

EVALUATION CLINIQUE DES FACTEURS PSYCHO-SOCIAUX  
PRECEDANT LA DEPRESSION( EN IRAN )

Gh. R. Bahrami\*

C. Izadi\*\*

Chaque année, environ 100 millions de personnes dans le monde, sont atteintes d'une sorte de depression cliniquement diagnosticable et il semble, hélas, que ce nombre va en augmentant.

En Iran, les enquêtes épidémiologiques montrent également l'incidence élevée des dépressions.

Par exemple, l'étude épidémiologique des maladies mentales à Roudsar (petite ville située au bord de la mer Caspienne) menée par une équipe de psychiatres du département de Psychiatrie, en collaboration avec la Faculté d'Hygiène et l'Institut d'étude d'hygiène de l'Université de Téhéran a montré qu'environ 25% de la population âgée de plus de 16 ans souffre d'une sorte de depression. (8).

Dans une autre étude, entreprise en 1976 par l'un de nous dans un service de médecine de 100 lits à l'Hôpital MAM KHOMEINI à Teheran, 44% des malades (30 femmes et 14 hom-

---

\* BAHRAMI (Gholam Reza), Professeur de psychiatrie à l'Hôpital Rouzbeh, Université de Téhéran

\*\* IZADI (Cyrus), Professeur associé de psychiatrie à l'hôpital Rouzbeh, Université de Téhéran

mes) montraient des symptômes cliniques d'une forme de depression. (C. Izadi).

C'est-à-dire 7% de depressions non specifiées et 37% de differentes formes cliniques de depression, accompagnées de maladies somatiques. A noter que chez 29% des malades, la depression avait debuté comme une reaction a la maladie somatique ou aux conditions defavorables du milieu.\*\*\*

Les resultats d'autres investigations en Iran et dans d'autres pays du monde, bien que divergents dans une certaine mesure du point de vue de l'incidence des depressions, montrent cependant l'importance croissante de ce phénomène clinique.

Il est evident que la depression non seulement du point de vue de l'incidence mais aussi du point de vue de son etiologie constitue encore de nos jours l'une des questions importantes de la psychiatrie. Car il n'y a pas encore d'unanimité parmi les auteurs au sujet de la classification et de l'etiologie des differentes formes de la depression. Ces memes questions se présentent encore comme des problemes psychiatriques restés sans solution. (9,10,17a,b, 18a,b).

Une tendance recente dans l'étude clinique de la depression est l'evaluation formelle des facteurs psychosociaux concomitant a l'état depressif.

En effet, en clinique psychiatrique, très souvent, les malades peuvent signaler un ou plusieurs incidents, d'un impact décisif dans leur vie, ayant accelere l'apparition de leurs symptomes. (6,23a,b, 27).

Malgre cela, la question de savoir dans quelle mesure ces facteurs ont contribué a la genese de leur maladie n'a pas trouvé, de nos jours, une réponse scientifi-

---

\*\*\* Communication personnelle

quement valable.

Freud\*, Adolf Meyer et bien d'autres auteurs contemporains ont insisté sur le rôle des facteurs psycho-sociaux précédant la dépression et sur le concept de "réaction" ou de réponse donnée par l'organisme aux stress, comme le phénomène nucléaire des maladies affectives. (4,5,11,12,13,15,19).

Un grand nombre de publications, contenant des rapports anecdotiques, études psychanalytiques approfondies, comparaisons contrôlées et enquêtes étendues témoignent de l'importance qu'on attribue aux facteurs psycho-sociaux dans la genèse des maladies psychiatriques. (1,16,21,22).

