
La prévention de la dépression : l'état actuel des connaissances*

Depression Prevention: The Present State of Knowledge

ALEXANDRE J. S. MORIN
CHRISTIANE CHALFOUN
Université de Montréal

Résumé

Bien que de nombreux auteurs aient déjà souligné l'importance de travailler à prévenir la dépression et qu'un grand nombre d'ouvrages théoriques soient déjà parus à ce sujet, un certain nombre de confusions théoriques et pratiques demeurent en ce qui a trait à quatre éléments. Comment devrait-on conceptualiser la dépression? Qu'est-ce que la prévention? Sur quelles bases théoriques la création d'un programme de prévention devrait-elle s'appuyer? Est-il possible de prévenir la dépression? C'est avec l'objectif d'apporter certaines clarifications à ces questions que le présent texte a été préparé. Dans un premier temps, nous exposons une série de faits empiriques en faveur d'une conception dimensionnelle de la dépression. Puis, nous proposons une définition de la prévention compatible avec cette définition de la dépression. Ensuite, nous proposons une ébauche des principaux éléments d'un modèle biopsychosocial intégrant le développement de la dépression, susceptible de guider les efforts préventifs. Enfin, nous présentons une recension des principaux programmes de prévention sélectifs et universels de la dépression. Sur la base de cette recension, nous concluons que, pour s'avérer efficaces, ces différents programmes auraient avantage à laisser de côté le modèle thérapeutique traditionnel pour s'inspirer des principes du changement organisationnel (programmes universels de prévention de la dépression) et viser à maximiser l'adéquation entre un individu et son environnement (programmes sélectifs de prévention de la dépression). L'importance de tenir compte des forces et des faiblesses du milieu où le programme sera implanté est aussi discutée.

La dépression est l'un des troubles psychologiques les plus répandus en Amérique du Nord. En effet, au

cours de leur vie, environ 12,7 % des hommes et 21,3 % des femmes souffriront d'une dépression digne d'un diagnostic (Kessler et al., 1994); ces taux peuvent même augmenter jusqu'à 48 % lorsque leur évaluation repose sur la simple identification d'un sentiment dépressif (Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1991). En 1985, aux États-Unis, les coûts annuels associés au trouble de la dépression majeur (TDM) ont d'ailleurs été évalués à 16,3 milliards de dollars américains (Stoudemire, Frank, Kamlet, & Hedemark, 1987) et ce malgré le fait que seulement 20 % des individus atteints aient reçu un traitement approprié (Shapiro et al., 1984). De plus, indépendamment du fait qu'ils soient ou non traités, 15 % des individus atteints auront un épisode qui durera plus de deux ans. Parmi ceux qui se remettront d'un tel épisode, 30 % à 80 % feront une rechute à l'intérieur d'une période de cinq ans (Keller et al., 1992; NIMH, 1985; Shea et al., 1992; Winokur, Coryell, Keller, Endicott, & Akiskal, 1993). Compte tenu de ces statistiques et des conséquences négatives associées à la dépression (Hodgins, 1996), il est normal que de nombreux auteurs aient souligné l'importance de tenter de prévenir son apparition (Harrington & Clark, 1998; Mrazek & Haggerty, 1994; Muñoz, 1987, 1993; Muñoz & Ying, 1993). Cependant, une certaine confusion théorique et empirique demeure à ce sujet.

C'est afin d'apporter certains éclaircissements à ces questions que cette recension des écrits a été entreprise. Pour atteindre cet objectif, dans un premier temps, différentes définitions de la dépression et leur adéquation au domaine de la prévention seront examinées. Dans un deuxième temps, les différents niveaux de prévention susceptibles de s'appliquer à la dépression sont définis. Par la suite, pour vérifier la pertinence des différents modèles étiologiques ayant été proposés pour guider les efforts préventifs, les résultats empiriques concernant le développement de la dépression sont exposés. Puis, les différents programmes de prévention de la dépression sont analysés. Enfin, quelques suggestions susceptibles de guider les efforts futurs de prévention sont formulées.

La dépression : catégorie ou dimension?

La dépression se définit habituellement comme un ensemble de problèmes dont les caractéristiques majeures sont la présence d'une humeur dépressive,

*Cet article a été accepté par le rédacteur en chef adjoint précédent, Dr. Serge Desmarais/This article was accepted by the previous associate editor, Dr. Serge Desmarais.

ou d'une perte de plaisir généralisée et de détresse psychologique. Selon cette définition, les problèmes suivants pourraient également, dans certains cas et à différents degrés, faire partie de la dépression : (a) perte ou prise de poids significative; (b) insomnie ou hypersomnie; (c) agitation ou retard psychomoteur; (d) fatigue ou perte d'énergie; (e) sentiment d'indignité ou culpabilité inappropriée ou excessive; (f) diminution de la capacité de concentration ou indécision; (g) idéation suicidaire. Sur la base de cette définition très générale, deux façons très différentes de conceptualiser ce phénomène sont présentes dans la littérature : la conception catégorielle et la conception dimensionnelle. Plus précisément, la conception catégorielle repose sur un système diagnostique (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) qui tente de regrouper les différents problèmes humains en catégories de comportements « anormaux » sur la base du postulat que ces catégories sont distinctes les unes des autres au plan qualitatif. Dans cette conception, le fait de recevoir un diagnostic de TDM implique de répondre à au moins cinq des critères énumérés précédemment pour une période d'au moins deux semaines. Un tel diagnostic est alors conceptualisé comme qualitativement distinct des autres catégories diagnostiques (dont la dysthymie) et des niveaux inférieurs de désespoir ou de démoralisation. La conception dimensionnelle, quant à elle, ne repose pas sur des critères de temps et de sévérité; la dépression y étant dépeinte comme un phénomène « normatif » réparti le long d'un continuum de gravité (Zuckerman, 1999). En fait, ce continuum s'étendrait d'un état de bien-être psychologique total à un état dépressif grave et handicapant pour l'individu.

Au niveau de la prévention, le fait de choisir entre ces deux approches peut avoir des implications théoriques et pratiques importantes. En effet, le fait de conceptualiser la dépression d'une manière catégorielle implique que les efforts préventifs doivent viser la réduction de l'incidence d'une catégorie diagnostique précise. Dans cette optique, une intervention préventive qui atteindrait ce but serait perçue comme efficace, indépendamment des problèmes non diagnostiques que les participants pourraient développer. D'un autre côté, l'adhésion à un modèle dimensionnel implique plutôt que la prévention doit viser à maintenir l'individu le plus près possible d'un état de bien-être psychologique, social et affectif total. Dans cette optique, définir la prévention comme une réduction de l'incidence n'est donc pas adéquat.

Pour résoudre cette ambiguïté, Flett, Vredenburg et Krames (1997) ont effectué une recension des écrits dans laquelle ils ont examiné les résultats d'études portant sur les quatre tests directs du carac-

tère catégoriel ou dimensionnel d'un trouble psychologique : (a) les tests de continuité phénoménologique, qui cherchent à vérifier si les individus qui présentent différents niveaux de dépression se distinguent les uns des autres en ce qui concerne les manifestations, les antécédents et les conséquences (conception catégorielle)¹; (b) les tests de continuité étiologique, qui tentent d'évaluer si la présence de symptômes de dépression (sous-cliniques) est un prédicteur du développement d'un épisode diagnostique (conception dimensionnelle)²; (c) les tests de continuité typologique, qui sont destinés à évaluer s'il existe des sous-types de dépression qualitativement distincts les uns des autres (conception catégorielle); (d) des tests de continuité psychométrique, qui tentent de vérifier si les scores obtenus sur des instruments de mesure de la dépression se distribuent d'une façon continue ou discontinue. Sur la base de ce travail, ils ont conclu que la plupart des résultats empiriques appuyaient une conception dimensionnelle de la dépression.

À un niveau plus pratique, d'autres arguments ont été formulés pour appuyer la validité d'un modèle dimensionnel de la dépression. Premièrement, compte tenu du fait que même un ou deux symptômes de dépression sont associés à un niveau considérable de dysfonctionnement (Harrington, 1993), l'adhésion à un modèle catégoriel en prévention serait beaucoup trop limité (Harrington & Clark, 1998; Kazdin, 1993; Muñoz, 1993). En effet, serait-il possible et éthique de conclure à l'efficacité d'une intervention sur la base du seul fait que les participants ne présentent plus cinq, mais bien quatre, symptômes, tout en sachant que leur niveau de fonctionnement ne s'est pas amélioré? Deuxièmement, l'utilisation d'une mesure continue de la variable dépendante (i.e. la dépression) permet d'obtenir un plus grand pouvoir statistique dans les analyses (Muñoz, 1987). En ce qui concerne le modèle catégoriel, le seul argument en sa faveur que nous ayons pu relever est qu'il aurait l'avantage « de permettre une classification de la maladie (la dépression) qui ressemble de près aux méthodes de mesures utilisées en épidémiologie psychiatrique » (Roberts, 1987, p. 46). Tant que

1 Mentionnons à cet égard que l'étude de Horwarth, Johnson, Klerman et Weissman (1992) a révélé que 55,3 % des gens recevant un diagnostic de dépression à un moment donné avaient, auparavant, manifesté des problèmes semblables mais non diagnostiques.

2 Dans une recension des écrits antérieure, nous avons observé que les prédicteurs du développement de la dépression mesurée catégoriquement ou dimensionnellement ne se distinguaient pas (Morin & Chalfoun, soumis).

la pertinence réelle de cet argument ne pourra être démontrée, il est clair que la dépression devrait être définie d'une manière dimensionnelle.

Qu'est-ce que la prévention?

Certains auteurs (Coie et al., 1993; Felner, Jason, Moritsugu, & Farber, 1983a; Kazdin, 1993) font une distinction entre les préventions primaire (qui tente d'empêcher l'apparition de certains problèmes), secondaire (qui cherche à intervenir le plus rapidement possible auprès des individus manifestant les premiers signes de l'apparition d'un problème pour éviter qu'il ne s'aggrave) et tertiaire (dont le but est de favoriser le retour à un niveau de fonctionnement normal chez les gens ayant déjà développé un problème). D'autres auteurs (Cowen, 1983, 1985, 1991; Mrazek & Haggerty, 1994; Muñoz, Mrazek, & Haggerty, 1996; Rappaport, 1981; Weissberg, Caplan, & Harwood, 1991), quant à eux, soulignent l'importance de distinguer la prévention de la promotion de la santé mentale (dont l'objectif est de favoriser le développement des compétences d'un individu pour qu'il puisse atteindre un niveau optimal de fonctionnement). Enfin, un troisième groupe d'auteurs (Mrazek & Haggerty, 1994; Muñoz, 1993; Muñoz, Hollon, McGrath, Rehm, & VandenBos, 1994; Muñoz, Mrazek, & Haggerty, 1996; Muñoz & Ying, 1993), préfère limiter l'usage du terme « prévention » aux interventions destinées à diminuer l'incidence de troubles diagnostiques spécifiques et font plutôt une distinction entre la prévention universelle (ciblant tous les membres d'une population), sélective (visant les individus présentant un risque élevé de développer des problèmes) et indiquée (centrée sur les individus manifestant les premiers signes du développement d'un problème). Suite à l'examen de ces différentes définitions de la prévention, il nous apparaît important de clarifier certains points. Ainsi, il est clair que la plupart de ces distinctions sont intimement liées au dilemme catégoriel/dimensionnel relevé plus haut. Malgré tout, ces distinctions ne sont pas toutes inadéquates. En effet, il nous semble adéquat de limiter l'usage du terme « prévention » aux interventions visant à empêcher, chez des individus « normaux », l'apparition de problèmes divers. De même, il est important de maintenir une distinction entre la prévention sélective, qui cible les individus présentant un risque élevé de développer certains problèmes, et la prévention universelle, qui tente de rejoindre l'ensemble des individus d'une population donnée. Cependant, l'idée qu'une intervention centrée sur des individus qui manifestent les premiers signes du développement d'une dépression (i.e. symptômes sous-cliniques) pour éviter qu'ils ne deviennent

« dépressifs » (prévention secondaire ou indiquée) soit de la prévention nous semble incompatible avec une définition dimensionnelle de la dépression. Par contre, comme nous sommes conscients que ce type d'intervention est distinct de ce qui est traditionnellement appelé « traitement », nous y référerons par le terme « identification et intervention précoce ». Enfin, en ce qui concerne la promotion de la santé mentale³, elle nous apparaît simplement être un cas spécifique de prévention universelle et ce, pour deux raisons : (a) cette approche semble bien refléter le caractère dimensionnel de la dépression; (b) le développement des compétences d'un individu, en plus de favoriser son adaptation générale, diminuera aussi ses chances de développer divers problèmes de fonctionnement (Albee, 1996; Holden & Black, 1999; Kazdin, 1993; Reiss & Price, 1996).

