisse du mariage, de la maternité ou de la vie professionnelle: par exemple, une mère qui se révèle très dévouée lors de la première entrevue et qui découvre un jour que son fils respire de la colle. La plupart de ces événements et phénomènes interreliés mettaient en jeu un certain degré de perte, selon la définition générale donnée plus haut; dans l'exemple ci-dessus, la mère est déçue de son fils. Ce type de perte est moins courant lorsque l'on procède différemment pour assortir les événements et les phénomènes, lorsqu'il est question d'une difficulté chronique, qui dure depuis au moins six mois au moment de la première entrevue. Lorsqu'un événement grave est assorti à une difficulté chronique, il y a, tout comme dans le cas des engagements sociaux, un risque nettement plus grave de dépression. Mais souvent, le fait que la difficulté soit chronique n'entraînait pas de perte, à tout le moins, selon la définition qui précède. Par exemple, une femme est avisée que son fils a été arrêté pour un problème de drogue alors qu'elle est déjà au courant depuis plusieurs années du comportement délinquant de son fils. Dans ce cas, la mère n'avait probablement pas une haute opinion de son fils au départ; le fils ne déçoit pas donc pas sa mère au même point que dans l'exemple précédent. Par contre, cet événement (l'arrestation du fils) est probablement, pour la mère, évocateur d'une perte subie dans le passé, ou évocateur de la perte d'un espoir ou d'une situation qui n'a en fait jamais été sienne.

Selon des études antérieures, un autre facteur d'importance serait théoriquement plus particulier à ce type d'événements qui n'impliquent pas nécessairement une perte, il s'agit des sentiments d'impuissance, de perte de contrôle ou d'échec générés par un facteur de stress (et également à la plupart des événements liés à une perte survenus avant le déclenchement de la dépression). Bien que cette notion ne soit pas nouvelle, les théories d'ordre éthologique portant sur les tendances de la réponse en fonction de l'évolution de l'être revêtent un intérêt tout particulier pour ce qui est de la classification. Selon certains, la dépression trouve ses origines dans une expérience d'échec liée soit à la défense du territoire ou à la soumission après la défaite au sein d'un groupe d'êtres vivants (Price et Sloman, 1986; Price et al., 1994). Dans cette ligne de pensée, Gilbert (1989) a identifié un certain nombre de situations génératrices de dépression qui s'apparentent aux situations

mises au jour dans le cadre des recherches sur les événements de la vie: (1) l'attaque dirigée contre l'estime de soi d'une personne ainsi forcée d'adopter une position subordonnée, (2) les événements remettant en question la perception qu'a une personne du rang qu'elle occupe, du charme qu'elle dégage ou de sa valeur, particulièrement lorsque l'événement a des conséquences sur l'identité fondamentale ou le rôle de la personne et (3) les situations sans issue. Il fait remarquer que les événements propices à un nouveau départ et associés à la guérison (Brown et al., 1992) ont pour conséquence d'atténuer le sentiment d'être pris au piège et d'avoir été puni.

Nous avons récemment utilisé un nouveau système contextuel d'évaluation fondé sur la probabilité des réponses, afin de caractériser les événements graves en fonction de l'humiliation, de la dévalorisation et de la contrainte qu'ils génèrent (Brown et al., 1995b). Le principe directeur est qu'en pratique, on se serait attendu à ce que la femme éprouve un sentiment d'impuissance et de dévalorisation marqué après un tel incident. Voici l'exemple d'un incident typique qui peut provoquer l'humiliation et la dévalorisation: une femme apprend l'infidélité de son mari ou que sa fille la vole régulièrement et qu'elle lui ment à propos de son absentéisme à l'école. Le sentiment de contrainte est pour sa part illustré par l'exemple d'une femme qui se sent punie et ce, depuis un certain temps: par exemple, une femme hospitalisée est avisée par le médecin qu'il n'y a rien à faire contre son arthrite déformante. (Au minimum, ces événements devaient répondre aux critères d'événements et de phénomènes interreliés définis plus haut.) Le Tableau 2 illustre les résultats de tous les événements graves survenus au cours d'une période de deux ans chez des femmes d'Islington et précise si la dépression s'est déclenchée dans les six mois suivant l'événement en question. Les caractéristiques de l'événement ont été présentées dans l'ordre de priorité des aspects décrits dans le tableau. Par exemple, là où l'événement pouvait comporter une caractéristique d'humiliation/dévalorisation et de perte, le premier élément a été jugé prioritaire. Il est clair que les événements mettant en jeu des sentiments d'humiliation et de contrainte précédaient de façon générale le déclenchement de la dépression au cours de la période de deux ans. Par contre, l'expérience d'une perte dépourvue de ces caractéristiques a rarement déclenché la dépression. Seul le décès d'un proche ou les fausses-couches ont pu être intimement liés au risque. Un événement grave, simplement accompagné d'un danger (c'est-à-dire la menace d'une perte à venir) conduit rarement à la dépression. (D'autres recherches ont par contre démontré que ce type d'événements est en fait lié au risque d'un trouble anxieux; Finlay-Jones et Brown, 1981; Brown, 1993.) Les mêmes observations ont été

notées à propos d'une série de patients psychiatriques déprimés (Brown et al., 1995b). De façon générale, ces résultats (qui ne sont pas tous résumés ici) donnent à penser qu'un certain nombre des caractéristiques suivantes tendent à accompagner les événements déclencheurs d'un épisode dépressif :

