

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE LIEN ENTRE L'AJUSTEMENT CONJUGAL ET LA DÉPRESSION CHEZ
LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARIA ROCIO GOLDFARB

JUILLET 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cette thèse est le résultat d'un long parcours rempli de défis, de réflexions, de remises en question, de prises de décision et de réalisations. Je n'aurais jamais réussi à mener à bien ce grand projet sans le soutien et l'aide de plusieurs personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce processus.

Je désire avant tout remercier mon directeur de thèse, Monsieur Gilles Trudel, professeur titulaire à l'Université du Québec à Montréal. J'étais une immigrante nouvellement arrivée, avec un diplôme étranger, lorsque tu as pris une chance et tu m'as acceptée comme étudiante au doctorat. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir offert des opportunités de rédaction durant mes études doctorales. Je tiens aussi à souligner les contributions de Monsieur Richard Boyer. Je te suis très reconnaissante pour tes précieux conseils au plan théorique et méthodologique ainsi que sur la rédaction d'articles scientifiques. J'aimerais aussi remercier Monsieur Michel Prévile, qui nous a malheureusement quitté trop tôt. Michel m'avait intégrée dans l'équipe de recherche et il m'a offert des opportunités de recherche enrichissantes. Sa passion pour la recherche était contagieuse. J'aimerais exprimer ma gratitude à Monsieur Jean Bégin, ancien statisticien du département de psychologie ainsi qu'à Monsieur Djamal Berbiche, statisticien du projet ESA. Avec votre patience, vous avez su rendre les analyses statistiques moins pénibles et ardues. Ensuite, je voudrais souligner ma reconnaissance aux Instituts de Recherche en Santé du Canada qui m'ont octroyé une bourse doctorale.

Je tiens à remercier à mon amie Alisson Poirier-Arbour. Merci du temps que tu m'as accordé pour m'aider à mener cette thèse à terme. Je ne crois pas que j'aurais réussi sans ton aide et ton encouragement. D'ailleurs, je garde les meilleurs souvenirs du temps où nous avons eu nous cours de doctorat ensemble. Merci aussi à mon ami

Tomas Chamorro Premuzic pour ton aide précieuse dans la rédaction des manuscrits scientifiques. Merci également à mes amies, particulièrement à Ana Cristina, Paola et Wendy. Vous m'avez soutenue tout au long de cet ardu processus.

J'aimerais remercier mon mari, Nicolas. Tu as été à mes côtés tout au long de ce fastidieux parcours et tu m'as encouragée à persévérer dans les moments difficiles. Toi aussi tu as dû faire des sacrifices et je te serai éternellement reconnaissante. Je souhaite remercier mes enfants, Alicia et Manuel. Vous remplissez ma vie d'un bonheur inimaginable. Vos sourires et votre joie de vivre illuminent mes journées. Merci à ma tante Raquel de m'avoir soutenu non seulement pendant les obstacles inévitables du doctorat, mais aussi ceux de la vie pendant les 14 années de mon aventure Montréalaise. Je souhaite remercier aussi mes parents, Graciela et Rogelio. Vous m'avez élevée de sorte que je fasse confiance à mes capacités. J'ai appris que tout rêve est atteignable si je m'y mets. J'aimerais également remercier mes sœurs, Jazmin et Celeste, vous êtes les meilleures sœurs que j'aurais pu avoir. Et finalement, *gracias a la vida que me ha dado tanto*.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	6
1.1 Introduction	7
1.2 Les couples ainés	7
1.2.1 La qualité de la relation conjugale : définitions.....	7
1.2.2 Le fonctionnement conjugal des ainés.....	9
1.2.3 La satisfaction conjugale des ainés.....	15
1.2.4 Les facteurs associés.....	17
1.3 La dépression chez les ainés.....	22
1.3.1 Définition de la dépression majeure.....	22
1.3.2 Définition de la dépression mineure.....	23
1.3.3 Prévalence.....	23
1.3.4 Pronostic.....	28
1.3.5 Conséquences.....	31
1.3.6 Facteurs de risque.....	33
1.3.6.1 Facteurs biologiques.....	34
1.3.6.2 Facteurs psychologiques.....	35
1.3.6.3 Facteurs sociaux.....	36
1.3.7 Facteurs de protection.....	38
1.4 Le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les ainés.....	40
1.5 Objectifs et hypothèses de recherche.....	46