COMMENT DEVIENT-ON DÉPRESSIF?

QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

Le modèle biomédical traditionnel

Bien que le caractère inadéquat du modèle biomédical traditionnel pour expliquer le développement humain soit connu depuis longtemps (Albee, 1996; Heller, 1996; Holden & Black, 1999; Kazdin, 1983; Sameroff, 1975), ce modèle continue d'exercer une influence considérable sur les travaux réalisés en psychologie. Jusqu'à un certain point, le fait que la psychologie se soit, à ses débuts, inspirée des études effectuées en psychiatrie et en médecine peut expliquer ce phénomène. Les exemples actuels les plus clairs de cette influence sont, sans aucun doute, la négligence de la prévention au profit du traitement des « maladies » mentales (Heller, 1996; Holden & Black, 1999; Kazdin, 1993) et la classification catégorielle des problèmes psychologiques (APA, 1994; Roberts, 1987). Pour cette raison, et pour éviter que certaines aberrations – telles que l'eugénisme et la stérilisation du milieu du vingtième siècle – se reproduisent, il est important d'exposer les postulats de base de ce modèle et de vérifier les faits empiriques à son sujet (Heller, 1996). En fait, le postulat principal de ce modèle est que le développement humain est explicable par des mécanismes internes à l'individu. Dans ce sens, le développement de problèmes psychologiques proviendrait, avant tout, d'un dérèglement des mécanismes normaux du développement humain (Post, Rubinow, & Ballenger, 1984). Bien que ce modèle reconnaisse le rôle des facteurs environ-

3 L'Organisation Mondiale de la Santé (dans Kolbe, 1997) et Santé Canada (dans Peters, 1998) définissent d'ailleurs la santé mentale comme un état de bien-être psychologique et social qui va au-delà de l'absence de problèmes.

TABLEAU 1
Facteurs de risque associés au développement de la dépression

| | Stables | Modifiables |
|---------------------------|---|--|
| Facteurs individuels | <ul style="list-style-type: none"> • Vulnérabilité héréditaire • Puberté tardive • Problèmes de santé physique • Tentative de suicide antérieure • Problèmes psychologiques antérieurs : <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de dépression • Anxiété • Problèmes de comportement • Personnalité (niveau élevé de) : <ul style="list-style-type: none"> • Névrotisme • Objectivité • Pensivité • Somatisation • Masculinité | <ul style="list-style-type: none"> • Cognitions : <ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité perçue de résolution de problèmes • Faible estime de soi • Schéma cognitif centré sur les relations interpersonnelles • Lieu de contrôle externe • Style d'attribution « dépressif » • Faible perception d'efficacité personnelle académique et sociale • Valorisation réduite de l'éducation • Niveau élevé d'absentéisme • Faible réussite académique • Insatisfaction face à la réussite académique • Tabagisme |
| Facteurs environnementaux | <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un trouble psychologique chez le parent : <ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Trouble bipolaire • Alcoolisme • Déficit de l'attention • Évènements de vie négatifs : <ul style="list-style-type: none"> • Divorce des parents • Déménagement • Séparation d'un parent • Changement d'école | <ul style="list-style-type: none"> • Évènements de vie négatifs : <ul style="list-style-type: none"> • Exposition au suicide • Exposition à la violence • Qualité des relations familiales : <ul style="list-style-type: none"> • Conflit marital • Contrôle et discipline instable ou inadéquat • Conflit entre le parent et l'enfant • Niveau réduit de support parental, de chaleur dans les relations et d'intimité • Stress (général) • Niveau restreint d'intégration sociale et de support • Pauvreté |

nementaux dans le développement humain, l'influence de ces derniers est généralement perçue comme médiatisée par leur impact sur le fonctionnement interne de l'individu. De même, les facteurs environnementaux étudiés par les chercheurs influencés par ce modèle se situent généralement dans l'environnement immédiat de l'individu, au détriment des autres niveaux de l'environnement (i.e. organisation, société, etc.).

Les appuis empiriques

Dans une recension des écrits précédente (Morin, 2000; Morin & Chalfoun, soumis), les résultats des études prospectives longitudinales visant à évaluer les facteurs individuels et environnementaux susceptibles d'expliquer le développement de la dépression chez les enfants et les adolescents ont été analysés. Les résultats de cette recension sont rapportés au tableau 1.

Bien que certains des facteurs de risque rapportés au tableau 1 soient de nature individuelle, d'autres sont nettement environnementaux. Toutefois, comme la plupart de ces facteurs se situent dans l'environnement immédiat de l'individu, ces résultats sont insuffisants pour écarter l'hypothèse biomédicale. De plus, le fait qu'un risque héréditaire de dépression ait

été identifié complique cette tâche davantage. Cependant, d'autres éléments de preuve sont plus clairs à ce sujet. Par exemple, la hausse de prévalence de dépression ayant été observée dans les cohortes d'individus nés depuis 1935 (surtout pour la période de 1960 à 1980) et dans des cohortes d'adolescents plus récentes, a été trop rapide pour être explicable par des facteurs héréditaires ou individuels (Klerman & Weissman, 1989; Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Fisher 1993; Warshaw, Klerman, & Lavori, 1991; Wickramatne, Weissman, Leaf, & Holford, 1989). En fait, à ce jour, les hypothèses les plus plausibles pour expliquer ce phénomène concernent les changements survenus dans la structure sociale occidentale depuis le début du siècle. Les travaux de Brown et de ses collaborateurs (Brown, Andrews, Bifulco, & Veiel, 1990; Brown, Bifulco, & Andrews, 1990; Brown, Bifulco, Harris, & Bridge, 1986; Brown & Harris, 1978) sont aussi très informatifs à ce sujet. En effet, alors que le modèle biomédical traditionnel présume que l'impact de l'environnement sur le développement de la dépression provient de son action unidirectionnelle sur le déséquilibre du fonctionnement interne de l'individu, les travaux de ces chercheurs ont montré le caractère bidirectionnel de ce processus. Plus précisé-

ment, les résultats qu'ils ont obtenus indiquent que, pour qu'il ait un effet sur le développement de la dépression, un événement devrait d'abord être perçu comme « stressant » ou « menaçant » par l'individu qui y est exposé. À cet égard, ils ont identifié trois facteurs individuels susceptibles d'influencer cette perception : (a) la perception d'un risque imminent; (b) une correspondance entre l'événement et les faiblesses personnelles que l'individu exposé estime posséder (e.g. se sentir inadéquate dans le rôle de mère et apprendre que son enfant a été expulsé de l'école); (c) l'individu doit d'abord présenter un certain niveau de dépression ou avoir une perception négative de lui-même.

Le modèle biopsychosocial

C'est pour rendre compte de ce caractère bidirectionnel de l'interaction personne-environnement que certains auteurs ont tenté de formuler les bases théoriques d'un modèle biopsychosocial intégrateur du développement humain (Albee, 1996; Bronfenbrenner, 1977; Coie et al., 1993; Jason, Felner, Moritsugu, & Farber, 1983; Rutter, 1982, 1989, 1990, 1994; Rutter et al., 1997; Sameroff, 1975, 1986; Sameroff & Fiese, 1990; Wachs, 1999; Wandersman, Andrews, Riddle, & Fancett, 1983; Zuckerman, 1999). Les éléments clés de ce modèle seraient les suivants : (a) les facteurs susceptibles d'influencer le développement humain peuvent se situer au niveau de l'individu et de l'environnement et l'environnement lui-même possède plusieurs niveaux (environnements physique, social, organisationnel, urbain, politique, sociétal, etc.); (b) un même facteur environnemental est susceptible d'exercer une influence différente sur deux individus différents et deux individus peuvent se développer d'une manière identique dans deux environnements distincts; (c) le développement est le résultat d'une interaction constante et d'influences réciproques entre un individu et son environnement et, par conséquent, un changement apporté à l'une ou l'autre de ces deux composantes est susceptible d'entraîner un changement d'ensemble (individu et environnement); (d) les événements de vie susceptibles d'influencer le plus le développement humain sont ceux qui impliquent des transitions importantes pour l'individu (changer d'école, perdre un parent, déménager, divorcer, etc.) puisque de tels événements impliquent une réorganisation complète de son mode de vie; (e) le développement humain est un processus qui se poursuit tout au long de la vie.

En ce qui concerne l'étude de l'étiologie de la dépression, les implications de ce modèle sont nombreuses. Pour cette raison, plusieurs auteurs ont souligné l'importance de tenir compte de plusieurs

éléments lors de l'évaluation des facteurs explicatifs du développement humain (Coie et al., 1993; Cowen, 1991; Kellam & Van Horn, 1997; Muñoz, 1987; Muñoz et al., 1996; Mrazek & Haggerty, 1994; Reiss & Price, 1996; Rutter, 1985, 1989, 1990; Rutter et al., 1997). Afin de vérifier la pertinence de ce modèle pour expliquer le développement de la dépression, les résultats empiriques correspondants à ces éléments seront présentés.