Tableau 2

**Déclenchement selon le type d'événement grave sur une période de deux ans pour l'échantillon d'Islington**

Classification hiérarchique des événements	Nombre de déclenchements	Pourcentage de taux de déclenchements
A. Tous les événements ayant trait à l'humiliation :		
i. humiliation : séparation	31/102	30
ii. humiliation : délinquance de l'autre	12/34	35
iii. humiliation : dénigrement	7/36	19
	12/32	38
B. Tous les événements mettant en jeu un type de contrainte (et non pas A)	10/29	34
C. Tous les événements mettant en jeu une perte (et non pas A ni B)		
i. Décès	14/157	9
ii. Séparation à l'initiative du sujet	7/24	29
iii. Autre perte marquante	2/18	11
iii. Perte moins marquante	4/58	7
	1/57	2
D. Tous les événements dangereux (et non pas A, B, ni C)		
E. Tous les événements graves	3/89	3
	58/377	15

- Perte (au sens large)
- Engagement profond face à la fonction sociale en jeu
- Dévalorisation à ses propres yeux ou aux yeux d'autrui
- Sentiment de contrainte
- Sentiment d'impuissance
- Crise interpersonnelle.

Il est toutefois également clair qu'un incident, qu'il soit ou non générateur d'humiliation ou de contrainte, ne suffit généralement pas pour provoquer un état dépressif. Un certain nombre d'études ont clairement identifié le rôle central d'autres facteurs psychosociaux associés pour une bonne part à la vulnérabilité.



### Vulnérabilité à la dépression

La vulnérabilité se définit par la capacité d'un facteur donné d'aggraver le risque de déclenchement de la dépression mais seulement en présence d'un agent déclencheur, un événement grave, par exemple. La preuve la plus concluante de ce phénomène nous est fournie par des études longitudinales, comme celle d'Islington, mentionnée précédemment. La mesure de ces facteurs a été obtenue au moment de la première entrevue. Deux indices relativement simples, utilisés conjointement, ont permis d'étonnamment bien prédire l'installation d'une dépression dans l'année suivante: (1) *facteur psychologique négatif*, soit dévalorisation ou symptômes subcliniques chroniques d'anxiété ou de dépression ou (2) *facteur environnemental négatif*, soit interactions négatives à la maison ou, dans le cas d'une mère monoparentale, absence de rapport interpersonnel privilégié. Les deux indices étaient liés de façon indépendante au déclenchement de la dépression et exerçaient un effet synergique. Le degré de prévisibilité a pu être mesuré par ce qui suit: alors que tout juste moins du quart des 303 femmes non déprimées au moment de la première entrevue présentaient les deux facteurs de risque, les trois quarts de celles qui ont développé une dépression appartenaient à ce petit groupe à risque élevé (Brown et al., 1995).

Comme nous l'avons déjà indiqué, un événement grave en soi suffit rarement à déclencher une dépression à moins qu'au moins l'un de ces facteurs de risque ne soit présent. Cette observation se trouve illustrée à la Figure 1 qui porte sur les événements graves selon leur aptitude à provoquer des sentiments d'humiliation, de contrainte, de perte, de danger (traités de façon hiérarchique). (Contrairement à l'analyse précédente illustrée au Tableau 2, on ne tient compte ici que du suivi d'un an, étant donné que l'estime de soi n'a été mesurée que lors de la première entrevue.) Comme précédemment, tous les nouveaux épisodes dépressifs et tous les événements graves pour la période sont tenus en ligne de compte. Ce tableau illustre un effet interactif marqué. En effet, le taux de nouveaux épisodes dépressifs est de près de 50 % après des événements graves mettant en jeu l'humiliation ou la contrainte lorsque les deux facteurs de risque étaient présents, contre environ la moitié de ce taux en présence d'un seul de ces facteurs et un taux réduit à néant en leur absence. Le déclenchement de la dépression associé à une perte (sans humiliation ni contrainte) a été de 20 % en présence des deux facteurs de risque et pratiquement nul autrement, alors que le danger (sans humiliation, contrainte ni perte) n'était associé à aucun nouvel épisode dépressif, peu importe qu'il y ait eu ou non facteur de risque.