1.5.1	Hypothèse I.....	46
1.5.2	Hypothèse II.....	47
1.5.3	Hypothèse III.....	47
CHAPITRE II :		
PREMIER ARTICLE		
MARITAL QUALITY AND DEPRESSION : A REVIEW.....		48
2.1	Abstract.....	50
2.2	Introduction.....	51
2.3	Interpersonal models of depression.....	54
2.4	Young/Middle-aged adults.....	55
2.4.1	Cross-sectional association between marital quality and depression.....	56
2.4.2	Longitudinal associations between marital quality and depression.....	58
2.4.3	Mediating and moderating variables of the cross-sectional and longitudinal associations between marital quality and depression.....	64
2.4.3.1	Mediating variables.....	64
2.4.3.2	Moderating variables.....	67
2.5	Older adults.....	70
2.5.1	Cross-sectional association between marital quality and depression.....	72
2.5.2	Longitudinal associations between marital quality and depression.....	73
2.5.3	Mediating and moderating variables of the cross-sectional and longitudinal associations between marital quality and depression.....	76
2.6	Conclusion.....	76
2.7	References.....	82
CHAPITRE III :		
DEUXIÈME ARTICLE.		
TILL DEPRESSION DO US PART? EXAMINING THE PROSPECTIVE ASSOCIATIONS BETWEEN DEPRESSION AND MARITAL ADJUSTMENT IN OLDER ADULTS.....		92
3.1	Abstract.....	94
3.2	Introduction.....	96

3.3 Method.....	99
3.3.1 Sample.....	99
3.3.2 Procedure.....	100
3.3.3 Instruments.....	101
3.3.4 Analyses.....	102
3.4 Results.....	104
3.5 Discussion.....	107
3.6 References.....	115
3.7 Tables and figures.....	122
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	124
4.1. Rappel des objectifs, des résultats et de leurs interprétations.....	125
4.1.1. Premier article.....	125
4.1.2. Deuxième article.....	133
4.2. Limites méthodologiques et pistes de recherche futures.....	145
4.3. Contributions scientifique de la thèse et conclusion générale.....	151
APPENDICE A	
ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES REVUES SCIENTIFIQUES.....	155
APPENDICE B	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉPRESSION MAJEURE ET DE LA DÉPRESSION MINEURE SELON LE DSM-IV-TR.....	158
APPENDICE C	
CERTIFICAT D'ACCEPTATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE.....	163
APPENDICE D	
QUESTIONNAIRES ET ENTREVUE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDE.....	165
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.....	195

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE III

3.9 Cross-sectional and cross-lagged relations between marital
adjustment and depression.....123

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE III

3.8 Intercorrelations among marital adjustment, depression

depression and covariates.....122

RÉSUMÉ

Problématique : Les aînés sont de plus en plus nombreux et vivent plus longtemps que jamais. Une grande partie des aînés qui résident à domicile sont en couple. Quelques études suggèrent que les couples aînés sont très satisfaits de leur relation conjugale tandis que d'autres suggèrent un portrait plus sombre. Par ailleurs, la prévalence de la dépression majeure semble diminuer avec l'âge. Par contre, elle aurait de sérieuses conséquences sur la qualité de vie des aînés. Les études chez des couples plus jeunes suggèrent que la dépression et la qualité de la relation conjugale sont significativement associées mutuellement dans le temps. Cette association a été peu explorée chez les aînés.

Objectifs et hypothèses : L'objectif général de la recherche est de documenter l'existence d'un lien entre l'ajustement conjugal et la dépression chez les aînés. Cette thèse vise à atteindre cet objectif de deux façons : 1) une recension des écrits exhaustive non systématique et 2) une étude empirique. Dans cette dernière, les hypothèses suivantes ont été formulées : l'ajustement conjugal et la dépression sont significativement associés de façon transversale. L'association longitudinale est bidirectionnelle.