1. *Un facteur de risque n'explique rien en soi.* Les facteurs de risque identifiés précédemment, considérés seuls, ne permettent pas de prédire efficacement le développement de la dépression. En effet, la force des relations observées est généralement très faible. Par exemple, bien que nous sachions que les enfants de parents dépressifs présentent un risque élevé de devenir dépressifs, nous savons que la majorité des adultes dépressifs n'ont pas de parents dépressifs (Klein, 1990; Lavoie & Hodgins, 1994). Ainsi, une prédiction efficace du développement de la dépression ne devrait pas reposer sur la nature spécifique des différents facteurs de risques identifiés, mais bien sur leur nombre (Coie et al., 1993; Sameroff & Fiese, 1990). Lewinsohn, Roberts, Seeley, Rohde, Gotlib et Hops (1994), en tentant de prédire le développement de la dépression à l'aide de plusieurs prédicteurs, ont révélé qu'il était possible de classer correctement 67,3 % des futurs dépressifs (avec une sensibilité de 66,9 % et une spécificité de 71,4 %), sur la base des éléments suivants : présence d'un autre trouble diagnostique, tentative de suicide passée, présence antérieure de troubles internalisés, nombre de problèmes physiques au cours de la vie et épisode antérieur de dépression. Un autre point à considérer est l'importance de ne pas confondre une cause et un facteur de risque et ce, parce que l'identification d'un lien de causalité nécessite l'emploi d'une méthode expérimentale. Comme l'utilisation d'une telle méthode est éthiquement difficile à justifier, le test ultime de causalité ne pourra être réalisé que par le biais d'interventions préventives ou d'expériences naturelles⁴ (Coie et al., 1993; Earls, 1989).
2. *Les facteurs de risque ont tendance à se regrouper chez certains individus.* Bien que cette tendance au regroupement des facteurs de risque ait généralement été négligée au niveau de la dépression, une étude nous permet de croire à son existence. En effet, en réalisant une analyse de regroupement des facteurs de risques, Roeser, Eccles et Sameroff (1998) ont découvert que 31 % de leurs sujets présentaient à la fois un faible ajustement émotionnel, une perception négative de

4 À cet égard, voir Carrington et Moyer (1994) sur le lien entre la disponibilité des armes à feu et le suicide.

- leur compétence académique et une dévalorisation de l'éducation.
3. *Il existe des facteurs de protection qui augmentent la probabilité qu'un individu se développe adéquatement en présence d'adversité.* Un grand nombre d'études ont démontré que, même en présence d'adversité considérable, un grand nombre d'individus se développent normalement (Masten, Best, & Garmezy, 1990; Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy, & Ramirez, 1999; Rutter, 1985, 1990). Cette « résistance » a été attribuée, entre autres, à des facteurs de protection tels que l'intelligence, la compétence sociale et la qualité de l'environnement familial. Outre les études de Brown et de ses collaborateurs rapportées précédemment, d'autres études ont également révélé que la présence de certains facteurs pouvait limiter l'impact des événements de vie négatifs sur le développement de la dépression (Adams & Adams, 1991; Ormel, Stewart, & Sanderman, 1989). Ainsi, en présence d'un faible niveau de névrosisme, d'un niveau élevé d'estime de soi, d'un lieu de contrôle interne et d'une capacité perçue de résolution de problèmes élevée, le lien entre les événements de vie négatifs et la dépression disparaîtrait.
 4. *Certains facteurs de risque prédisent le développement de plus d'un problème.* En effet, l'existence de facteurs de risque « génériques », ou communs à plusieurs types de problèmes, est un phénomène important à considérer. L'exemple le plus clair de ce phénomène est le cas du diagnostic parental de dépression, qui prédit à la fois le développement de la dépression, de l'anxiété, du trouble des conduites, de problèmes d'attention, de problèmes liés à l'alcool et aux drogues, de problèmes médicaux et d'un niveau inférieur de fonctionnement cognitif et psychosocial (Anderson & Hammen, 1993; Jaenicke et al., 1987; Kramer, Warner, Olfson, Ebanks, Chaput, & Weissman, 1997; Lavoie & Hodgins, 1994; Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau, & Olfson, 1997). De même, un certain nombre d'études en génétique comportementale ont révélé qu'une partie de la vulnérabilité héréditaire impliquée dans le développement de la dépression était aussi impliquée dans le développement du névrosisme, du trouble des conduites, du tabagisme et de l'anxiété (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992, 1993; Kendler, Neale, MacLean, et al., 1993; O'Connor, Neiderhiser, Reiss, Hetherington, & Plomin, 1998). Enfin, l'étude de Lewinsohn, Gotlib et Seeley (1995) a révélé que certains facteurs, soit la présence de symptômes de dépression, de troubles internalisés et externalisés, de conflits avec les parents et d'une insatisfaction face à la réussite académique, étaient autant reliés au développement de la dépression que de problèmes d'abus de substances. Il est cependant intéressant de constater que les facteurs de risque génériques identifiés par d'autres auteurs (Coie et al., 1993) correspondent généralement à ceux identifiés précédemment (voir tableau 1) comme étant impliqués dans le développement de la dépression.
 5. *Les facteurs impliqués dans le développement humain interagissent entre eux.* Parce que les différents facteurs de risque et de protection identifiés précédemment ont tendance à interagir entre eux, une compréhension adéquate du développement de la dépression demande la considération simultanée de plusieurs de ces facteurs. À cet égard, certaines études ont révélé que la relation entre la présence d'événements de vie négatifs et la dépression augmentait en fonction de la force de la vulnérabilité héréditaire de l'individu qui y était exposé (Kendler et al., 1995). Pire, la présence d'une vulnérabilité héréditaire s'est elle-même révélée associée à une exposition à un plus grand nombre d'événements de vie négatifs (Kendler, Kessler, Neale, Heath, & Eaves, 1993; Silberg et al., 1999).
 6. *Certains facteurs de risque sont susceptibles d'exercer un impact différent à certains moments de la vie.* Certaines études ont en effet révélé que l'impact de différents facteurs de risque sur le développement de la dépression pouvait varier en fonction de l'âge de l'individu. Ainsi, le développement de la dépression pourrait être prédit par : (a) un déménagement s'il s'est produit avant l'âge de 14 ans (Alnaes & Torgensen, 1993); (b) le fait d'avoir été séparé de l'un de ses parents pendant au moins un an, avant l'âge de 17 ans (Alnaes & Torgensen, 1993); (c) le divorce des parents s'il s'est produit entre l'âge de 11 et de 16 ans (Chase-Lansdale, Cherlin, & Kiernan, 1995). De même, l'étude de Lipman, Offord et Boyle (1996) qui a révélé que 32 % des cas de dépression observés chez des enfants âgés de 6 à 11 ans pouvaient être attribués à la pauvreté, a aussi indiqué que, chez les enfants âgés de 11 à 16 ans, ce facteur ne prédisait plus le développement de la dépression. Ce résultat peut être comparé aux résultats de certaines études en génétique comportementale qui ont révélé que les caractéristiques de l'environnement partagé par les membres d'une même famille n'étaient liées au développement de la dépression qu'à l'enfance (Murray & Sines, 1996).
 7. *Il est important de comprendre les mécanismes impliqués dans l'action des différents facteurs de risque environnementaux.* Comme certains facteurs de risque environnementaux ne sont pas modifiables et n'exercent qu'un impact indirect sur le développement de la dépression, il est important, pour construire des programmes de prévention efficaces, de bien comprendre les mécanismes impliqués dans leur action. Par exemple, deux études (Conger, Ge, Elder, Lorenz, & Simons, 1994; Davies & Windle, 1997) ont révélé que l'impact d'un diagnostic parental de dépression sur le développement des

enfants était indirect et dépendait de son impact sur le conflit marital qui lui, était directement lié à l'apparition de problèmes chez l'enfant. D'autres auteurs (Beardslee & Podorefsky, 1988; Beardslee & Wheelock, 1994; Beardslee, 1998; Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Rutter, 1985, 1989) ont d'ailleurs indiqué que, chez les enfants de parents dépressifs, le risque de développer une dépression augmentait en présence de problèmes familiaux et diminuait lorsque l'enfant recevait un niveau adéquat de support parental, avait de bonnes compétences sociales et comprenait la nature des problèmes de ses parents.⁵

8. *Il est important d'évaluer l'impact des caractéristiques des différents niveaux de l'environnement sur le développement humain.* Bien que l'importance d'étudier l'impact des caractéristiques de différents niveaux de l'environnement sur le développement humain ait été soulignée à maintes reprises (Bronfenbrenner, 1977; Rutter et al., 1997), les études portant sur le développement de la dépression se sont généralement limitées à l'impact des événements de vie négatifs, de l'environnement familial et du support social. De même, si certaines études permettent de supposer qu'il existe un lien entre certaines caractéristiques de l'environnement scolaire et la dépression (Morin, 1997; Roeser & Eccles, 1998; Roeser, Eccles, & Sameroff, 1998), le fait que ces études reposent sur des analyses transversales limite considérablement le potentiel explicatif de leurs résultats. Des études évaluant l'impact des caractéristiques d'autres types d'environnement (i.e. milieu de travail, école, quartier, culture, etc.) sont donc nécessaires.

PEUT-ON PRÉVENIR LA DÉPRESSION?

La création et l'évaluation d'un programme de prévention

D'une manière générale, les auteurs s'entendent pour dire qu'un programme de prévention devrait toujours s'appuyer sur une définition opérationnelle du problème ciblé, sur des bases théoriques solides et sur une connaissance adéquate des mécanismes impliqués dans le développement du problème à prévenir (Coie et al., 1993; Dumka, Roosa, Michaels, & Suh, 1995; Mrazek & Haggerty, 1994; Muñoz & Ying, 1993; Price, 1983). C'est pour cette raison que la première partie de ce texte a été consacrée à un exposé des bases théoriques et conceptuelles applicables à la prévention de la dépression. Pour bien illustrer l'impact de ces choix conceptuels au niveau de la prévention, il suffit de comparer la recension des écrits réalisée par

Durlak et Wells (1997a,b) à celle réalisée par Mrazek et Haggerty (1994). Durlak et Wells, en définissant la prévention comme une intervention visant à prévenir le développement de problèmes comportementaux et émotionnels (mesurés d'une manière catégorielle ou dimensionnelle) ou à promouvoir la santé mentale, ont réussi à relever, dans les écrits scientifiques, 177 programmes de prévention de ce type s'adressant aux enfants et aux adolescents. Leurs conclusions sont les suivantes : « Les résultats des études actuelles sur les programmes de prévention primaire au niveau de la santé mentale sont encourageants et le futur est excitant » (Durlak & Wells, 1997b, p. 240). Quant à eux, Mrazek et Haggerty ont préféré définir la prévention exclusivement comme une intervention visant à réduire l'incidence de troubles diagnostiques particuliers. Sur cette base, il n'ont relevés que 39 programmes et leurs conclusions indiquent que, « jusqu'à présent, aucun résultat ne démontre que les interventions préventives peuvent réduire l'incidence des troubles mentaux » (Mrazek & Haggerty, 1994, p. 298).

En ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention, les éléments importants à considérer sont les suivants (Brown & Liao, 1999; Coie et al., 1993; Harrington & Clark, 1998; Holden & Black, 1999; Kellam & Van Horn, 1997; Mrazek & Haggerty, 1994; Muñoz & Ying, 1993; Muñoz et al., 1996; Reiss & Price, 1996):

1. Pour être efficace et pour maximiser les investissements, un programme de prévention devrait toujours viser la modification des facteurs de risque et de protection génériques (ou communs).
2. Afin de vérifier l'ampleur des effets positifs et négatifs obtenus par un programme de prévention, il est essentiel d'utiliser un grand nombre de variables dépendantes.
3. Compte tenu des différences interindividuelles, il est important d'évaluer si les effets obtenus par le programme sont homogènes pour tous les participants et s'ils sont généralisables.
4. Pour évaluer l'efficacité réelle d'un programme de prévention, ses effets à trois niveaux doivent être évalués : la modification des facteurs de risque et de protection ciblés; la diminution des problèmes manifestés par les participants; la relation entre la modification des facteurs de risque et de protection ciblés et la diminution des problèmes manifestés par les participants (i.e. sont-ils moins dépressifs parce que les facteurs de risque et de protection ont été modifiés?).
5. L'usage d'un groupe de contrôle, d'un devis longitudinal et de la distribution au hasard des participants sont essentiels à la détermination des effets réels d'un programme.