Dans certaines publications antérieures, on a tenté d'expliquer pourquoi les facteurs de risque environnementaux et psychologiques négatifs permettaient de si bien prédire le déclenchement de la dépression durant l'année de suivi. Cela est en partie attribuable au fait que les facteurs étaient aussi intimement liés à la présence subséquente d'un type de difficulté connue pour son aptitude à aggraver le risque. (Selon le nouveau schéma descriptif, les événements liés à des sentiments d'humiliation et de contrainte surviennent plus fréquemment chez les gens exposés à au moins un facteur de risque.) Ces facteurs sont également associés au risque que le sujet ne reçoive pas de soutien adéquat de ses proches lors d'événements graves au cours de l'année de suivi. Ce type d'aide a pu être mesuré au moyen de descriptions détaillées du soutien reçu en temps de crise. Le soutien en temps de crise a été jugé adéquat si la personne avait pu se confier à propos de l'événement, à un partenaire vivant sous le même toit ou à un être cher, c'est-à-dire quelqu'un de l'extérieur du foyer, avec qui un rapport privilégié existait déjà au moment de la première entrevue. Le rapport était jugé privilégié si la personne voyait régulièrement l'être cher et qu'elle pouvait s'y confier. De plus, au moment du suivi, pour que le soutien en temps de crise soit jugé adéquat, il ne devait comporter aucun élément de réponse négative face au mode de réaction manifesté par la femme face à l'incident. (Un mari, par exemple, peut avoir fourni un bon soutien, mais après quelque temps, il peut avoir laissé croire à sa femme qu'elle était en fait à l'origine de la crise et que sa réaction était exagérée.)

L'analyse de l'impact du soutien fourni en temps de crise s'est révélée fort complexe. Par exemple, il a été nécessaire de tenir compte du fait qu'une personne ait pu recevoir un soutien de A mais aucun soutien de B. Étant donné que les répercussions du soutien ne sont pas nécessairement additives, le soutien obtenu d'une seule personne peut se révéler avoir été tout aussi protecteur que le soutien de deux personnes (ou plus). Une réaction positive de la part de A peut éclipser totalement l'effet d'une réaction activement négative de la part de B. Autre facteur de complexité: le type de soutien peut évoluer avec le temps. Le soutien offert par A à un moment donné peut faire défaut à un autre moment.

Malgré de telles complexités, les rapports préliminaires ont conclu qu'au cours de la période de suivi, le soutien reçu en temps de crise parvenait à réduire considérablement le risque de dépression dans le contexte d'un événement grave ou d'une difficulté chronique majeure (Brown et al., 1986; Brown, 1992; Harris, 1992). Cette analyse portait sur une observation déconcertante: aucune des nombreuses mesures des aspects positifs du rapport avec un partenaire lors de la première entre-

vue ne permettait de prédire le déclenchement de la dépression. Cette observation étonnante s'est révélée avoir un lien avec le fait que les nombreuses femmes qui disaient se confier à leur partenaire au moment de la première entrevue n'ont pas reçu de soutien adéquat au moment d'une crise (voir définition ci-dessus) au cours de l'année de suivi. Ces femmes ont été définies comme dévalorisées et présentaient un risque élevé de dépression. Étant donné que les femmes faisaient largement état de rapports satisfaisants avec leur partenaire lors de la première rencontre, le rejet qu'elles ont vécu par la suite a donné lieu aux divers indices maritaux positifs identifiés parmi les facteurs de prévisibilité de la dépression. Par contre, le soutien accordé aux mères monoparentales était beaucoup plus stable à la longue. Pour ainsi dire, aucune mère monoparentale ayant reçu le soutien d'un être proche au moment de la première entrevue n'a été déçue sur le plan du soutien réellement reçu en temps de crise au cours de l'année de suivi. (Ces êtres proches étaient surtout les mères, les sœurs ou amies proches des sujets.) De plus, comme prévu, étant donné cette stabilité, le type de soutien aux mères monoparentales identifié lors de la première entrevue (défini comme un rapport propice aux confidences) a été un facteur de prévisibilité très fiable du déclenchement d'un épisode dépressif consécutif à un événement grave ou à une difficulté majeure: 4 % (1/25) des femmes solidement épaulées dès le départ, contre 35 % (9/26) des femmes dépourvues d'un tel soutien ont présenté une dépression dans ce type de circonstances.