Méthodologie : La recension a été effectuée par mots-clés sur les bases de données PsycNet et PUBMED/MedLine et en consultant les listes de références des notices retenues. En ce qui a trait à l'article empirique, l'échantillon a été composé de 847 participants mariés de l'Étude sur la Santé des Aînés (ÉSA). Elle a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. L'ÉSA est une étude épidémiologique longitudinale conduite auprès de personnes âgées de 65 ans et plus lors du premier temps de mesure, qui parlent et comprennent le français et qui habitent dans la communauté au Québec. Les sujets de l'ensemble de l'étude (N = 2784 au temps 1) constituent un échantillon représentatif de la population québécoise. Les participants ont répondu à une entrevue diagnostique pour déterminer les diagnostics de dépression majeure ou mineure et un questionnaire autorapporté qui mesure le niveau d'ajustement conjugal.

Résultats : Les études qui mesurent le lien longitudinal entre la dépression et la qualité de la relation conjugale chez les aînés sont rares et comportent des limites méthodologiques. Les résultats de la présente étude empirique suggèrent que le lien transversal entre l'ajustement conjugal et la dépression est significatif. De plus, dans son volet longitudinal, l'ajustement conjugal au temps 1 prédit significativement la

dépression au temps 2. Cependant, la dépression au temps 1 n'est pas associée significativement à l'ajustement conjugal au temps 2. Les hypothèses sur la direction du lien sont en conséquence partiellement confirmées et suggèrent une relation unidirectionnelle. La force de l'association longitudinale est cependant faible.

Conclusions et implications : Ces résultats sont plutôt en désaccord avec ce qui a été retrouvé chez les aînés en ce qui a trait à la direction des effets, mais ils reproduisent les données issues des études avec des couples plus jeunes. De plus, ils appuient le modèle de la discorde conjugale de la dépression. Enfin, les implications de cette étude sur les plans théorique et clinique seront discutées.

Mots clés : dépression, ajustement conjugal, aînés, devis longitudinal

INTRODUCTION

L'examen des statistiques sur le vieillissement de la population suggère que les études touchant les personnes de 65 ans et plus devraient être une priorité. Selon *Statistique Canada*, le Canada comptait, en 2009, 4,7 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, soit un nombre deux fois plus élevé que celui observé en 1981. Selon tous les scénarios de projection, la croissance de ce groupe s'accélérerait dans les prochaines années. D'ici 2036, le nombre de personnes âgées ne ferait plus que doubler, variant entre 9,9 et 10,9 millions selon le scénario prévu. En 2061, ce nombre oscillerait entre 11,9 et 15,0 millions (Statistique Canada, 2015). Ce groupe d'âge est celui qui s'accroît le plus rapidement au Canada. De plus, l'espérance de vie s'est grandement améliorée durant le dernier siècle (Statistique Canada, 2017). En 1920-1922, un homme de 65 ans pouvait s'attendre à vivre encore 13 ans de plus et les femmes, 13,5 années. En 2009-2011, les hommes de 65 ans pouvaient s'attendre à vivre encore 18,8 années de plus et les femmes, 21,7 années. Cela veut dire que de 1920-1922 à 2009-2011, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 5,8 années pour les hommes et de 8,2 années pour les femmes. Donc, non seulement il y a de plus en plus de personnes âgées de 65 ans et plus, celles-ci ont une espérance de vie accrue. Selon les informations du recensement de la population canadienne de 2011, la majorité (56,4%) des personnes âgées de 65 ans et plus vivent en couple avec leur conjoint marié ou leur partenaire en union libre (Statistique Canada, 2011). Dans ce groupe d'âge, la prévalence de la vie en couple diminue avec l'âge. Chez les personnes âgées de 65 à 69 ans, 70% vivaient en couple, tandis que chez les 85 ans et plus, ce n'était plus que 21,9%, en raison principalement du taux de mortalité.