Mais la Plupart des investigateurs qui travaillent dans ce domaine doivent affronter encore de nombreux problèmes méthodologiques et techniques:

- choix d'un groupe représentatif des malades et d'un groupe de contrôle adéquat;
- sources d'information;
- nombre et signification des événements;
- considérations statistiques;
- question de la forme et évaluation du degré de pathogénicité des stress d'un côté et celle de leur relation avec les facteurs constitutionnels et de la personnalité de l'autre (aspect de la spécificité individuelle

---

\* Freud, avec son article "Deuil et Melancolie" Publié en 1917 en comparant la dépression avec le deuil et en montrant la similitude de ces états (réaction à une perte) a jeté, on peut dire, les bases des recherches au sujet de la dépression réactionnelle. Cf. Ges. Werke X, 4e édition, Francfort (Fischer) 1963, notamment p.390.

des stress). (1,9,10,13,24).

Récemment, des études ont été entreprises en vue de développer des mesures quantitatives des facteurs psychosociaux et d'explorer la relation existant entre le nombre de ces facteurs de stress et les maladies somatiques et psychiatriques. (6,7,14,20,21,22,25c).

Malgré une littérature volumineuse, étant donné les difficultés méthodologiques et techniques d'une part, et l'hétérogénéité des dépressions d'autre part, il semble cependant qu'il n'existe pas d'unanimité générale parmi les auteurs au sujet de l'importance du rôle des facteurs psychosociaux dans les maladies affectives. (4,13).

D'ailleurs, il y a très peu d'études systématiques concernant le sens, l'importance et l'implication des facteurs psycho-sociaux dans la dépression. (15,19).

Le but de notre étude est l'évaluation clinique du rôle des facteurs psycho-sociaux concomitants aux différentes formes de dépression et en conclusion le choix d'une ligne de conduite par le psychiatre lors de l'établissement du plan des mesures thérapeutiques. (26,25b, 18a).

### Méthodes

Au cours d'une période d'études de 3 mois, 100 malades (30 hommes et 70 femmes) présentant des symptômes de différentes formes de dépression ont été choisis par nous parmi les malades de la polyclinique de l'Hôpital Rouzbeh. Nous avons éliminé de notre groupe tous les cas de réaction de deuil, de dépressions symptomatiques et organiques.

Ces malades ont été étudiés à trois points de vue: personnalité pré-morbide, gravité de la dépression, table-

au clinique.

1. Personnalité prémorbide (constitution, antécédents familiaux, histoire des troubles affectifs):

Pour obtenir les renseignements concernant la personnalité prémorbide et le passé affectif du malade, nous avons interviewé les malades et leurs proches parents. Nous avons insisté, outre la question des antécédents familiaux et celle des épisodes affectifs antérieurs, surtout sur les traits caractéristiques du neuroticisme\* et les stigmates névrotiques de leur enfance.

2. Gravité de la dépression:

La gravité de la dépression a été évaluée sur la base des résultats des examens cliniques et à l'aide de l'inventaire de dépression de Beck: nous avons utilisé la traduction en langue iranienne de ce test qui, d'après les traducteurs, convient bien aux malades iraniens: (2,3,9)

Résultats du test :

dépression légère (+)	(11-25)	34%
dépression modérée(++)	(16-44)	60%
dépression sévère (+++)	(34-54)	6%

3. Tableau clinique:

Nos malades ont été examinés au cours d'une interview psychiatrique en vue d'établir le diagnostic de la forme clinique de dépression.

Nous avons diagnostiqué une dépression endogène si le malade se plaignait de symptômes tels que troubles du sommeil en fin de nuit, intensification de la dépression au réveil, variabilité d'humeur au cours de la journée et absence de rapport de dépression avec les

---

\* Comme les tests de personnalité (test de Neuroticisme d'EISENK et autres) ne sont pas encore utilisés en Iran, ils ne pouvaient pas avoir des résultats significatifs pour nous.

conditions du milieu extérieur (spécialement s'il se révélait au cours de l'interview avec lui et ses proches qu'il avait souffert autrefois de troubles affectifs et qu'il y avait des cas semblables dans sa famille).

Nous avons diagnostiqué une "dépression névrotique" lorsque le malade présentait les symptômes suivants: difficulté de s'endormir, changements d'humeur en rapport avec les événements du milieu extérieur et intensité de la dépression augmentant vers le soir.