Toutefois, la plupart des autres recherches sont arrivées à des conclusions différentes au sujet de l'impact réel du soutien. L'étude Islington a tenté de décrire l'impact réel du soutien (sur la base du jugement de l'examineur et d'échelles d'évaluation développées systématiquement) au moyen d'un questionnaire détaillé. Des questionnaires types ont en général été utilisés dans le cadre d'autres recherches et la conclusion la plus fréquente était que c'était le soutien perçu plutôt que le facteur «soutien réel» qui permettait de prévoir le déclenchement d'un épisode dépressif (par exemple, Veiel et Baumann, 1992). En fait, certains sont allés jusqu'à suggérer que ce qui survient réellement en terme de comportement aidant a parfois peu d'importance; un trait de personnalité pré-existant déterminerait avant tout le soutien perçu (souvent différent du soutien réel), qui lui, est crucial dans la dépression (Henderson et al., 1981). Compte tenu de ces conclusions, les résultats de nos rapports antérieurs particulièrement en ce qui a trait au soutien accordé par une personne vivant sous le même toit, sembleront peu concluants.

L'évaluation du degré de soutien reçu en temps de crise soulève en fait un certain nombre de problèmes. Contrairement au matériel recueilli à la première entrevue, les renseignements sont recueillis après le déclenchement de la dépression. De plus, la chronologie doit, à l'occasion, être mise en doute, étant donné que la dépression peut s'être installée peu de temps après le déclenchement de l'événement grave. Également, notre évaluation objective risquait d'être influencée de temps à autre par la perception du répondant face à l'événement et par ses sentiments à son égard. (Il est bien établi, par exemple, que la description du comportement d'autrui tend à être influencée par les sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction face à ce comportement; voir par exemple Brown et Rutter, 1966.) De plus, et *a posteriori*, le concept clé d'abandon (absence de soutien adéquat) a probablement été trop large. Pour éviter tout biais possible de notre part, nous avons inclus dans la catégorie «absence de soutien adéquat» toute discordance chronologique, nous basant pour ce faire sur la présence d'un confident lors de la première entrevue comme repère. Toutefois, comme nous estimions ces critères d'inclusion peut-être trop vastes, nous avons tenté de mieux cerner la définition afin d'exclure d'abord les femmes qui disaient n'avoir pas délibérément cherché d'appui lors de la crise et d'exclure ensuite les cas où, lors de la première entrevue, un doute régnait quant à l'appui prétendument reçu par une femme tant sur le plan émotionnel que sur le plan d'un rapport propice aux confidences. Or, les observations initiales se sont confirmées.

Aux fins du présent rapport, j'ai donc analysé de nouveau le matériel original au sujet des femmes vivant avec un partenaire de façon à ce que cette analyse soit le moins biaisée possible. La deuxième définition, plus restrictive, du manque de soutien adéquat lors d'un événement grave a été utilisée. On a insisté sur la qualité du mariage au moment de la première entrevue plutôt que de simplement mentionner un climat propice aux confidences. La classification du lien marital a été établie d'après une série importante de questions et une discussion approfondie. L'index marital en soi a été créé dans le cadre de la *Camberwell Family Interview* (Brown et Rutter, 1966; Rutter et Brown, 1966; Quinton et al., 1976) et l'échelle en sept points a été divisée en trois catégories: bon rapport marital (0), rapport marital de moyen à piètre (1, 2) et rapport médiocre (3, 4, 5 et 6). J'ai établi qu'il était impossible de classer les femmes ayant un piètre rapport marital lors de la première entrevue comme manquant de soutien adéquat. Les mariages de cette catégorie sont à ce point dysfonctionnels que la possibilité d'un soutien émotionnel adéquat au moment de la première entrevue peut être jugée douteuse, par conséquent, l'éventualité d'un manque de soutien adéquat ultérieurement en temps de crise est non avenue.

Tableau 3

**Qualité du lien marital lors de la première entrevue, absence ou non de soutien adéquat du partenaire en temps de crise durant l'année de suivi et déclenchement de la dépression**

Qualité du lien marital	par le partenaire	Absence de soutien de déclenchement	Pourcentage
Bon à moyennement bon		Non	(4/40) 10
		Oui	(5/8) 50
			) 35
Médiocre		Sans objet	(10/35) 29

$\chi^2 = 11,52, 2df, p < 0,01$

Avec cette technique modifiée, nous avons noté huit cas où une femme n'avait pas reçu de soutien adéquat de son partenaire. Par définition, elles avaient toutes vécu un événement grave et le déclenchement de la dépression parmi ces femmes était élevé (5/8). Six des événements cités mettaient en cause un comportement irresponsable ou menaçant de la part du partenaire. Lorsque les données relatives aux femmes du groupe n'ayant pas reçu de soutien adéquat ont été combinées à celles du groupe caractérisé par un piètre rapport marital à la première entrevue, on a pu noter un risque trois fois plus élevé de dépression par rapport aux autres femmes de l'échantillon, celles qui avaient vécu un événement grave, sans facteur de risque associé (Tableau 3).