Parallèlement au vieillissement de la population, il y a une augmentation du taux de divorce chez les couples âgés. Aux États-Unis, ce taux chez les personnes âgées 50 ans et plus aurait doublé entre 1990 et 2010 (Brown & Lin, 2012). En 1990, moins d'une

personne sur 10 qui se divorçait avait 50 ans et plus, tandis qu'en 2010, une personne sur quatre avait cet âge. Cela dit, dans cette étude le taux de divorce était beaucoup plus élevé chez les personnes d'âge moyen que chez les personnes âgées. Cependant, l'augmentation du taux de divorce a été plus prononcée chez les couples âgés. Les conséquences potentielles négatives d'un divorce ne sont pas négligeables. Comparées aux personnes âgées mariées, les personnes âgées non mariées (personnes séparées/divorcées, veuves ou jamais mariées) auraient un risque significativement plus élevé de mortalité (Manzoli, Villari, Pirone, & Boccia, 2007), d'invalidité (Goldman, Korenman, & Weinstein, 1995), de maladies coronariennes (Smith et al., 2011) et de dépression (Kamiya, Doyle, Henretta, & Timonen, 2013; Yan, Huang, Huang, Wu, & Qin, 2011). Dans une étude avec un échantillon représentatif de la population âgée du Manitoba, être marié était associé à un risque moindre de symptômes dépressifs chez les hommes, mais pas chez les femmes (St John & Montgomery, 2009). Parmi les femmes, le groupe avec un niveau de symptômes dépressifs le plus élevé était chez les femmes mariées, mais insatisfaites conjugalement. C'est-à-dire, être marié semble être chez les personnes âgées un facteur de protection, mais la qualité de la relation conjugale peut aussi être associée à la dépression. Ce phénomène ne serait pas exclusif aux couples aînés. Parmi les adultes plus jeunes, la relation conjugale serait aussi associée au bien-être psychologique, mais uniquement lorsque les conjoints sont satisfaits de leur relation (Coyne & Benazon, 2001). Qui plus est, selon une étude épidémiologique avec des adultes de tous âges, les hommes et les femmes auraient un risque 25 fois plus élevé de vivre un épisode dépressif majeur s'ils sont malheureux dans leur mariage (Weissman, 1987). Chez les aînés, une étude avec des données transversales et longitudinales a trouvé qu'une relation maritale satisfaisante protégeait les deux conjoints des facteurs potentiels de risque de la dépression, mais en même temps les rendait plus vulnérables à la contagion de la dépression (Tower & Kasl, 1995, 1996). Les symptômes dépressifs d'un partenaire pourraient donc induire des symptômes dépressifs chez l'autre dans les mariages caractérisés par des niveaux élevés de proximité émotionnelle. D'autre part,

pour les hommes, la proximité affective avec leur épouse les protégerait des effets potentiellement dépressogènes de leur propre état de santé et de leurs inquiétudes financières, mais augmenterait leur vulnérabilité reliée à l'état de santé de leur femme. Pour les épouses, même en présence d'une grande proximité affective, leur propre état de santé était associé négativement à leurs symptômes dépressifs. Finalement, une autre étude a trouvé que des personnes âgées avec des limitations fonctionnelles auraient un risque plus élevé de vivre des symptômes dépressifs dans le contexte d'un désaccord marital élevé (Bookwala & Franks, 2005).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la dépression majeure est la quatrième cause d'invalidité dans le monde et c'est la maladie qui cause le plus grand fardeau non mortel (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004). Plus spécifiquement, la dépression chez les personnes âgées serait un problème de santé mentale grave et croissant (Blazer, 2002). Selon un rapport de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006), plus de 100,000 aînés auraient un diagnostic dépressif et 400,000 personnes additionnelles souffriraient de symptômes dépressifs assez sévères pour bénéficier d'un traitement.

En résumé, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses et elles vivent majoritairement en couple, quoi que le taux de divorce ait beaucoup augmenté dans les dernières années dans ce groupe d'âge. De plus, un grand nombre de personnes âgées souffrent de symptômes dépressifs et la qualité de leur relation conjugale peut agir comme facteur de protection ou de risque.