Nous avons diagnostiqué une "dépression réactionnelle" lorsqu'une expérience traumatisante avait joué un rôle fondamental dans la manifestation de la dépression et lorsque la maladie s'était déclarée immédiatement ou quelque temps après le traumatisme psychique; sans tenir compte du fait que le stress psychique soit aigu ou persistant ou que la dépression soit en somme une réaction du malade vis-à-vis des limitations somatiques et psychiques ou sociales.

Nous avons diagnostiqué une "dépression légère ou masquée" chez un grand nombre de malades présentant des symptômes tels que: manque de concentration, oubli, fatigue, irritabilité, symptômes somatiques comme troubles cardiaques, gastro-intestinaux, céphalées, douleurs cervicales, douleurs dans les membres, etc.

A ce stade de l'étude, nous avons pu grouper les malades, en prenant uniquement les résultats de l'examen psychiatrique, dans les catégories suivantes:

- A) dépression endogène
- B) " névrotique
- C) " réactionnelle
- D) " légère ou "masquée"

En ce qui concerne les facteurs psycho-sociaux précédant la dépression et comme leur quantification n'était pas le but de cette recherche, nous nous sommes contentés d'évaluation subjective et du nombre des facteurs psychosociaux rapportés par chaque malade.

Nous avons préparé d'abord un questionnaire composé de 38 questions diverses comprenant des facteurs psycho-sociaux extraits et qualifiés de traumatisants lors de l'enquête épidémiologique de Roudsar. Une assistante sociale était chargée d'écrire les réponses des malades au questionnaire et de noter spécialement le ou les facteurs psycho-sociaux que chaque malade rendait responsable de sa maladie. Ainsi nous avons pu noter pour tous les malades le ou les facteurs psycho-sociaux auxquels les malades attribuaient leur dépression.

Enfin, dans une phase terminale de l'étude, chaque malade a été évalué cliniquement en prenant en considération le status mental actuel (examen psychiatrique), la gravité de la dépression, les particularités de la personnalité prémorbide et les facteurs psycho-sociaux précédant la maladie, en tant qu'éléments déterminants des diagnostics et indicateurs du plan thérapeutique.

### Résultats et conclusions

Les tableaux No 1, 2, 3 et 4 montrent la répartition de nos malades selon: âge, sexe et état civil, niveau d'études, profession, situation financière, satisfaction professionnelle.

Le tableau No 1 montre qu'il n'y a pas un seul cas de dépression en dessous de 16 ans bien que nos malades aient été choisis par chance parmi les malades de la polyc-

linique. Ce fait pourrait être en faveur du phénomène que la dépression, bien qu'assez fréquente chez l'enfant, n'atteigne pas le taux d'incidence de l'adulte. Comme on le voit, c'est jusqu'à l'âge de 46 ans qu'il y a le plus de cas de dépression (76%).

Sur le même tableau on voit que dans le même groupe de malades choisis par chance à la polyclinique, le nombre des femmes malades est à peu près deux fois plus grand que celui des hommes (70 femmes pour 30 hommes).

On trouve la même différence dans la plupart des recherches, par exemple dans l'étude de Davidian et Collaborateurs à Roudsar, 33,4% de femmes pour 10,5% d'hommes et dans l'enquête de Martin à Londres: 74% de femmes pour 10% d'hommes. (8)

Dans notre groupe de malades, l'état civil est aussi intéressant: 82% de malades sont mariés et seulement 18% sont non mariés. Mais la différence entre le nombre des femmes et des hommes mariés est très grande: 62% de femmes, 20% d'hommes.

Le niveau d'étude, les professions et la situation économique sont classés dans les tableaux No 2, 3 et 4 (A et B). Considérant qu'il n'y a pas de groupe témoin, les chiffres de ces tableaux ont un caractère descriptif et représentent uniquement les particularités démographiques de nos malades.