Cette approche révisée a également fait ressortir la probabilité de la justesse fondamentale des conclusions originales. Au Tableau 2 se trouvent illustrées les données relatives aux femmes mariées, présentées selon trois catégories de soutien en temps de crise dans le contexte d'un événement grave, soit: soutien du partenaire, soutien d'un être proche autre que le partenaire et absence totale de soutien. Ces données dénotent un déclin très marqué du soutien de la part du partenaire, accompagné d'une détérioration prononcée de la qualité du rapport marital à la première entrevue, mais, par contre, une élévation subite du soutien provenant uniquement d'un être proche. La proportion des femmes n'ayant reçu aucun soutien lors de la crise augmente également quelque peu parmi celles qui se classent dans les catégories de lien marital piètre et médiocre. Étant donné que les évaluations du lien marital ont été faites un an avant l'entrevue de suivi, ce résultat donne à penser que les conclusions originales au sujet de l'importance du soutien social sur la base d'un questionnaire rétrospectif, est généralement valide. Le Tableau 2 illustre également clairement l'importance croissante de sources

de soutien autres que le partenaire lors d'un événement grave, à mesure que la qualité du lien marital se détériore. Lors de l'analyse précédente, nous avons souligné l'importance du soutien offert par un être proche aux femmes qui ne se confiaient pas à leur partenaire lors de la première entrevue. Conformément aux résultats de l'analyse publiée précédemment, la présente analyse révèle également que les femmes ayant contracté un piètre mariage semblaient protégées par le soutien d'un être proche en temps de crise. Si l'on considère la présence d'un événement déclencheur grave, 50 % (8/16) de celles qui n'avaient reçu aucune forme de soutien étaient en dépression, contre 12 % (2/17) de celles qui avaient pu se confier –  $\chi^2 = 4,04$ , 1df.  $p < 0,05$ .

Comme nous l'avons noté précédemment, la controverse règne toujours au sujet du degré de protection relatif conféré par le soutien, qu'il soit réel ou perçu. Selon moi, le soutien perçu est de toute évidence critique, car il concorde généralement avec le soutien objectivement observable. Un type de glissement s'opère probablement entre les deux, conséquence de la variabilité interindividuelle des besoins et des attentes et des mécanismes de défense de chacun face à la déception et à l'insatisfaction inspirée par le soutien ou l'absence de soutien. (Cela peut servir à agrandir l'écart dans un sens ou dans l'autre.) C'est ce type d'écart que mettent souvent en évidence les événements de la vie. Un événement grave mettant en évidence un geste égoïste et irréfléchi de la part d'un mari peut être révélateur du peu de soutien émotionnel qu'il a accordé pendant de nombreuses années: c'est ce qui peut déclencher la dépression. Pour que la recherche soit efficace, le soutien perçu et le soutien objectif doivent être tenus en ligne de compte et, de ce point de vue, il faut garder l'espoir que nous arriverons un jour à mesurer efficacement ce deuxième type de soutien. Qu'à ce jour, les nombreuses mesures mises de l'avant pour tenter de confirmer un lien entre soutien objectif et pronostic aient échoué, cela peut fort bien résulter d'un problème d'ordre technique touchant la mesure proprement dite (Henderson et Brown, 1988). Par exemple, il est pratique courante d'arriver à une évaluation du soutien réel en faisant la moyenne du soutien prétendument reçu d'un certain nombre d'êtres proches. Voilà qui peut niveler tout effet, au point où le soutien d'une seule personne significative peut conférer une protection adéquate (op. cit). Il est tout aussi évident par ailleurs que les analyses portant sur le soutien ne peuvent être qu'extrêmement complexes, ne serait-ce qu'à cause du fait que le soutien est intimement lié à la plupart des autres facteurs de risque isolés à ce moment-là. Par exemple, les données relatives à une expérience vécue durant la petite enfance donnent à penser que, pour comprendre le

rôle du degré de soutien actuel, il faut tenir compte de l'expérience de vie globale.

### **Expérience vécue durant l'enfance**

Une épreuve vécue durant l'enfance, par exemple, un rejet ou une négligence marquée de la part des parents, la brutalité d'un membre de la famille ou une agression sexuelle commise par un agresseur vivant ou non sous le même toit, voilà autant d'importants facteurs de risque de déclenchement d'un épisode dépressif. Dans l'échantillon urbain d'Islington, environ un tiers des sujets avaient vécu une telle expérience avant l'âge de 17 ans et ces femmes étaient, *grosso modo*, deux fois plus à risque à l'égard de la dépression selon les critères diagnostiques établis, à un moment ou à l'autre de leur vie adulte (Bifulco et al., 1987, 1992, 1994; voir aussi Harris et al. 1990a et b pour un autre exemple). Pour ce qui est des facteurs de risque propres au milieu ambiant, il semble que, dans la plupart des cas, l'accroissement du risque ait été fonction des variables de départ présentées plus haut. En fait, en leur absence, le risque de déclenchement de la dépression associée à une situation traumatisante vécue dans l'enfance ne diffère pas considérablement de celui auquel les autres femmes sont exposées (Brown et al., 1990).