⁵ Une description des mécanismes impliqués dans l'action d'autres facteurs de risque environnementaux non modifiables, tels que le deuil, la pauvreté, le statut ethnique minoritaire, les transitions et l'accumulation d'adversités est aussi disponible dans les ouvrages de Felner, Jason, Moritsugue, et Farber (1983b), de Muñoz (1987) et de Rutter (1985, 1989, 1990).

TABLEAU 2
Description des principaux programmes de prévention sélective de la dépression

| Auteurs | Population visée | Intervention | Sujets | Abandon | Suivi | Résultats |
|--|--|--|--|---|----------------------|--|
| Enfants et adolescents | | | | | | |
| Sandler et al. (1992) | Familles (enfants et adolescents) dont l'un des membres est décédé. | 1) Groupes de discussion (3 rencontres) : expression et partage des émotions et relation parent/enfant. 2) Conseiller familial (13 séances) : démoralisation parentale, chaleur parentale, activités agréables et faire face au stress. | • CONT : n = 31 • INT : n = 24 | Acceptation = 52% PI = 31% | 6 mois | Rapport parental : moins d'événements de vie négatifs, plus de chaleur parentale et de satisfaction des enfants, meilleure communication, moins de troubles de conduite et moins de Dép. chez les enfants de 11 à 17 ans. Rapport des enfants : rien. |
| Gillham, Reivich, Jaycox et Seligman (1995); Zubernis, Cassidy, Gillham, Reivich et Jaycox (1999); Gillham et Reivich (1999) | Enfants de 5e et 6e année primaire faisant preuve de « détresse » (dépression et/ou conflit familial). | • Groupes de 10-12 enfants, 1,5 heures/sem., pendant 12 sem. • Résolution de problèmes sociaux et gestion du stress. • Restructuration cognitive. | • CONT : n = 49 • INT: n = 69 • Environ 1/2 dont les parents ont divorcé. | Consentement parental : < 20% PI = ? | 6, 12, 18 et 24 mois | • Diminution de la Dép. (continue ou catégorielle). • Amélioration du style d'attribution (optimisme). • L'effet sur la Dép. est lié au changement des attributions. • Un peu moins efficace, à 24 mois, pour les enfants de parents divorcés. • Après 2 ans : plus d'effet. |
| Beardslee, Versage, et al., (1997); Beardslee, Wright, et al., (1997) | Enfants et adolescents de parents dépressifs. | BUT : améliorer la qualité des relations familiales, la communication parent / enfant sur la dépression (pour faciliter la compréhension des enfants) et transmettre des informations sur la dépression. DEUX FORMATS : 1) Par clinicien, adaptée à la réalité spécifique de la famille, 6 à 10 séances. 2) Deux séances d'information. | • Clinicien : n = 18 familles (28 enfants). • Cours : n = 18 familles (24 enfants). | PI = 0 % | 7 et 15 mois | • Clinicien > cours • PARENTS : amélioration du fonctionnement familial, de la compréhension et de l'attention donnée aux enfants. • ENFANTS : meilleure compréhension de la situation du parent Dép. et niveau de fonctionnement supérieur. Aucun effet sur la Dép. • Les changements survenus chez les enfants sont liés aux changements survenus chez les parents. |
| Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn et Seeley (1995) | Adolescents présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs (mais non diagnostiqués). | • Quinze séances de groupe de 45 minutes chacune, 3 fois par semaine pendant 5 semaines. • Restructuration cognitive, jeux de rôles et discussions. | • INT : n = 76 • CONT : n = 74 | Acceptation = 87,2 % PI = environ 25 % | 6 et 12 mois | • Diminution de l'incidence du TDM (14,5 %/25,7 %). • Aucune autre différence (niveau d'ajustement global, niveau de Dép. continu, etc.). |

TABEAU 2 (suite)
Description des principaux programmes de prévention sélective de la dépression

| Auteurs | Population visée | Intervention | Sujets | Abandon | Suivi | Résultats |
|--|--|---|---|---|---------------------------|--|
| Adultes | | | | | | |
| Bloom, Hodges, Kern et McFaddin (1985) | Personnes ayant récemment divorcé. | <ul style="list-style-type: none"> • Intervention de groupe (15 personnes) et rencontres individuelles, 6 mois. • Support social et amélioration des compétences (sociales, parentales, financières, planification de carrière et entretien de la maison). | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 101 • CONT : n = 52 | PI = moins de 5 % | 6, 18 et 30 mois et 4 ans | Après 4 ans : <ul style="list-style-type: none"> • Moins de problèmes psychologiques (Dép. et anxiété) et de problèmes légaux. • Baisse du sentiment d'incompétence. • Hausse de la satisfaction au travail et de la qualité de vie. • Plus efficace pour les femmes. |
| Tadmor et Brandes (1984); Tadmor, Brandes et Hofman (1987) | Mères ayant accouché par césarienne (mariées, enfant à terme, pas de complications, anesthésie). | <ul style="list-style-type: none"> • Séance de préparation à l'opération. • Enfant remis aux parents dès la naissance. • Amélioration du réseau de support formel et informel. | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 35 • CONT : n = 35 | PI = 0 % (implanté dans le système hospitalier) | 6 et 12 mois | <ul style="list-style-type: none"> • Moins de médication et congé plus rapide de l'hôpital. • Pères plus attachés à l'enfant. • Rémission physique et psychologique plus rapide (Dép. postpartum). • Effets liés à la qualité de l'implantation. |
| Vega et Murphy (1990); Vega, Valle et Kolody (1994); Vega, Valle, Kolody et Hough (1987) | Immigrantes mexicaines pauvres. | Deux modes d'intervention : <ol style="list-style-type: none"> 1) Personne ressource (2 à 12 contacts) : rencontres à la maison, support, aide pratique et résolution de problèmes. 2) Groupe de rencontre : développement d'habiletés de coping, support, accès aux ressources communautaires, résolution de problèmes (3 mois intensifs et 9 mois d'appoint). | <ul style="list-style-type: none"> • INT1 : n = 203 • INT2 : n = 254 • CONT : n = 187 | PI : 31% + 18% (1 à 6 séances) 2/3 de PI : déménagés | 12 mois | <ul style="list-style-type: none"> • Personne ressource : aucun effet. • Groupe de rencontre : diminution de Dép., surtout chez celles qui se situaient au milieu du continuum au début de l'intervention. |
| Tableman (1987) | Femmes bénéficiant de l'aide sociale. | Programme de 10 séances visant l'apprentissage de techniques de gestion du stress et d'auto-contrôle et l'augmentation de l'estime de soi et des habiletés sociales. | Projet 1 (femmes blanches) : <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 45 • CONT : n = 51 Projet 2 (femmes noires) : <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 48 • CONT : n = 32 | Projet 1 : PI = 31% Projet 2 : PI = 43% | 6 mois | <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de Dép. et anxiété. • Augmentation de la confiance en soi, de l'ajustement général et de la perception de contrôle. • Augmentation des habiletés parentales. |
| Toseland (1990) | Femmes responsables des soins donnés à leurs parents. | <ul style="list-style-type: none"> • Groupes d'information (Vs soins), de résolution de problèmes et de support. • Deux heures/sem., pendant 8 sem. | <ul style="list-style-type: none"> • CONT : n = 21 • INT (par un spécialiste) : n = 21 • INT (par un pair) : n = 23 | PI = 15 % | 6 et 12 mois | <ul style="list-style-type: none"> • Pas de différence entre les deux types d'interventions. • Pas d'effet sur l'ajustement psychologique. • Hausse du support social et de compétence sociale. • Baisse de culpabilité et d'inquiétude. • Baisse des problèmes associés aux soins. |

TABLEAU 2 (suite)
Description des principaux programmes de prévention sélective de la dépression

| Auteurs | Population visée | Intervention | Sujets | Abandon | Suivi | Résultats |
|--|---|--|---|---|------------------|--|
| Heaney (1991) | Employés de maison pour personnes avec troubles mentaux ou développem- taux. | <ul style="list-style-type: none"> • Trois rencontres de groupe (20 personnes) de 4 heures : 1 superviseur et 1 employé par maison. • Faciliter l'interaction constructive et la résolution de problèmes (discussions). • Suggestions de moyens à employer pour augmenter l'échange de support (modeling, renforcement positif, support, pratique). | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre total d'employés évalués : n = 138 superviseurs et 990 employés. • Participants au training : n = 58 superviseurs et 52 employés. | PI = 28 % (33 % employés et 25 % superviseurs) | 5 semaines | <ul style="list-style-type: none"> • Moins de 1/2 des participants implantent les nouvelles méthodes en milieu de travail. • Légère augmentation du support reçu par les employés (surtout de la part du superviseur) et amélioration de l'adaptation psychologique. • Effets plus grands pour ceux ayant directement participé aux rencontres. |
| Caplan, Vinokur, Price et van Ryn (1989); Vinokur, van Ryn, Gramlich et Price (1991) | Individus ayant perdu leur emploi. | <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les habiletés nécessaires à la recherche d'emploi, la motivation et la capacité de faire face aux obstacles. • Huit séances de 3 heures. | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 606 (303 à la fin) • CONT : n = 322 | PI = 49 % | 1, 4 et 32 mois | <ul style="list-style-type: none"> • Plus de temps passé au travail, moins d'employeurs, salaire plus élevé, plus de confiance en soi, moins Dép. et plus motivés. • Effets bénéfiques pour 81% des participants. |
| Muñoz et Ying (1993); Muñoz, Ying, Armas, Chan et Gurza (1987); Muñoz et al. (1995) | Patients vus régulièrement en clinique externe pour problèmes médicaux. | <ul style="list-style-type: none"> • Deux heures/sem., 8 semaines. • Relaxation, résolution de problèmes, restructuration cognitive, contrôle de l'affect, activités plaisantes. | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 72 • CONT1 : n = 48 • CONT2 (information video) : n = 30 | PI = 37 % | 6 et 12 mois | <ul style="list-style-type: none"> • Vidéo : aucun effet. • Diminution du niveau de Dép. • Plus d'activités plaisantes, meilleur fonctionnement cognitif, moins d'événements de vie négatifs. • Effet sur Dép. lié à l'effet sur les cognitions, le stress et les activités plaisantes. • Plus efficaces pour Dép. élevé. |
| Personnes âgées | | | | | | |
| Vachon, Lyall, Rogers, Freedman-Letofsky et Freeman (1980) | Veuves | <ol style="list-style-type: none"> 1) Contact par une veuve ayant réglé son deuil et indiquant sa disponibilité (support téléphonique, aide pratique, rencontres). 2) Rencontres de groupes (support). | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 68 • CONT : n = 94 | Acceptation = 88 % PI = ? (moins de 33 %) | 6, 12 et 24 mois | <ul style="list-style-type: none"> • Six mois : amélioration de l'adaptation intrapersonnelle. • Douze mois : amélioration de l'adaptation interpersonnelle. • Vingt-quatre mois : amélioration de l'adaptation psychologique. • Plus efficace pour les plus perturbées. |

Notes. Dép. = dépression; TDM = trouble de dépression majeur (diagnostic catégoriel); PI = perte de sujets en cours d'intervention; INT = groupe expérimental; CONT = groupe de contrôle.

Dans la section qui suit, nous examinerons, sur la base des critères d'efficacité énumérés précédemment, les différents programmes de prévention de la dépression ayant été évalués à ce jour. Cependant, compte tenu de la distinction importante qui existe entre la prévention universelle et sélective, ces deux types de programmes de prévention seront revus séparément.