Le tableau No 5 représente les différents degrés de l'intensité de dépression en fonction du sexe et les différentes formes cliniques de dépression basées uniquement sur le status mental de nos malades:

Depression endogène	24%
" névrotique	42%
" réactionnelle	10%
" légère ou "masquée"	24%



Le tableau No 6 montre les taux de répartition des différentes formes de depression selon le sexe et les facteurs psycho-sociaux. Sur ce même tableau on voit que 66,6% des malades ayant présenté des symptômes d'une depression endogène, 71,4% des déprimés névrotiques et 91,6% des malades atteints d'une depression légère (masquée), ont attribué leur maladie a un événement qui a été traumatisant (stress) pour eux. Au cours d'interview avec ces malades et leur proches parents, nous avons appris que la personnalité prémorbide de la plupart de ces malades présentait plus ou moins des traits névrotiques; de sorte que de nos 100 malades, chez 22 d'entre eux (12 hommes et 10 femmes) la maladie s'était déclarée sans un facteur psycho-social précis.

Les détails de ces 22 malades sont les suivants: 4 hommes et 6 femmes montraient les symptômes de depression endogène typique; 6 hommes et 4 femmes les symptômes de depression névrotique et 2 hommes souffraient de depression légère endogène. Chez le reste (78%), où on pouvait diagnostiquer différentes formes cliniques et intensité de depression, il y avait des facteurs psycho-sociaux qui précédaient la depression.

Dans notre étude, un autre fait intéressant est que 20% des malades atteints de depression névrotique, 30% des malades déprimés réactionnels et tous les malades avec symptômes de légère depression se plaignaient de fatigue, d'ennui, de courbature au reveil, de désespoir avec le désir de mourir\*, et il n'y avait pas de rapport entre leur depression et les conditions du milieu; cela prouve que dans tous ces cas les facteurs endogènes étaient bien impliqués.

---

\* Le CORAN condamne le suicide comme un péché. Nos malades, dont le plupart étaient croyants, exprimaient leur idée de suicide ainsi: "j'aimerais avoir un accident, un coup du destin, etc."

En tenant compte de toutes ces constatations et de toutes les particularités des malades considérés, les taux de répartition de nos diagnostics définitifs sont les suivants:

A) dépression endogène typique	8%
B) dépression endogène accompagnée de caractéristiques névrotiques et réactionnelles	16%
C) dépression névrotique	33%
D) dépression névrotique accompagnée de certaines particularités cliniques témoignant de l'existence de facteurs endogènes	9%
E) dépression légère	24%
F) dépression réactionnelle typique	7%
G) dépression réactionnelle accompagnée de signes cliniques témoignant de l'existence de facteurs endogènes	3%

Comme on le voit, les résultats de notre étude sont en faveur du fait clinique que chez les malades déprimés, les facteurs génétiques (endogènes) et les particularités de la personnalité ou réactionnelles peuvent tous être impliqués dans la dépression. (9,13).

Bien que le but principal de notre étude soit l'évaluation clinique des facteurs psycho-sociaux précédant la dépression, l'analyse des résultats de cette recherche nous autorise à cette conclusion finale que les facteurs psycho-sociaux, les particularités de la personnalité et les facteurs endogènes sont les trois éléments principaux qui, dans des proportions différentes, propres à chaque malade, peuvent être impliqués dans chaque cas de dépression.

Mais du point de vue clinique, ce qui est important

pour le choix d'une ligne de conduite par le psychiatre lors de l'établissement du plan des mesures thérapeutiques, c'est l'évaluation du rôle de chacun de ces trois facteurs chez chaque malade en particulier. On peut donc dire que dans le plus grand nombre des cas de depression, une thérapie pharmacologique, psychologique et du milieu doit être envisagée. (18a, 26).

À la fin de cet article, nous attirons l'attention sur le tableau No 7 représentant les taux de fréquence des facteurs psycho-sociaux.

Etant donné les caractéristiques de la personnalité de nos malades, ces différentes sortes de stress concomitant au début de la depression avaient un aspect particulier et individuel pour chacun de nos malades.