Cette observation rappelle le pronostic psychiatrique à long terme des adolescentes d'abord vues lorsqu'elles étaient sous traitement. En termes de troubles psychiatriques et d'aptitudes parentales, on pouvait dès lors établir un lien très fort avec des facteurs tels la qualité du lien marital obtenu à l'âge adulte (Quinton et Rutter, 1984a et b; Rutter 1988). En général, la recherche explique comment l'impact d'expériences défavorables à un âge précoce peut être atténué par des expériences ultérieures plus favorables. De plus en plus, on observe également qu'une partie de cet effet découle de l'influence des expériences initiales sur la qualité des rapports fondamentaux établis à l'âge adulte et de l'attitude lorsque vient le temps de demander du soutien en temps de crise (Andrews et Brown, 1988).

Les problèmes entourant les expériences vécues à un âge précoce ont des ramifications très étendues. Par exemple, ce facteur exerce au moins un impact d'envergure sur l'expérience adulte des troubles anxieux tels que les définit le DSM-III-R au chapitre des troubles paniques, de l'agoraphobie, du «GAD» et des phobies sociales, à l'exclusion toutefois de l'agoraphobie légère, et de la simple phobie (Brown et Harris, 1993). L'importance de ces expériences précoces sur la maladie dépressive et anxieuse explique probablement une bonne partie de leur

comorbidité. Cela semble être en partie dû au fait que tout facteur de risque commun augmente la probabilité de concomitance des deux maladies (Brown et al., 1993). Les notions de soutien et d'expérience précoce jouent également un rôle dans l'évolution de la maladie dépressive.

### **Évolution de la maladie**

Le rôle d'un échec ou d'un désespoir dans l'évolution d'un épisode dépressif est mis en évidence par une recherche récente sur l'amélioration clinique et la guérison. Les résultats de cette recherche suggèrent que des facteurs psychosociaux jouent peut-être un rôle tout aussi important dans l'évolution de la maladie que dans son déclenchement, tout comme les processus en jeu peuvent de façon générale refléter les processus déclencheurs. Encore une fois, l'examen des événements de la vie offre de nombreuses pistes de réflexion; de nouveaux événements pourraient notamment jouer un certain rôle et apporter une forme d'espoir. La guérison ou l'amélioration d'un état dépressif installé depuis 20 semaines ou plus sont très intimement liées à des événements nouveaux qui, selon toute logique, seraient générateurs d'espoir. En plus de donner la sensation d'un nouveau départ, un événement qui soulage la personne d'une difficulté chronique ou d'un état de carence (par exemple un mari au chômage qui obtient un nouvel emploi) semble également contribuer de façon positive. Toutefois, il est intéressant de noter que de tels événements peuvent, à certains moments, poser une menace importante (Brown et al., 1988, 1992; Brown, 1993).

Une deuxième série de conclusions concerne la durée de l'épisode de dépression. Au cours d'une année donnée, environ la moitié de tous les états dépressifs observés chez les femmes de milieux urbains sont probablement chroniques, en ce sens qu'ils durent depuis au moins un an (Brown et al., 1985). Pour les autorités sanitaires, il s'agit de l'une des statistiques les plus alarmantes au sujet de la dépression. Selon des analyses récentes, il serait possible de prévoir de façon assez sûre quelles dépressions deviendront chroniques, en s'appuyant sur deux facteurs psychosociaux connus au moment du déclenchement (Brown et Moran, 1994). L'un de ces facteurs est la présence au moment du déclenchement d'une difficulté interpersonnelle grave, possiblement accompagnée de menace, les difficultés ayant trait au partenaire ou à l'amant revêtant l'importance la plus grande. (De telles difficultés semblent importantes principalement parce qu'elles persistent habituellement au cours de l'épisode dépressif qui suit.) Le deuxième facteur de prévisibilité met en jeu l'indice d'adversité vécue durant l'enfance mentionné précédemment. De tels antécédents permettent de prédire qui



présentera un problème chronique, même lorsque l'on exclut les cas où une importante difficulté interpersonnelle prévaut au moment du déclenchement.

Lorsque l'on établit une comparaison avec la situation des femmes de la population générale ayant souffert d'un épisode de dépression, on note une différence du quadruple du taux de risque: 40 % (23/57) des personnes ayant présenté l'un ou l'autre de ces facteurs ont vu leur état devenir chronique au cours d'une étude d'une durée de trois ans, contre 9 % seulement (4/44) des autres femmes (voir Tableau 4). Le résultat se répète, pour ainsi dire, si l'on regroupe les caractéristiques des femmes qui étaient déjà en dépression chronique au début de l'étude. Il est également permis de supposer que l'anxiété concomitante et la consommation de drogues ou d'alcool ajoutent à cette prédiction (Brown et Moran, 1994). Les mêmes résultats ont *grosso modo* été observés auprès d'une série de patients (Brown et al., 1994c). (Dans les deux séries, les deux facteurs de risque psychosociaux contribuent de façon indépendante et plus ou moins égale lorsque l'on applique une analyse de régression logistique).