La prévention sélective

Une brève description des programmes de prévention de la dépression dont les participants ont été sélectionnés sur la base du risque qu'ils présentaient est rapportée au tableau 2. L'examen de ce tableau nous permet rapidement de constater quatre choses. Premièrement, les programmes recensés ont ciblé des groupes fort différents et se sont généralement avérés efficaces pour diminuer le niveau de dépression des participants. Deuxièmement, seulement le tiers de ces programmes ont visé des enfants ou des adolescents. Compte tenu du fait qu'à 21 ans 45,3 % des individus dépressifs ont déjà eu un épisode antérieur de dépression (Newman et al., 1996) et du fait que l'enfance et l'adolescence (Claes, 1983; Shaffer, 1999) sont des périodes où prennent place des changements majeurs et susceptibles d'influencer grandement le développement de l'individu, cette constatation est étonnante. Troisièmement, la majorité des programmes ont eu beaucoup de difficulté à conserver les participants pour toute la durée de l'intervention. En effet, seulement six programmes ne semblent pas avoir eu de problèmes de ce type (Beardslee, Versage, et al., 1997; Beardslee, Wright, et al., 1997; Bloom et al., 1985; Clarke et al., 1995; Tadmor et al., 1987; Toseland, 1990; Vachon et al., 1980). De même, l'obtention d'un consentement parental pour les programmes s'adressant à des enfants s'est révélé être un obstacle majeur au recrutement de ces derniers (Gillham et al., 1995; Sandler et al., 1992). Il convient cependant de souligner que, d'une manière générale, les programmes n'ayant pas eu de problèmes de ce type visaient à maximiser l'adaptation d'un individu à son environnement (Beardslee, Versage, et al., 1997; Beardslee, Wright, et al., 1997; Bloom et al., 1985; Toseland, 1990) ou ont été bien intégrés au milieu dans lequel ils ont pris place (Clarke et al., 1995; Tadmor et al., 1987; Vachon et al., 1980). Quatrièmement, il est intéressant de constater que les interventions dont les effets se sont avérés peu probants (Clarke et al., 1995; Sandler et al., 1992) ou non durables (Gillham & Reivich, 1999) sont fortement inspirées d'une approche thérapeutique centrée sur l'individu. Cependant, comme peu d'études (Bloom et al., 1985; Gillham & Reivich, 1999; Vachon

et al., 1980; Vinokur et al., 1991) ont effectué un suivi de plus de 12 mois, cette dernière conclusion demeure incertaine. Avant de poursuivre, il convient de s'attarder davantage à l'étude réalisée par Clarke et ses collaborateurs (1995). En effet, alors que cette étude est souvent citée comme une démonstration de l'efficacité des programmes de prévention de la dépression, nous la considérons plutôt comme une bonne illustration des confusions conceptuelles soulignées plus haut. Ainsi, si l'on tient compte du fait que la dépression correspond mieux à une définition dimensionnelle que catégorielle, deux conclusions s'imposent. Premièrement, le fait que ce programme n'ait pu diminuer le nombre de symptômes dépressifs manifestés par les participants, ni augmenter leur niveau global d'ajustement, semble plutôt démontrer son inefficacité et ce, indépendamment de ses effets au niveau de l'incidence d'un diagnostic de dépression. Aussi, la nature même du critère de sélection utilisé (i.e. un score élevé sur une échelle de symptômes de dépression), indique qu'il ne s'agit pas d'un programme de prévention, mais d'un programme d'intervention précoce.

En ce qui concerne la qualité des évaluations réalisées, quatre points sont à considérer. Premièrement, à l'exception d'une seule étude (Tableman, 1987), le principe de distribution au hasard des participants a généralement été respecté. Deuxièmement, trois études seulement (Beardslee, Versage, et al., 1997; Beardslee, Wright, et al., 1997; Gillham et al., 1995; Muñoz et al., 1995) ont réussi à démontrer que le changement observé en ce qui a trait la dépression dépendait de la modification de facteurs de risque et de protection ciblés. Troisièmement, les programmes efficaces ont généralement réussi à démontrer leur efficacité quant à plus d'un type de problèmes psychologiques et comportementaux. Ce résultat peut d'ailleurs être expliqué par le fait que les participants ont généralement été choisis sur la base de facteurs de risques communs à plus d'un type de problème. Quatrièmement, cinq études ont révélé que les effets des programmes évalués variaient en fonction du sexe des participants (Bloom et al., 1985), du fait qu'ils aient ou non été exposés au divorce de leurs parents (Zubernis et al., 1999) et de leur niveau initial de dépression (Muñoz & Ying, 1993; Vachon et al., 1995; Vega et al., 1994). Deux de ces études (Muñoz & Ying, 1993; Vachon et al., 1995), ont cependant révélé que cet effet différentiel était en faveur des participants qui en avaient le plus besoin.

La prévention universelle

Une brève description des programmes de prévention universels de la dépression est rapportée au tableau 3.

TABLEAU 3
Description des principaux programmes de prévention universelle de la dépression

| Auteurs | Intervention | Sujets | Abandon | Suivi | Résultats |
|--|--|---|--|---|---|
| Enfants | | | | | |
| Kellam, Rebok, Mayer, Ialongo et Kalodner (1994) | <p>Mastery Learning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum enrichi en anglais (école primaire). • 80 % de la classe doit maîtriser 80-85 % des objectifs d'une leçon avant de changer d'unité. • Enseignement plus individualisé. | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 207 (9 classes). • CONT 1 (interne : mêmes écoles) : n = 156 (7 classes). • CONT 2 (externe : autres écoles) : n = 212 (12 classes). • Dix-neuf écoles participantes, enfants de première année. | Refus parental : 5 % PI : ne s'applique pas | 1 année scolaire | <p>Filles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention = augmentation du rendement académique. • Augmentation du rendement académique = baisse de Dép. <p>Garçons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention = augmentation du rendement académique et baisse de Dép. • Plus marqué chez les plus Dép. |
| Ialongo et al. (1999) | <p>Deux interventions :</p> <p>1) Dans la classe (C) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum enrichi en anglais, mathématiques et arts (école primaire) • Rencontres hebdomadaires visant la résolution de problèmes en groupe. • Renforcement social et matériel (enlevé progressivement) contingent au bon comportement du groupe. <p>2) Partenariat famille/école (F/E) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités hebdomadaires entre la famille et l'école et amélioration du contact. • Trois jours de formation pour les enseignants. • Neuf jours de formation pour les parents donnés par les enseignants (activités académiques amusantes et discipline efficace). | <ul style="list-style-type: none"> • Neuf écoles participantes, enfants de première année. • Enfants (n = 653) réparties au hasard dans les classes. • Trois classes par écoles : une C, une F/E et une CONT. | Refus parental : 3 % PI : ne s'applique pas | 2 années scolaires | <p>C :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des résultats en lecture des garçons en 1re et 2e année. • Amélioration des résultats en mathématiques en 1re et 2e année (garçons et filles). • Effets liés à la qualité de l'implantation. • Aucun effet sur les problèmes évalués par les parents. • Effet sur les problèmes psychologiques évalués par les enseignants en 1re et 2e année (garçons et filles). • Effet sur l'agressivité des garçons évaluée par les pairs. <p>F/E :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des résultats en lecture et en mathématiques des garçons en 1re année. • Effet sur les problèmes psychologiques évalués par les enseignants en 2e année (garçons et filles). • Aucun effet sur les problèmes évalués par les parents et les pairs. |
| Adolescents | | | | | |
| Felner et Adan (1988); Felner et al., (1993); Felner, Ginter et Primavera (1982) | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitation du transfert d'école (transition du primaire au secondaire). • Restructuration organisationnelle : formation de groupes d'étudiants qui suivent tous leurs cours ensemble (les différentes salles de classes sont dans la même région de l'école) et nomination de professeurs titulaires. | <p>Étude 1 (une école secondaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 59 • CONT : n = 113 <p>Étude 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reproduction dans 5 écoles secondaires avec 2 cohortes d'étudiants. | Ne s'applique pas | <p>Étude 1 : 1, 2, 3 et 4 ans</p> <p>Étude 2 : 1 et 2 ans</p> | <p>Étude 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du concept de soi, du rendement académique et de la perception du milieu scolaire. • Diminution de l'absentéisme. • La perte différentielle d'élèves a fait disparaître la différence après 3 ans. <p>Étude 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mêmes effets et diminution de la Dép. et de l'anxiété. |
| Clarke, Hawkins, Murphy et Sheeber (1993) | Intervention éducative (3 séances de 50 minutes) portant sur les causes, le traitement et la prévention de la Dép. | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 361 (13 classes). • CONT : n = 261 (13 classes). | Ne s'applique pas | 12 semaines | Aucun effet. |

TABLEAU 3 (suite)
Description des principaux programmes de prévention universelle de la dépression

| Auteurs | Intervention | Sujets | Abandon | Suivi | Résultats |
|--|--|---|-------------------|-------------|--|
| Clarke et al. (1993) | Intervention comportementale éducative (5 séances de 50 minutes) portant sur la résolution de problèmes et la planification d'activités plaisantes. | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 190 (7 classes). • CONT : n = 190 (7 classes). | Ne s'applique pas | 12 semaines | Aucun effet. |
| Adultes | | | | | |
| Muñoz, Glish, Soo-Hoo et Robertson (1982) | <ul style="list-style-type: none"> • Campagne télévisée de 2 semaines : diffusion de 9 segments de 4 minutes. • Thèmes abordés : activités plaisantes, restructuration cognitive, relaxation et affirmation. | <ul style="list-style-type: none"> • Au courant de la diffusion : n = 145 • Pas au courant de la diffusion : n = 17 | Ne s'applique pas | 1 semaine | <ul style="list-style-type: none"> • Ceux qui ont été mis au courant de la diffusion ont davantage regardé les émissions (25,5 %/11,8 %). • Diminution de la Dép. chez les individus ayant regardé l'émission et qui étaient déjà symptomatiques au début. |
| Leighton et Murphy (1987) | Développement communautaire : analyse des besoins et collaboration avec la communauté. | Région de 38 000 habitants, située dans les provinces maritimes canadiennes. Échantillon représentatif. | Ne s'applique pas | 16 ans | <ul style="list-style-type: none"> • Aucun effet sur la prévalence des différents troubles psychologiques. • Une certaine diminution de l'incidence semble avoir été observée (pas claire). |
| Kawakami, Araki, Kawashima, Masumoto et Hayashi (1997) | Intervention organisationnelle dans une compagnie électrique japonaise visant à réduire les sources de stress physiques et technologiques. | <ul style="list-style-type: none"> • INT : n = 79 (2 sites) • CONT : n = 108 (3 sites) | Ne s'applique pas | 1 an | <ul style="list-style-type: none"> • Aucun effet sur le stress physiologique. • Augmentation du temps supplémentaire. • Diminution du temps de congés de maladie et du niveau de Dép. |

Notes. Dép. = dépression; PI = perte de sujets en cours d'intervention; INT = groupe expérimental; CONT = groupe de contrôle.