La présente thèse s'intéresse donc au lien transversal et longitudinal entre l'ajustement conjugal et la dépression majeure et mineure chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Il s'agit d'une étude basée sur a) une recension des écrits rigoureuse et exhaustive (non systématique) et b) une analyse empirique. La recension des écrits résume les études

publiées entre 1995 et 2015 sur le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression. Le manuscrit focalise d'abord sur le lien entre ces variables chez les adultes de tous âges pour ensuite décrire l'état des connaissances de façon plus précise chez les personnes âgées. Les analyses empiriques (présentées dans un deuxième article scientifique) furent effectuées avec un devis de recherche transversal et longitudinal (devis de décalé croisé ou *cross lagged*), avec deux temps de mesure séparés d'environ 12 mois. Nous avons donc mesuré s'il existe une association transversale entre l'ajustement conjugal et la dépression, ainsi que les associations longitudinales dans le but d'identifier la direction et la magnitude du lien temporel entre ces variables. L'échantillon a été composé des participants mariés de l'Étude sur la Santé des Aînés (ÉSA; chercheur principal : Michel Prévile, projet financé par les IRSC). L'ÉSA est une étude épidémiologique longitudinale conduite auprès de personnes âgées de 65 ans et plus lors du premier temps de mesure, qui parlent et comprennent le français et qui habitent dans la communauté au Québec. Les sujets de l'ensemble de l'étude (N = 2784 au temps 1) constituent un échantillon représentatif de la population québécoise.

Enfin, en ce qui concerne la structure de la présente thèse, elle se divise en quatre chapitres principaux. Le chapitre I comporte l'introduction générale, les objectifs et hypothèses. Dans ce chapitre, les définitions des concepts, le fonctionnement conjugal des couples aînés, leur satisfaction conjugale et les facteurs qui y sont associés seront relatés. Également, la prévalence de la dépression majeure et mineure chez les personnes âgées, ses conséquences, les facteurs de protection et de risque seront mentionnés. Ensuite, l'état des connaissances sur le lien entre la dépression et la satisfaction conjugale chez les personnes âgées sera souligné. Ce chapitre se termine par une description des objectifs et hypothèses de la présente recherche doctorale. Le chapitre II présente le premier manuscrit intitulé «*Marital quality and depression: A review*». Cet article a été soumis pour publication dans la revue scientifique *Marriage and Family Review*. L'accusé de réception se trouve dans l'Appendice A. Le chapitre

III présente les résultats du deuxième manuscrit intitulé «*Till depression do us part? Examining the prospective associations between depression and marital adjustment in older adults.*» Cet article a été soumis pour publication dans la revue scientifique *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. L'accusé de réception se trouve dans l'Appendice A. Le chapitre IV présente une discussion générale et une analyse critique des résultats obtenus. En terminant, nous souhaitons apporter une précision sur les termes utilisés pour la qualité de la relation conjugale dans la présente thèse. Lors des synthèses des publications dans le domaine, le terme *qualité de la relation conjugale* a été priorisé. Les raisons qui motivent ce choix sont expliquées au chapitre I. Par contre, lorsque nous discutons des résultats de notre recherche empirique, le terme *ajustement conjugal* a été utilisé. Nous faisons ce choix pour rester fidèles au concept théorique qui a été mesuré dans nos analyses.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

1.1 Introduction

Le présent chapitre élabore le contexte théorique de la recherche doctorale. Il est organisé en quatre sections. La revue de la documentation se penche tout d'abord sur la qualité de la relation conjugale des aînés. Cette section débute par une mise au point sur les différents termes utilisés dans la recherche sur le sujet. Elle est suivie par une synthèse de la documentation sur le fonctionnement conjugal des aînés, sur leur satisfaction conjugale et sur les facteurs qui y sont associés. Dans la deuxième section, après une définition de la dépression majeure et la dépression mineure selon les critères du DSM-IV-TR, l'état actuel des connaissances sur la prévalence et le pronostic de ces troubles chez les aînés, les conséquences y associées ainsi que les facteurs de risque et de protection seront relatés. La troisième section traitera de la mise en relation des deux variables à l'étude. Puisque ce dernier thème sera abordé en profondeur au deuxième chapitre, le sujet sera décrit de façon plus sommaire dans cette section. Pour conclure, les objectifs et les hypothèses de recherche seront précisés.