Tableau 4  
**Adversité vécue durant l'enfance, difficulté interpersonnelle au moment du déclenchement de 101 nouveaux épisodes de dépression ayant une évolution chronique chez des femmes d'Islington**

Difficulté interpersonnelle au moment du déclenchement	Adversité vécue durant l'enfance		
	oui	non	
	% d'évolution chronique au bout d'un an		
Oui	58 (11/19)	30 (6/18)	46 (17/37)
Non	33 (6/20)	9 (4/44)	16 (10/64)
	44 (17/39)	16 (10/62)	27 (27/101)

Les épreuves subies durant l'enfance exercent en partie leur effet parce qu'elles sont en lien avec les difficultés interpersonnelles courantes, mais on s'explique mal qu'il s'agisse d'un facteur indépendant. Cela pourrait avoir trait à la qualité du soutien offert mais, à ce jour, il a été impossible de fournir des preuves concluantes à cet effet. Cet échec est probablement le reflet de la complexité de toutes les études visant à mesurer la qualité du soutien, comme nous l'avons noté précédemment. Il est important d'établir un lien entre le soutien fourni et le contexte *particulier* à un moment *particulier* dans le temps; or, il est difficile de mener à bien une telle opération dans ce cas précis.

Le fait que les mesures psychosociales doivent habituellement être établies dans le temps fait ressortir avant tout la nécessité d'obtenir des mesures suffisamment fiables pour déterminer si des changements réels d'un paramètre donné sont survenus avec le temps et, deuxièmement, le fait que toute corrélation imparfaite ne soit simplement l'effet d'une erreur de mesure. Cela fait référence à un type de cueillette des données qui va à l'encontre de la recherche psychiatrique fortement subventionnée. Le travail en question a été fondé sur des entrevues approfondies semi-structurées et sur une évaluation de la part de l'examineur avec une attention toute particulière aux dates. Compte tenu de l'absence de recherches de type expérimental, il semble peu probable que les questions que j'ai soulevées au sujet du soutien social progressent, à moins d'un investissement dans ce type de mesures paramétriques. Heureusement, il y a lieu de croire que l'hypothèse selon laquelle les processus psychosociaux complexes peuvent ressortir à l'aide de quelques questions classiques bien choisies est de plus en plus remise en question. À l'occasion, de tels instruments peuvent se révéler pratiques, mais il faut en démontrer l'efficacité dans le cadre de mesures plus intensives et ne plus simplement les prendre pour acquis.

## RÉFÉRENCES

- ANDREWS, B., BROWN, G.W., 1988, Support, onset of depression and personality: an exploratory analysis, *Social Psychiatry*, 23, 99-108.
- BEBBINGTON, P., KATZ, R., MCGUFFIN, P., 1991, The family aggregation of affective disorder and social provocation, In McGuffin, P., Murray, R., eds., *The New Genetics of Mental Illness*, London, Butterworth Heinemann.
- BIFULCO, A., BROWN, G.W., HARRIS, T.O., 1987, Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication, *Journal of Affective Disorders*, 12, 115-128.
- BIFULCO, A., HARRIS, T.O., BROWN, G.W., 1992, Mourning or inadequate care? Re-examining the relationship of maternal loss in childhood with adult depression and anxiety, *Development and Psychopathology*, 4, 433-449.
- BIFULCO, A., BROWN, G.W., HARRIS, T.O., 1994, Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): A Retrospective Interview Measure, *Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1419-1435.
- BROADHEAD, J., ABAS, M., 1994, *Depression and anxiety among women in an urban setting in Africa*, (Manuscript).