L'examen de ce tableau nous permet de constater deux choses. Premièrement, à deux exceptions près (Clarke et al., 1993; Muñoz et al., 1982), les programmes recensés sont de nature environnementale et organisationnelle. Deuxièmement, alors que les programmes ayant tenté d'agir sur l'individu ont échoué (Clarke et al., 1993) ou profité à très peu de gens (Muñoz et al., 1982), les programmes environnementaux ont réussi à rejoindre plus de participants et se sont avérés efficaces pour diminuer leur niveau de dépression. Ce résultat peut, en partie, être expliqué par le fait que ces programmes étaient généralement bien intégrés à l'environnement habituel des participants. À cet égard, les résultats obtenus par Ialongo et al. (1999) viennent renforcer l'idée qu'il est important qu'un programme de prévention soit facilement assimilable par l'environnement où il sera implanté. Plus précisément, ces auteurs ont démontré qu'une intervention centrée sur la classe était supérieure à une intervention centrée sur la relation parents-école. En fait, le seul pro-

gramme de nature environnementale dont l'efficacité n'a pu être établie avec certitude est celui de Leighton et Murphy (1987). Cependant, compte tenu de l'ampleur de ce programme (i.e. développement communautaire), l'évaluation de son efficacité était une tâche considérable.

Par ailleurs, il importe de retenir cinq points importants en ce qui concerne la qualité des évaluations réalisées. Premièrement, à l'exception de trois études (Kawakami et al., 1987; Leighton & Murphy, 1987; Muñoz et al., 1982), le principe de distribution au hasard des participants a été respecté. Deuxièmement, seulement deux études (Kellam et al., 1994; Ialongo et al., 1999) ont réussi à démontrer que le changement observé au niveau de la dépression dépendait de la modification de facteurs de risque et de protection ciblés. Troisièmement, les programmes efficaces ont généralement réussi à démontrer leur efficacité au niveau de plus d'un type de problèmes psychologiques et comportementaux. Quatrièmement, les trois études ayant tenté d'évaluer les

effets différentiels des programmes ont démontré qu'ils étaient généralisables (Ialongo et al., 1999) ou du moins, plus appropriés à ceux qui en avaient le plus besoin (Kellam et al., 1994; Muñoz et al., 1982). Cinquièmement, comme la durée des suivis effectués varie beaucoup, il nous est impossible de nous prononcer avec certitude quant à l'efficacité de certains des programmes recensés (Clarke et al., 1993; Muñoz et al., 1982).

COMMENT FAIRE MIEUX?

Sur la base des résultats qui viennent d'être présentés, il est possible de conclure que ces deux types de programmes de prévention de la dépression sont, dans certaines circonstances, susceptibles de s'avérer efficaces. Plus spécifiquement, en ce qui concerne les programmes universels de prévention de la dépression, les résultats présentés suggèrent qu'il serait préférable pour eux de viser la modification des facteurs de risque et de protection environnementaux et organisationnels. De même, pour que de tels programmes soient réellement universels, ils devraient être implantés dans des milieux fréquentés par la majorité des individus, c'est-à-dire l'école, le milieu de travail et la communauté. Pour s'avérer efficace, il semble aussi que la création de programmes de ce type aurait avantage à s'inspirer des principes du changement organisationnel (Cooper, 1991; Dunnette & Hough, 1990; Vincent & Trickett, 1983) et ce, pour trois raisons (Curtis & Stollar, 1996). Premièrement, les principes du changement organisationnel permettent de tenir compte des limites du milieu où le changement est implanté. En milieu scolaire, par exemple, de nombreux auteurs ont souligné l'importance de tenir compte de certains obstacles majeurs à l'implantation de programmes de prévention, tels que la résistance des enseignants (Brophy & McCaslin, 1992) et le maintien, « pour bien paraître », de programmes inefficaces (Leaf, 1999). Deuxièmement, plusieurs interventions organisationnelles, n'ayant pas encore été évaluées au niveau de la dépression, se sont avérées efficaces pour régler d'autres problèmes (Comer, 1985; Gottfredson, 1984, 1986, 1988; Hawkins, Doueck, & Lishner, 1988; Janosz & Leclerc, 1993; Olweus, 1991; Parent, Bowen, & Janosz, 1998). Enfin, de par sa nature ponctuelle, une intervention organisationnelle doit, pour s'assurer que les changements implantés persisteront, accorder beaucoup d'importance à la responsabilisation du milieu. Cette dernière considération permettrait probablement de répondre aux problèmes qui se manifestent souvent lors de la dissémination des programmes de prévention. En effet, l'efficacité d'un programme de prévention tendrait à diminuer lorsqu'il est implanté par des

personnes indépendantes de l'équipe originale (Brown & Liao, 1999; Holden & Black, 1999; Leaf, 1999).

En ce qui concerne les programmes sélectifs de prévention de la dépression, une constatation similaire s'impose. En effet, les résultats présentés suggèrent que, pour être efficaces, ces programmes ne devraient plus s'inspirer des méthodes thérapeutiques traditionnelles et devraient plutôt viser l'amélioration de l'adaptation d'un individu à son environnement spécifique, en agissant sur sa capacité à s'adapter à son environnement immédiat (e.g. se remettre d'un divorce, se trouver un emploi, etc.) ou sur la qualité de cet environnement (e.g. famille, disponibilité du support social, etc.). De même, ces programmes devraient tenter de s'intégrer le mieux possible au contexte dans lequel ils seront implantés, en tenant compte des forces et des faiblesses de celui-ci (Fawcett, Paine, Fransico, Richter, & Lewis, 1994). À cet égard, le programme de Beardslee et al. (1997a,b), qui s'est révélé compatible avec les méthodes d'intervention pédiatrique (Beardslee & MacMillan, 1993a), psychodynamique (Beardslee & MacMillan, 1993b), cognitive-béaviorale (Beardslee & Schwoeri, 1993) et systémique (Focht & Beardslee, 1996), est fort intéressant. Il en va de même pour le programme de Tadmor et al. (1987) qui a pu être implanté directement à l'intérieur du système hospitalier.

En ce qui concerne le choix à faire entre les programmes universels et sélectifs de prévention de la dépression, d'autres recommandations ont été formulées (Coie et al., 1993; Cowen, 1985; Harrington & Clark, 1998; Holden & Black, 1999; Kellam & Van Horn, 1997; Leaf, 1999; Sandler et al., 1991). Ainsi, un programme universel de prévention de la dépression devrait être choisi lorsque ses effets iatrogéniques potentiels pour les participants sont restreints, que les coûts associés à son implantation sont minimes et que les procédures à suivre pour sa dissémination sont simples. Par ailleurs, un programme sélectif de prévention de la dépression devrait être choisi lorsqu'une intervention plus intensive est requise, que les coûts et la stigmatisation potentielle pour les participants sont réduits et que les individus à risque sont facilement identifiables. De même, un tel programme ne devrait être implanté que lorsque des procédures permettant un dépistage fidèle et valide des individus à risque sont disponibles. Pour une discussion plus approfondie des principes à respecter au niveau du dépistage, le lecteur intéressé aurait avantage à consulter les textes de Le Blanc (1998) et de Le Blanc et Morizot (2000).

Pour conclure, quelques recommandations finales

s'imposent. Premièrement, les programmes de prévention devraient viser, pour minimiser leurs effets négatifs potentiels pour les participants, une modification de facteurs de risque génériques. De même, afin de permettre l'évaluation de l'effet réel et des effets négatifs et différentiels des programmes de prévention de la dépression, cette évaluation devrait s'appuyer sur un grand nombre de variables dépendantes. En effet, il est malheureux de constater que l'effet sur la dépression d'un grand nombre de programmes intéressants, qui ont visé la modification de facteurs potentiellement liés à son développement, n'a pas encore été évalué (voir Durlak & Wells, 1997a, 1997b; Felner et al., 1983b; Mrazek & Haggerty, 1994; Muñoz, 1987; Paquet, 1998; Price, Cowen, Lorion, & Ramos-McKay, 1988; Verlaan, Tremblay, Saisset, & Boivin, 1998). Deuxièmement, les études futures devraient accorder plus d'importance aux mécanismes impliqués dans l'effet des programmes évalués, de même qu'à leurs effets à long terme. Troisièmement, plus d'attention devrait être accordée à l'élaboration de programmes de prévention de la dépression visant les enfants et les adolescents. Quatrièmement, compte tenu des limites budgétaires importantes auxquelles doit faire face tout intervenant en santé mentale, une évaluation du ratio coût-bénéfice des différents programmes de prévention devrait toujours être réalisée. À cet égard, soulignons que, dans la plupart des cas, les bénéfices associés aux programmes de prévention excèdent les coûts associés à leur implantation (Durlak & Wells, 1997b; Mrazek & Haggerty, 1994). Durlak et Wells (1997b) ont d'ailleurs estimé que, pour chaque dollar investi en prévention, un bénéfice de 8 à 45 dollars était prévisible.

Enfin, bien que ce texte ait beaucoup insisté sur la distinction qui existe entre la prévention sélective, la prévention universelle, l'intervention et l'identification précoce et le traitement, il est clair que ces différentes méthodes d'intervention sont complémentaires. Par exemple, de nombreux auteurs (Boyer, Renaud, Garel, & Miranda, 2000; Kendrick, 1999; Muñoz et al., 1994) ont indiqué que des programmes visant à favoriser le dépistage des individus présentant des symptômes de dépression (i.e. intervention précoce) par les médecins généralistes et par les intervenants du milieu scolaire pouvait s'avérer une stratégie efficace de prévention du suicide. Les résultats de l'étude de Rutz (1996), en Suède, semblent d'ailleurs confirmer cette hypothèse. De même, compte tenu du fait que l'exposition au suicide d'un pair constitue un facteur de risque important de dépression (Brent, Moritz, Bridge, Perper, & Canobbio, 1996; Brent, Perper, Moritz, Liotus, Schweers, & Canobbio, 1994) la plupart des pro-

grammes de postvention (i.e. intervention après le fait) en milieu scolaire, qui tentent de diminuer les conséquences négatives du suicide d'un élève, sont susceptibles de constituer des programmes efficaces de prévention de la dépression (American Association of Suicidology, 1990; Lacelle & Séguin, 1998; McArt, Shulman, & Gajary, 1999). Finalement, il convient de souligner que les résultats qui viennent d'être présentés sont encourageants et qu'aucune des limites identifiées n'est insurmontable.

Les auteurs du présent manuscrit tiennent à remercier Julien Morizot, Michel Claes, Ariel Stravynski, Sophie Desjardins et un évaluateur anonyme pour leurs commentaires précieux sur différentes versions de ce manuscrit, de même que Frank Vitaro, Serge Larivée, Michel Janosz et Isabelle Madore pour leurs encouragements.

Abstract

Even if many authors underscore the importance of working to prevent depression, some practical and theoretical confusions still plague this field of research: What is depression? How to define prevention? What should be the theoretical basis of a program to prevent depression? Is it possible to prevent depression? It is with the objective to shed some light on these topics that the present article was written. First, we expose some evidence in favor of a continuous definition of depression. Second, we propose a definition of prevention that is compatible with a continuous definition of depression. Third, we formulate the main parts of an integrative biopsychosocial model of depression. Finally, we review the principals selective and universal depression prevention programs. On the basis of this review, we conclude that it is possible to prevent depression selectively and universally. However, it seems that, to be effective, these programs should not take a traditional therapeutic orientation but should follow the principles of organizational change (universal prevention programs) and try to improve the fit between an individual and his/her environment (selective prevention program).

Références

- Adams, M., & Adams, J. (1991). Life events, depression, and perceived problem solving alternatives in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*, 811-820.
- Albee, G. W. (1996). Revolutions and counterrevolutions in prevention. *American Psychologist*, *51*, 1130-1133.
- Alnaes, R., & Torgensen, S. (1993). Mood disorders: Developmental and precipitating events. *Canadian Journal of Psychiatry*, *38*, 217-224.