1.2 Les couples aînés

1.2.1 La qualité de la relation conjugale : définitions

La qualité de la relation conjugale ou maritale est un construit multidimensionnel qui fait référence à la façon, soit positive ou négative dont les individus estiment leur relation (Morry, Reich, & Kito, 2010). Une variété de concepts interreliés sont repérés dans les écrits scientifiques sur le sujet. Les termes le plus souvent retrouvés sont la satisfaction, l'ajustement, la proximité et le bonheur conjugal dans le spectre des

aspects positifs de la relation et l'hostilité, la distance, la discorde et la détresse conjugale dans le spectre négatif. Différentes échelles ont été construites à partir de ces concepts. Dans une recension des écrits des études longitudinales sur la qualité de la relation conjugale, 30 différentes mesures de la qualité de la relation avaient été repérées (Karney & Bradbury, 1995). Celles-ci sont en général fortement corrélées (Smith & Baron, 2016), mais il est possible qu'elles ne soient pas également sensibles aux changements dans le temps de la qualité de la relation conjugale (Karney & Bradbury, 1995). L'un des instruments de mesure le plus utilisés dans le domaine est l'Échelle d'ajustement dyadique (DAS; Spanier, 1976). Spanier définissait l'ajustement comme un processus qui évolue dans le temps selon cinq facteurs, soit les différences problématiques dans le couple, les tensions intra et interpersonnelles, la satisfaction et la cohésion dyadique ainsi que le consensus sur les aspects jugés importants par l'un ou l'autre partenaire (Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986; Spanier, 1976). Selon cette définition, la satisfaction serait un aspect parmi d'autres de l'ajustement conjugal. Cependant, les chercheurs ont typiquement utilisé des échelles comme le DAS comme des mesures globales d'évaluation de la satisfaction, comme si l'ajustement et la satisfaction étaient des synonymes (Heyman, Sayers, & Bellack, 1994). Qui plus est, les différents termes associés à la qualité de la relation conjugale sont souvent utilisés dans la documentation scientifique de façon interchangeable (e.g., South, Krueger, & Iacono, 2011).

Enfin, un dernier concept associé est celui du fonctionnement conjugal. Celui-ci serait défini par la qualité de la relation conjugale et les patrons d'interactions entre les conjoints (Wickrama, O'Neal, & Lorenz, 2013). Les recherches à ce sujet utilisent généralement différents instruments pour le mesurer, les interactions conjugales étant parfois autorapportées par les partenaires ou observées en laboratoire (e.g., Davila, Bradbury, Cohan, & Tochluk, 1997; Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1998; Herr, Hammen, & Brennan, 2007; Kouros & Cummings, 2011).

En somme, il existe plusieurs termes et concepts interreliés dans le domaine de recherche sur la qualité de la relation conjugale. Les difficultés de consensus sur les définitions conceptuelles et leur adaptation à des instruments de mesure peuvent être une entrave pour la recherche, car elles peuvent contribuer au manque de cohésion entre les résultats de celles-ci (Karney & Bradbury, 1995; Smith & Baron, 2016).

1.2.2. Le fonctionnement conjugal des aînés

La plupart des recherches sur le fonctionnement conjugal des couples aînés ont été basées sur la théorie de la sélectivité socioémotionnelle (TSS; Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999). Selon ce modèle théorique, la perception du temps prédit le type d'objectifs que les gens poursuivent et les partenaires avec qui ils souhaitent les accomplir. Les jeunes (avec une vision du temps expansive) seraient plus motivés par des objectifs d'apprentissage et d'acquisition d'informations, tandis que les personnes âgées ou en fin de vie (avec une conscience que le temps de vie qui reste est limité) prioriseraient des objectifs émotionnels, orientés plus vers l'obtention d'une satisfaction dans le moment présent (Mogilner, Kamvar, & Aaker, 2011). De cette façon, les aînés concentreraient leur énergie émotionnelle dans les relations intimes et enrichissantes, préférant la qualité par rapport à la quantité. Les couples aînés auraient tendance à accepter leur relation telle qu'elle est, mettre l'accent sur les aspects positifs de leur relation, tout en accordant moins d'importance aux aspects négatifs (Carstensen et al., 1999). Après avoir vécu un état émotionnel négatif, les aînés seraient capables de retourner à un état émotionnel positif plus rapidement que les jeunes adultes (Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselroade, 2000). Selon ces prémisses, les couples aînés vivraient moins de discorde conjugale et seraient en mesure d'y réagir de façon plus constructive quand la discorde se produit (Smith & Baron, 2016).