Le fait intéressant de ce tableau est que les facteurs psycho-sociaux sont en général moins fréquents chez les hommes que chez les femmes, de sorte qu'on peut présumer (à part le fait que le nombre des femmes malades est plus grand que celui des hommes) que dans la culture iranienne les femmes sont plus sensibles aux événements (stresses) comme le décès ou les maladies de proches, les conflits familiaux et le manque d'affection, tandis que les hommes ont une susceptibilité particulière devant le manque de succès professionnels et l'impotence sexuelle.

#### RESUME

100 malades déprimés (30 hommes et 70 femmes) de la polyclinique (après élimination des cas de depression organique et symptomatique) ont été étudiés durant 3 mois

au point de vue des formes cliniques, de l'intensité de la depression, de la personnalité prémorbide et des facteurs psycho-sociaux.

Le diagnostic différentiel fondé uniquement sur l'examen clinique des malades donne:

depression endogène	24%
" névrotique	42%
" réactionnelle	10%
" légère ou "masquée"	24%

Mais si on prend en considération, à part le status mental, les caractéristiques de la personnalité prémorbide des malades et les facteurs psycho-sociaux, les diagnostics définitifs deviennent:

A) depression endogène typique	8%
B) depression endogène accompagnée de caractéristiques névrotiques et réactionnelles	16%
C) depression névrotique	33%
D) depression névrotique accompagnée de certaines particularités cliniques témoignant de l'existence de facteurs endogènes	9%
E) depression légère	24%
F) depression réactionnelle typique	7%
G) depression réactionnelle accompagnée de signes cliniques témoignant de l'existence de facteurs endogènes	3%

De ces 100 malades, la depression de 22% d'entre eux (12 hommes et 10 femmes) s'était déclarée sans facteurs psycho-sociaux précis. Parmi eux, 4 hommes et 6 femmes souffraient de depression endogène typique, 6 hommes et 4 femmes de depression névrotique et 2 hommes de depression endogène légère et le reste, c'est-à-dire 78% de

nos malades, atteints de différentes formes cliniques de dépression, attribuaient leur maladie à un ou plusieurs facteurs traumatisants (stress).

Voici quelques uns de ces facteurs selon l'ordre de fréquence:

- 1) Décès des proches (réaction du deuil "éliminée")
- 2) Conflits familiaux
- 3) Maladies des proches
- 4) Insatisfaction professionnelle
- 5) Echec en amour
- 6) Banqueroute
- 7) Séparation de personnes aimées
- 8) Manque d'affection
- 9) Résistance insuffisante à la maladie somatique
- 10) Déviation sexuelle du mari
- 11) Impuissance du mari
- 12) Echec dans les études
- 13) Inceste
- 14) Relations extra-maritales.

TABLEAU N° 1- Taux de répartition des malades selon  
 ^  
 age, sexe et état civil

^ Age	mariés			non mariés			NOMBRE TOTAL
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL	
16-21 ans	-	-	-	2%	2%	4%	4%
21-26 "	12%	4%	16%	2%	2%	4%	20%
26-31 "	12%	-	12%	-	2%	2%	14%
31-36 "	8%	4%	12%	-	6%	6%	18%
36-41 "	10%	2%	12%	-	-	-	12%
41-46 "	8%	4%	12%	-	-	-	12%
46-51 "	8%	-	8%	-	-	-	8%
51-56 "	2%	2%	4%	2%	-	2%	6%
56-61 "	-	4%	4%	-	-	-	4%
61-66 "	2%	-	2%	-	-	-	2%
	61%	20%	82%	8%	10%	18%	100%

TABLEAU N° 2- Taux de Répartitions des malades  
selon le niveau d'études.

Niveau d'études	Analphabète	Ecole primaire	Ecole Secondaire	Diplome de Bachelier	Université	TOTAL
Pour-cent	10%	28%	22%	18%	22%	100%

TABLEAU N° 3- Taux de Répartitions des malades  
selon les Professions.