- BROWN, G.W., 1992, Social support: an investigator-based approach, in Veiel, H.O.F., Baumann, U., eds., *The Meaning and Measurement of Social Support*, Washington, Hemisphere Publishing Corporation.
- BROWN, G.W., 1993, Life events and affective disorder: replications and limitations, *Psychosomatic Medicine*, 55, 248-259.
- BROWN, G.W., CRAIG, T.K.J., HARRIS, T.O., 1985, Depression: disease or distress? Some epidemiological considerations, *British Journal of Psychiatry*, 147, 612-622.
- BROWN, G.W., ANDREWS, B., HARRIS, T.O., ADLER, Z., BRIDGE, L., 1986, Social Support, Self-esteem and depression, *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- BROWN, G.W., ADLER, Z., BIFULCO, A., 1988, Life events, difficulties and recovery from chronic depression, *British Journal of Psychiatry*, 152, 487-498.
- BROWN, G.W., RUTTER, M., 1966, The measurement of family activities and relationships: a methodological study, *Human Relations*, 19, 241-63.
- BROWN, G.W., BIFULCO, A., HARRIS, T.O., 1987, Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements, *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., 1978, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women* London, Tavistock Publications, New York, Free Press.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., 1989, Chapter 2. *Depression*. In: *Life Events & Illness*, Guilford Press, London,.
- BROWN, G.W., BIFULCO, A., ANDREWS, B., 1990, Self-esteem and depression: 3. Aetiological issues, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 235-243.
- BROWN, G.W., LEMYRE, L., BIFULCO, A., 1992, Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders: a test of the specificity, *British Journal of Psychiatry*, 161, 44-54.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., 1993, Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population, 1. Early adversity, *Psychological Medicine*, 23, 143-154.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O. EALES, M.J., 1993, Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population, 2. Comorbidity and adversity, *Psychological Medicine*, 23, 155-165.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., HEPWORTH, C., 1994a, Life events and «endogenous» depression: a puzzle re-examined, *Archives of General Psychiatry*, 51, 525-534.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., HEPWORTH, C., ROBINSON, R., 1994c, Clinical and psychosocial origins of chronic depression, II. A patient enquiry, *British Journal of Psychiatry*, 165, 457-465.

- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., HEPWORTH, C., 1995b, Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison, *Psychological Medicine*, 25, 7-21.
- BROWN, G.W., MORAN, P., 1994, Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes: I. A community survey, *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- FINLAY-JONES, R., BROWN, G.W., 1981, Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders, *Psychological Medicine*, 11, 803-815.
- GAMINDE, I., URIA, M., PADRO, D., QUEREJETA, I., OZAMIZ, A., 1993, Depression in three populations in the Basque country – a comparison with Britain, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 243-251.
- GILBERT, P., 1989, *Human Nature and Suffering*, London and New York, Lawrence Erlbaum Associates.
- GILBERT, P., 1992, *Depression, The Evolution of Powerlessness*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- HARRIS, T.O., 1992, Some reflections of the process of social support and nature of unsupportive behaviours, in Veiel, H.O.F., Baumann, U., eds., *The Meaning and Measurement of Social Support*, Washington, Hemisphere, 171-189.
- HARRIS, T., BROWN, G.W., BIFULCO, A., 1990, Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss, *Journal of Affective Disorders*, 20, 27-41.
- HARRIS, T., BROWN, G.W., BIFULCO, A., 1990, Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: a tentative overall model, *Development and Psychopathology*, 2, 311-328.
- HENDERSON, A.S., BYRNE, D.G., DUNCAN-JONES, P., 1981, *Neurosis and the Social Environment*, New York, Academic Press.
- HENDERSON, A.S., BROWN, G.W., 1988, Social support: the hypothesis and the evidence, in Henderson, A.S., Burrows, G.D., eds., *Handbook of Social Psychiatry*, Amsterdam, Elsevier, 73-85.
- KATSCHNIG, H., PAKESCH, G., EGGER-ZEIDNER, E., 1986, Life stress and depressive subtypes, in: *Life Events and Psychiatric Illness*, (Katschnig, H., ed.) Cambridge, Cambridge University Press.
- PRICE, J.S., SLOMAN, L., 1987, Depression as yielding behaviour: An animal model based on Schjelderup-Ebbe's pecking order, *Ethnology and Sociobiology*, 8, 85-98.
- PRICE, J., SLOMAN, L., GARDNER JR. R., GILBERT, P., ROHDE, P., 1994, The social competition hypothesis of depression, *British Journal of Psychiatry*, 164, 309-315.
- QUINTON, D., RUTTER, M., ROWLANDS, O., 1976, An evaluation of an interview assessment of marriage, *Psychological Medicine*, 6, 577-586.

- QUINTON, D., RUTTER, M., 1984a, Parents with children in care – 1. Current circumstances and parenting skills, *Journal of Child Psychiatry*, 25, 211-229.
- QUINTON, D., RUTTER, M., 1984b, Parents with children in care – 2. Inter-generational continuities, *Journal of Child Psychiatry*, 25, 231-250.
- RUTTER, M., 1988, Epidemiological approaches to developmental psychopathology, *Archives of General Psychiatry*, 45, 486-500.
- RUTTER, M., BROWN, G.W., 1966, The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient, *Social Psychiatry*, 1, 38-53.
- SASHIDHARAN, S.P., 1985, Definitions of psychiatric syndromes – comparison in hospital patients and general population, *British Journal of Psychiatry*, 147, 547-551.
- VEIEL, H.O.F., BAUMANN, U., 1992, *The Meaning and Measurement of Social Support*, Washington, Hemisphere Publishing Corporation.