- American Association of Suicidology (1990). *Suicide postvention guidelines: Suggestion for dealing with the aftermath of suicide in the schools*. Denver, CO: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, C. A., & Hammen, C. L. (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 448-454.
- Beardslee, W. R. (1998). Prevention and the clinical encounter. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 521-533.
- Beardslee, W. R., & MacMillan, H. L. (1993a). Psychosocial preventive intervention for families with parental mood disorder: Strategies for the clinician. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 14*, 271-276.
- Beardslee, W. R., & MacMillan, H. L. (1993b). Preventive intervention with the children of depressed parents: A case study. *Psychoanalytic Study of the Child, 48*, 249-276.
- Beardslee, W. R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The importance of self understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry, 145*, 63-69.
- Beardslee, W. R., & Schwoeri, L. (1993). Preventive intervention with children of depressed parents. In G. P. Shoolevar (Ed.), *Depression in children and families: Assessments and interventions* (pp. 319-339). New York: Guilford Press.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., Wright, E. J., Salt, P., Rothberg, P. C., Drezner, K., & Gladstone, T. R. G. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. *Development and Psychopathology, 9*, 109-130.
- Beardslee, W. R., & Wheelock, I. (1994). Children of parents with affective disorders: Empirical findings and clinical implications. In W. M. Reynolds & H. F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 463-479). New York: Plenum.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T. R. G., Versage, E. M., & Rothberg, P. C. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 196-204.
- Bloom, B. L., Hodges, W. F., Kern, M. B., & McFaddin, S. C. (1985). A preventive intervention for the newly separated: Final evaluations. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 9-26.
- Boyer, R., Renaud, J., Garel, P., & Miranda, F. (April 2000). *A school-based prevention and intervention program for depression in adolescence*. Paper presented at the research seminars of McGill University, Division of Child Psychiatry, Montreal, Canada.
- Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J., Perper, J. A., & Canobbio, R. (1996). Long-term impact of exposure to suicide: A three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 646-653.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., & Canobbio, R. (1994). Major depression or uncomplicated bereavement? A follow-up of youth exposed to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 231-239.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*, 513-531.
- Brophy, J. E., & McCaslin, M. (1992). Teachers' reports of how they perceive and cope with problems students. *Elementary School Journal, 93*, 3-68.
- Brown, C. H., & Liao, J. (1999). Principles for designing randomized preventive trials in mental health: An emerging developmental epidemiology paradigm. *American Journal of Community Psychology, 27*, 673-710.
- Brown, G. W., Andrews, B., Bifulco, A., & Veiel, H. (1990). Self-esteem and depression I. Measurement issues and prediction of onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 200-209.
- Brown, G. W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990) Self-esteem and depression. III. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 235-243.
- Brown, G. W., Bifulco, A., Harris T., & Bridge, L. (1986). Life stress, chronic subclinical symptoms and vulnerability to clinical depression. *Journal of Affective Disorders, 11*, 1-19.
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D., Price, R. H., & van Ryn, M. (1989). Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology, 74*, 759-769.
- Carrington, P. J., & Moyer, S. (1994). Gun availability and suicide in Canada: Testing the displacement hypothesis. *Studies on Crime and Crime Prevention, 3*, 168-178.
- Chase-Lansdale, P. L., Cherlin, A. J., & Kiernan, K. E. (1995). The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: A developmental perspective. *Child Development, 66*, 1614-1634.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contribution to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology, 10*, 283-300.
- Claes, M. (1983). *L'expérience adolescente*. Bruxelles, Belgique: Pierre Mardaga.

- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., & Sheeber, L. B. (1993). School-Based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research, 8*, 183-204.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 312-321.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48*, 1013-1022.
- Comer, J. P. (1985). The Yale-New Haven Primary Prevention Project: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 24*, 154-160.
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development, 65*, 541-561.
- Cooper, C. L. (1991). *Industrial and organizational psychology*. New York: New York University Press.
- Cowen, E. L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present, and future. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research and practice* (pp. 11-25). Elmsford, NY: Pergamon.
- Cowen, E. L. (1985). Person-centered approaches to primary prevention in mental health: Situation-focused and competence-enhancement. *American Journal of Community Psychology, 13*, 31-48.
- Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychologist, 46*, 404-408.
- Curtis, M. J., & Stollar, S. A. (1996). Applying principles and practices of organizational change to school reform. *School Psychology Review, 25*, 409-417.
- Davies, P. T., & Windle, M. (1997). Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology, 33*, 657-668.
- Dumka, L. E., Roosa, M. W., Michaels, M. L., & Suh, K. W. (1995). Using research and theory to develop prevention programs for high risk families. *Family Relations, 44*, 78-86.
- Dunnette, M. D., & Hough, L. M. (1990). *Handbook of industrial and organizational psychology, 2nd edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997a). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25*, 115-152.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997b). Primary prevention mental health programs: The future is exiting. *American Journal of Community Psychology, 25*, 233-243.
- Earls, F. (1989). Epidemiology and child psychiatry: Entering the second phase. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 279-283.
- Fawcett, S., Paine A., Fransico, V., Richter, K., & Lewis, R. (1994). Conducting preventive interventions for community mental health. In Institute of Medicine's Committee on Prevention of Mental Disorders (Ed.), *Background materials for: Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research* (pp.39-66). Washington, DC: National Academy Press.
- Felner, R. D., & Adan, A. M. (1988). The School Transitional Environment Project: An ecological intervention and evaluation. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 111-122). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., Mulhall, P. F., Flowers, N., Sartain, B., & DuBois, D. L. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). *Prevention in Human Services, 10*, 103-136.
- Felner, R. D., Ginter, M., & Primavera, J. (1982). Primary prevention during school transitions: Social support and environmental structure. *American Journal of Community Psychology, 10*, 277-290.
- Felner, R. D., Jason, L. A., Moritsugu, J. N., & Farber, S. S. (1983a). Preventive psychology: Evolution and current status. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 3-10). Elmsford, NY: Pergamon.
- Felner, R. D., Jason, L. A., Moritsugu, J. N., & Farber, S. S. (1983b). *Preventive psychology: Theory, research, and practice*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Flett, G. L., Vredenburg, K., & Krames, L. (1997). The continuity of depression in clinical and non-clinical samples. *Psychological Bulletin, 121*, 393-416.
- Focht, L., & Beardslee, W. R. (1996). Speech after long silence: The use of narrative therapy in a preventive intervention for children of parents with affective disorders. *Family Process, 35*, 407-422.
- Gillham, J. E., & Reivich, K. J. (1999). Prevention of depression in school children: A research update. *Psychological Science, 10*, 461-462.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., & Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two year follow-up. *Psychological Science, 6*, 343-351.
- Gottfredson, D. C. (1986). An empirical test of school-based environmental and individual interventions to

- reduce the risk of delinquent behavior. *Criminology*, 24, 705-731.
- Gottfredson, D. C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Evaluation Review*, 11, 739-763.
- Gottfredson, G. D. (1984). A theory-ridden approach to program evaluation. *American Psychologist*, 39, 1101-1112.
- Harrington, R. C. (1993). *Depressive disorder in childhood and adolescence*. Rochester, NY: Wiley.
- Harrington, R. C., & Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, 32-45.
- Hawkins, J. D., Doueck, H. J., & Lishner, D. M. (1988). Changing teaching practices in mainstream classrooms to improve bonding and behavior of low achievers. *American Educational Research Journal*, 25, 31-50.
- Heaney, C. A. (1991). Enhancing Social Support at the workplace: Assessing the effects of the Caregiver Support Program. *Health Education Quarterly*, 18, 477-494.
- Heller, K. (1996). Coming of age of prevention science: Comments on the 1994 Institute of Mental Health – Institute of Medicine prevention reports. *American Psychologist*, 51, 1123-1127.
- Hodgins, S. (1996). The major mental disorders: New evidence requires new policy and practice. *Canadian Psychology*, 37, 95-111.
- Holden, E. W., & Black, M. M. (1999). Theory and concepts of prevention science as applied to clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 19, 391-401.
- Horwarth, E., Johnson, J., Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 817-823.
- Ialongo, N. S., Werthamer, L., Kellam, S. G., Brown, C. H., Wang, S., & Lin, Y. (1999). Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*, 27, 599-641.
- Jaenicke, C., Hammen, C., Zupan, B., Hiroto, D., Gordon, D., Adrian, C., & Burge, D. (1987). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 559-572.
- Janosz, M., & Leclerc, D. (1993). L'intervention psycho-éducative à l'école secondaire : intervenir sur l'individu ou sur son milieu? *Revue canadienne de psycho-éducation*, 22, 33-55.
- Jason, L. A., Felner, R. D., Moritsugu, J., & Farber, S. S. (1983). Future directions for preventive psychology. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 297-309). Elmsford, NY: Pergamon.
- Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T., & Hayashi, T. (1997). Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 23, 54-59.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127-141.
- Kellam, S. G., Rebok, G. W., Mayer, L. S., Ialongo, N., & Kalodner, C. R. (1994). Depressive symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. *Development and Psychopathology*, 6, 463-481.
- Kellam, S. G., & Van Horn, Y. V. (1997). Life course development, community epidemiology, and preventive trials: A scientific structure for prevention research. *American Journal of Community Psychology*, 25, 177-188.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Mueller, T. I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R. M. A., & Shea, M. T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of General Psychiatry*, 49, 809-816.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1139-1148.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152, 833-842.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorders: Same genes, (partly) different environments? *Archives of general psychiatry*, 49, 716-722.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 50, 853-862.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., MacLean, C. J., Heath, A. C., Eaves, L. J., & Kessler, R. C. (1993). Smoking and major depression: A causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36-43.
- Kendrick, T. (1999). Primary care options to prevent mental illness. *Annals of Medicine*, 31, 359-363.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