Profession	Menagere	Fonction- naire d'Etat	Éleve et Étudiant	Ingenieur	Artisan	Seroice Militaire	Chauf- feur	Secre taire	TOTAL
Pour-cent	48%	26%	8%	2%	8%	4%	2%	2%	100%



TABLEAU N° 4 (A) - Taux de Repartition des malades selon la situation economique.

Situation Economique	Bonne	Moyenne	Mauvaise	TOTAL
Pour-cent	32%	53%	14%	100%

TABLEAU N° 4 (B) - Taux de Repartition des malades selon la satisfaction professionnelle.

Satisfaction Professionnelle	Bonne	Moyenne	Supportable	Mauvaise	TOTAL
Pour-cent	23%	54%	3%	20%	100%

TABLEAU N° 5- Répartition de l'intensité et des formes cliniques de dépression selon le sexe et les résultats de l'examen clinique seul.

Intensité / Formes de dépression	+		++		+++		Total / Séparement		TOTAL
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom. Fem.
Depression Endogene	2	-	4	12	2	4	8	16	24
Depression Névrotyque	8	14	4	16	-	-	12	30	42
Depression Légere	2	4	6	12	-	-	8	16	24
Depression Réactionnelle	2	2	-	6	-	-	2	8	10
TOTAL	14	20	14	46	2	4	30	70	100

TABEAU N° 6- Taux de Répartition des différentes formes de depression selon le sexe et les facteurs psycho-sociaux.

Sexe Formes de depression	Avec Facteurs P.S.			Sans Facteurs P.S.			TOTAL
	Hommes	Femmes	Pour-cent	Hommes	Femmes	Pour-cent	Hommes+Femmes
Depression Endogene	4	12	66,6%	4	4	33,3	24
Depression Nevrotique	6	24	71,42%	6	6	28,5%	42
Depression Legere	6	16	91,61%	2	-	8,33%	24
Depression Reactionnelle	2	8	100%	-	-	-	10
TOTAL	18	60	78%	12	10	22%	100

TABLEAU N° 7- Taux de Fréquence des Facteurs  
Psycho-sociaux selon le sexe des malades.

Sexe Facteurs P.S. (Selon les malades)	Femmes	Hommes	TOTAL des Facteurs
Décès de proches parents	26	3	29
Conflits familiaux	19	1	21
Maladies des proches	4	2	6
Insatisfaction Professionnelle	2	4	6
Banqueroute	-	3	3
Séparation de l'être aimé	3	-	3
Susceptibilité exagérée	4	-	4
Résistance insuffisante devant la maladie physique	2	-	2
Echec en amour	4	-	4
Manque d'affection	2	1	3
Déviation sexuelle du mari	2	-	2
Echec dans les études	1	-	1
Inceste	-	1	1
Impuissance	-	3	3
Soucis esthétiques	1	-	1
Toxicomanie	1	-	1
Relations extramaritales	1	-	1
TOTAL	72	19	91

BIBLIOGRAPHIE.

- 1) ALARCON, RENATO D. and LINO COVI:  
 "The precipitating Event in Depression. Some Methodological Consideration". The journal of Nervous and Mental Disease 155, 379-391 (No 6) Dec. 1972.
- 2) BATHAEE, H. WAHEBZADEH, H. NEHAPETIAN, V.:  
 "A study on Diagnostic Value of the Becks Depression Inventory (BDI) in Iran. A paru dans la revue de l'Ordre des Medecins. 4<sup>e</sup> année (No 3) PP 189 (1976),
- 3) BECK, A.T. WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J.:  
 An Inventory for measuring Depression.  
 Archives of General Psychiatry 4: 561-71 (1961).
- 4) BECK, JAMES, C. and KATHY WORTHEN:  
 "Precipitating stress, Crisis Theory and Hospitalization in Schizophrenia and Depression".  
 Arch. Gen. Psychiat. 26: 123-129 (Feb. 1972).
- 5) CADORET REMI J., WINOKUR GEORGES, DORZAB JOE and BAKER MAX:  
 "Depressive Disease: Life Events and Onset of Illness" Arch. Gen. Psychiat. 26: 133-36 (Feb. 1972).
- 6) CASEY, R.L., MASUDA, M., and HOLMES, T.H.:  
 "Quantitative study of recall of life events"  
 J. Psychosom. Res. 11: 239-47 (1967).
- 7) CUTLER, R.P. et KURLAND, H.D.:  
 "Clinical quantification of depressive Reactions.  
 Arch. Gen. Psychiat. 1961, 5: 280-285.