- Klein, D. N. (1990). Symptom criteria and family history in major depression. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 850-854.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, *261*, 2229-2235.
- Kolbe, L. J. (1997). Meta-analysis of interventions to prevent mental health problems among youth: A public health commentary. *American Journal of Community Psychology*, *25*, 227-232.
- Kramer, R. A., Warner, V., Olfson, M., Ebanks, C. M., Chaput, F., & Weissman, M. M. (1997). General medical problems among the offspring of depressed parents: A 10-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 602-611.
- Lacelle, J., & Séguin, M. (1998). Le suicide chez les adolescents : élaboration d'un protocole de postvention dans une école de l'Outaouais. *Revue canadienne de psycho-éducation*, *27*, 31-45.
- Lavoie, F., & Hodgins, S. (1994). Mental disorders among children with one parent with a life diagnosis of major depression. In S. Hodgins, C. Lane, M. Lapalme, C. LaRoche, F. Lavoie, L. Kratzer, R. Palmour, & N. Rubin (Éds.), *A critical review of the literature on children at risk for major affective disorders* (pp. 37-78). Montréal, QC : Groupe de recherche sur les troubles mentaux graves, Université de Montréal.
- Leaf, P. J. (1999). A system of care perspective on prevention. *Clinical Psychology Review*, *19*, 403-413.
- Le Blanc, M. (1998). Screening of serious and violent juvenile offenders: Identification, classification, and prediction. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 167-193). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Le Blanc, M., & Morizot, J. (2000). Le dépistage des problèmes d'adaptation : stratégies et instruments. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *La prévention des problèmes d'adaptation chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 15-65). Montréal, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Leighton, A. H., & Murphy, J. M. (1987). Primary prevention of psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (Suppl. 337), 7-13.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 1221-1229.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 302-315.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Fisher, S. A. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 110-120.
- Lipman, E. L., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1996). What if we could eliminate child poverty? The theoretical effect on child psychosocial morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *31*, 303-307.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, *2*, 425-444.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, *11*, 143-169.
- McArt, E. W., Shulman, D. A., & Gajary, E. (1999). Developing an educational workshop on teen depression and suicide: A proactive community intervention. *Child Welfare*, *78*, 793-806.
- Morin, A. (1997). Milieu scolaire et dépression chez l'adolescent : investigation du rôle médiateur de l'environnement. *Science et comportement*, *26*, (Suppl.), S152.
- Morin, A. (2000). *Développement d'un premier épisode de dépression majeure dans une population d'adolescents québécois : investigation des rôles respectifs de l'hérédité, des caractéristiques individuelles psychologiques et comportementales, des événements de vie et des caractéristiques de l'environnement familial et scolaire*. Projet de thèse inédit, Université de Montréal.
- Morin, A., & Chalfoun, C. (soumis). Le développement de la dépression : une rescension des études empiriques. *Revue canadienne de psycho-éducation*.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
- Muñoz, R. F. (1987). *Depression prevention: Research directions*. New York: Hemisphere.
- Muñoz, R. F. (1993). The prevention of depression: Current research and practice. *Applied and Preventive Psychology*, *2*, 21-33.
- Muñoz, R. F., Glish, M., Soo-Hoo, T., & Robertson, J. (1982). The San Francisco Mood Survey Project: Preliminary work toward the prevention of depression. *American Journal of Community Psychology*, *10*, 317-325.
- Muñoz, R. F., Hollon, S. D., McGrath, E., Rehm, L. P., & VandenBos, G. R. (1994). On the AHCPR depression in primary care guidelines: Further considerations for practitioners. *American Psychologist*, *49*, 42-61.
- Muñoz, R. F., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *American Psychologist*, *51*, 1116-1122.
- Muñoz, R. F., & Ying, Y.-W. (1993). *The prevention of depression: Research and practice*. Baltimore, MD: The John

- Hopkins University Press.
- Muñoz, R. F., Ying, Y.-W., Armas, R., Chan, F., & Gurza, R. (1987). The San Francisco Depression Prevention Project: A randomized trial with medical outpatients. In R. F. Muñoz (Ed.), *Depression prevention: Research directions* (pp. 199-215). New York: Hemisphere.
- Muñoz, R. F., Ying, Y.-W., Bernal, G., Pérez-Stable, E. J., Sorensen, J. L., Hargreaves, W. A., Miranda, J., & Miller, L. S. (1995). Prevention of depression with primary care patients: A randomized controlled trial. *American Journal of Community Psychology*, *23*, 199-222.
- Murray, K. T., & Sines, J. O. (1996). Parsing the genetic and nongenetic variance in children's depressive behavior. *Journal of Affective Disorders*, *38*, 23-34.
- Newman, D. L., Moffit, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A., & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 552-562.
- NIMH/NIH Consensus Development Conference Statement (1985). Mood disorders: Pharmacological prevention of recurrence. Consensus development panel. *American journal of Psychiatry*, *142*, 469-476.
- O'Connor, T. G., Neiderhiser, J. M., Reiss, D., Hetherington, E. M., & Plomin, R. (1998). Genetic contributions to continuity, change, and co-occurrence of antisocial and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*, 323-336.
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of an intervention program. In K. Rubin & D. Pepler (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ormel, J., Stewart, R., & Sanderman, R. (1989). Personality as modifier of the life change-distress relationship: A longitudinal modelling approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *24*, 187-195.
- Paquet, G. (1998). Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé. *Revue canadienne de psycho-éducation*, *27*, 75-106.
- Parent, S., Bowen, F., & Janosz, M. (1998). L'intervention sur le contexte éducatif : une intervention visant la réduction de la marginalisation en milieu scolaire adapté. *Revue canadienne de psycho-éducation*, *27*, 271-283.
- Peters, R. DeV. (1998). The risky business of resiliency in children's mental health: A case for protection and competence. Paper presented at Health Canada: *Child, Youth and Family Resiliency Research Forum: From Research to Action*, Ottawa, Canada.
- Post, R. M., Rubinow, D. R., & Ballenger, J. C. (1984). Conditioning, sensitization, and kindling: Implications for the course of affective illness. In R. M. Post, & J. C. Ballenger (Eds.), *Neurobiology of mood disorders* (pp. 432-466). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Price, R. H. (1983). The education of a prevention psychologist. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 290-296). Elmsford, NY: Pergamon.
- Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion R. P., & Ramos-McKay, J. (1988). *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, *9*, 1-25.
- Reiss, D., & Price, R. H. (1996). National research agenda for prevention research: The National Institute of Mental Health Report. *American Psychologist*, *51*, 1109-1115.
- Roberts, R. E. (1987). Epidemiological issues in measuring preventive effects. In R. F. Muñoz (Ed.), *Depression prevention: Research directions* (pp. 45-75). New York: Hemisphere.
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening for adolescent depression: A comparison of depression scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *30*, 58-66.
- Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (1998). Adolescents' perceptions of middle school: Relation to longitudinal changes in academic and psychological adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, *8*, 123-158.
- Roeser, R. W., Eccles, J. S., & Sameroff, A. J. (1998). Academic and emotional functioning in early adolescence: Longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. *Development and Psychopathology*, *10*, 321-352.
- Rutter, M. (1982). Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance. *Pediatrics*, *70*, 883-894.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598-611.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *30*, 23-51.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1994). Genetic Knowledge and prevention of mental disorders. In Institute of Medicine's Committee on Prevention of Mental Disorders. *Background materials for: Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. (pp.157-179). Washington, DC: National Academy Press.

- Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J., & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychology. *Development and Psychopathology*, 9, 335-364.
- Rutz, W. (1996). Prevention of suicide and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, (Suppl. 37), 61-67.
- Sameroff, A. J. (1975). Early influences on development: Fact or fancy? *Merrill-Palmer Quarterly*, 21, 267-294.
- Sameroff, A. J. (1986). Environmental context of child development. *The Journal of Pediatrics*, 109, 192-200.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. J. Meisels & Shonkoff, J. P. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). New York: Cambridge University Press.
- Sandler, I. N., Brayer, S. L., Wolchik, S. A., Pillow, D. R., & Gesten, J. C. (1991). Small theory and the strategic choices of prevention research. *American Journal of Community Psychology*, 19, 873-880.
- Sandler, I. N., West, S. G., Baca, L., Pillow, D. R., Gersten, J. C., Rogosch, F., Virdin, L., Beals, J., Reynolds, K. D., Kallgren, C., Tein, J.-Y., Kriege, G., Cole, E., & Ramirez, R. (1992). Linking empirically based theory and evaluation: The family bereavement program. *American Journal of Community Psychology*, 20, 491-521.
- Shaffer, D. R. (1999). *Developmental psychology: Childhood and adolescence, 5th edition*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Shapiro, S., Skinner, E., Kessler, L., Von Korff, M., German, P., Tischler, G., Leaf, P., Benham, L., Cottler, L., & Regier, D. (1984). Utilization of health and mental health services: Three epidemiological catchments area sites. *Archives of General Psychiatry*, 49, 971-978.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T., & Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health treatment of depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H., Carbonneau, R., Murrelle, L., Foley, D., & Eaves, L. (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Archives of General Psychiatry*, 56, 225-232.
- Stoudemire, A., Frank, R., Kamlet, M., & Hedemark, N. (1987). Depression. In R. W. Amler & H. B. Dull (Eds.), *Closing the gap: The burden of unnecessary illness* (pp. 65-71). New York: Oxford.
- Tableman, B. (1987). Stress management training: An approach to the prevention of depression in low income populations. In R. F. Muñoz (Ed.). *Depression prevention: Research directions* (pp. 171-184). New York: Hemisphere.
- Tadmor, C. S., & Brandes, J. M. (1984). The Perceived Personal Control Crisis Intervention model in prevention of emotional dysfunction for a high risk population of caesarean birth. *Journal of Primary Prevention*, 4, 240-251.
- Tadmor, C. S., Brandes, J. M., & Hofman, J. E. (1987). Preventive intervention for a caesarean birth population. *Journal of Preventive Psychiatry*, 3, 343-364.
- Toseland, R. W. (1990). Long-term effectiveness of peer-led and professionally led support groups for caregivers. *Social Service Review*, 64, 308-327.
- Vachon, M. L. S., Lyall, W. A. L., Rogers, J., Freedman-Letofsky, K., & Freeman, S. J. J. (1980). A controlled study of self-help intervention for widows. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1380-1384.
- Vega, W. A., & Murphy, J. (1990). *Culture and the restructuring of community mental health: Contributions in psychology* (vol. 16). Westport, CT: Greenwood.
- Vega, W. A., Valle, R., & Kolody, B. (1994). Preventing depression in the Hispanic community: An outcome evaluation of Projecto Binestar. In M. Karno & C. Telles (Eds.), *Mental disorders in the Hispanic population*.
- Vega, W. A., Valle, R., Kolody, B., & Hough, R. (1987). The Hispanic Social Network Prevention Intervention Study: A community-based randomized trial. In R. F. Muñoz (Ed.), *Depression prevention: Research directions* (pp. 217-231). New York: Hemisphere.
- Verlaan, P., Tremblay, N., Saysset, V., & Boivin, M. (1998). Développement des problèmes d'inadaptation psychosociale : programmes d'intervention préventive appliqués aux périodes péri et postnatales. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 27, 47-74.
- Vincent, T. A., & Trickett, E. J. (1983). Preventive intervention and the human context: Ecological approaches to environmental assessment and change. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 67-86), Elmsford, NY: Pergamon.
- Vinokur, A. D., van Ryn, M., Gramlich, E. M., & Price, R. H. (1991). Long-term follow-up and benefit-cost analysis of the Jobs Program: A preventive intervention for the unemployed. *Journal of Applied Psychology*, 76, 213-219.
- Wachs, T. D. (1999). *Necessary but not sufficient: The respective roles of single and multiple influences on individual development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wandersman, A., Andrews, A., Riddle, D., & Fancett, C. (1983). Environmental psychology and prevention. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and practice* (pp. 104-127). Elmsford, NY: Pergamon.

- Warshaw, M. G., Klerman, G. L., & Lavori, P. W. (1991). The use of conditional probabilities to examine age-period-cohort data: Further evidence for a period effect in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 23*, 119-129.
- Weissberg, R. P., Caplan, M., & Harwood, H. L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 830-841.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry, 34*, 932-940.
- Wickramatne, P. J., Weissman, M. M., Leaf, P. J., & Holford, T. R. (1989). Age, period, and cohort effects on the risk of major depression: Results from five United States communities. *Journal of Clinical Epidemiology, 42*, 333-343.
- Winokur, G., Coryell, W., Keller, M., Endicott, J., & Akiskal, H. (1993). A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 50*, 457-465.
- Zubernis, L. S., Cassidy, K. W., Gillham, J. E., Reivich, K. J., & Jaycox, L. H. (1999). Prevention of depressive symptoms in preadolescent children of divorce. *Journal of Divorce and Remarriage, 30*, 11-36.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.