- 8) DAVIDIAN, H., IZADI, C., NEHAPETIAN, V. et MOTABAR, M.:  
"Etude préliminaire de l'incidence des maladies mentales dans la région de la mer Caspienne (Roudsar), 1971.
- 9) DELAY, J., PICHOT, P., LEMPERIERE, T. et MIROUZE, R.:  
"La nosologie des états dépressifs. Rapport entre l'étiologie et la sémiologie. 2. Résultats du questionnaire de Beck.  
Encéphale (1963) 52: 497-505.
- 10) EYSENCK, H.J.:  
"The classification of Depressive Illnesses"  
Brit. J. Psychiat. (1970) 117: 241-250.
- 11) FORREST, A.D., FRASER, R.H. and PRIEST, R.G.:  
"Environmental Factors in Depressive Illness"  
Brit. J. Psychiat. 111: 243-253 (March 1965).
- 12) FREUD, S.: Trauer und Melancholie.  
Ges. Werke X, 4<sup>e</sup> Edition, Francfort (Fischer)  
1967 notamment PP 429 et 431.
- 13) HINKLE, L.E. Jr et al:  
"An Investigation of the Relation between Life Experience, Personality Characteristics and General Susceptibility to Illness"  
Psychosom. Medicine, 20: 278 (1958).
- 14) HOLMES, T.H. & RAHE, R.H.:  
The social readjustment rating Scale.  
J. of Psychosomatic Research 11: 213-18 (1967).
- 15) HUDGENS, R.W., MORRISON, J.R. and BARCHLA, R.C.  
"Life events and onset of primary affective Symptoms".  
Arch. of Gen. Psychiatry 16: 134-145 (1967).
- 16) HUDGENS, R.W., ROBINS, E. and DELONG, W.B.:

- "The Reporting of recent stress in the lives of psychiatric patients".  
Brit.J.Psychiat. 117: 635-643(1970).
- 17a) JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie.  
Berlin (Springer 1913) notamment PP. 160 et 163 .
- 17b) JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie  
7<sup>e</sup> edition Berlin (Springer) 1959  
notamment PP 251 et 320.
- 18a) KIELHOLZ, P.: Diagnose und therapie de Seprressionen  
fur den Praktiker.  
3<sup>e</sup> Edition Munich (J.F.Lehmanns) 1971.
- 18b) KIELHOLZ, P. et HOLE, G.:  
"Differentialdiagnostik der endogenen Depressionen, Erschopfungsdepressionen, Dysthymien und Schizophrenie in:  
"Schizophrenie und Zykllothymie" (Edité par G. Huber) Stuttgart (Thieme) 1969 PP 78-86.
- 19) LEFF, M.J., ROATCH, J.F., BUNNEY, W.E.:  
"Environmental factors preceding the onset of severe Depression.  
Psychiatry 33: 293-311(1970).
- 20) MASUDA, M. and HOLMES, T.H.:  
"Magnitude estimation of social Readjustment" J. of psychosomatie Research 11: 219-25(1967).
- 21) MENDELS, J. and WEINSTEIN, N.:  
"The Schedule of recent experiences: a reliability study" Psychosomatie Medicine 34:527-31(1972).
- 22) MORRISON, M.R., HUDGENS R.W., BARCHHA R.G.:

"Life Events and Psychiatric illness"

Brit.J. Psychiat. 114: 423-432(1968).

23a) MURPHY, G.E., KUHN, N.O., CHRISTENSEN, R.F. and

ROBINS, E.:

"Life stress in a normal population a study  
of 101 women hospitalized for normal delivery."

J. nerv. ment. Dis. 134: 150-61(1962).