Les prédictions de la TSS sur le fonctionnement conjugal des couples aînés ont été vérifiées dans des recherches empiriques (Carstensen, Gottman, & Levenson, 1995; Levenson, Carstensen, & Gottman, 1993, 1994). Ces auteurs ont recruté des couples d'âge moyen (le partenaire le plus âgé devait avoir entre 40 et 50 ans et le couple devait être marié depuis au moins 15 ans) et des couples aînés (le partenaire le plus âgé devait avoir entre 60 et 70 ans et le couple devait être marié depuis au moins 35 ans). Il ne pouvait pas avoir un écart d'âge de plus de cinq ans entre les conjoints. Chez les couples d'âge moyen, l'âge moyen des conjoints était de 44,3 ans ($SD = 2,9$) et pour les conjointes, elle était de 43,3 ans ($SD = 2,9$). Chez les couples aînés, l'âge moyen des conjoints était de 63,6 ans ($SD = 2,9$) et de 62,2 ans ($SD = 3,2$) pour les conjointes. Les deux groupes d'âge ont aussi été divisés en deux sous-groupes, les maritalement satisfaits et les insatisfaits, créant ainsi un total de quatre groupes de couples (âge moyen satisfaits, âge moyen insatisfaits, aînés satisfaits, aînés insatisfaits). L'échantillon était représentatif des résidents de Berkeley, en Californie, au plan éducatif, économique et religieux. Les participants ont rempli des questionnaires sur leur vie conjugale et leur santé physique et émotionnelle. De plus, les couples ont été enregistrés pendant qu'ils discutaient d'un sujet conflictuel pendant 15 minutes. Les interactions des couples ont été observées et leur activité physiologique a été monitorée. Les couples aînés rapportaient un affect plus positif de leurs interactions conjugales que les couples d'âge moyen (Levenson et al., 1994). Les données observationnelles sont allées dans le même sens : les couples d'aînés étaient capables de résoudre des conflits avec moins d'émotions négatives et de façon plus affectueuse que les couples plus jeunes, et ce même après avoir contrôlé l'effet de la satisfaction conjugale (Carstensen et al., 1995). De plus, il y avait moins d'activation cardiovasculaire dans leurs interactions conflictuelles (Levenson et al., 1994). Selon les auteurs, ce résultat pourrait refléter la capacité des personnes âgées de rester plus calmes même en abordant des sujets difficiles et controversés. En outre, il y avait des différences entre les deux groupes dans les sources de conflit et dans les sources de plaisir (Levenson et al., 1993). Les chercheurs ont conclu que les couples plus âgés

avaient un potentiel de conflit plus réduit et un potentiel de plaisir plus élevé que les couples d'âge moyen. Finalement, il n'y avait pas de différence d'âge dans l'association entre l'insatisfaction conjugale et les interactions où il y avait plus d'émotions négatives, plus de réciprocité d'émotions négatives et moins d'émotions positives (Carstensen et al., 1995; Levenson et al., 1994). Cependant, les couples âgés maritalement insatisfaits avaient moins tendance que les trois autres groupes à s'engager dans des séquences d'interactions dans lesquelles l'affect neutre d'un conjoint était suivi par un affect négatif de l'autre (Carstensen et al., 1995). Les chercheurs ont conclu que ceci peut aider à comprendre comment certains couples maritalement insatisfaits restent ensemble longtemps, car ils auraient appris à mieux éviter l'escalade négative dans leurs interactions.

Plus récemment, des chercheurs ont tenté de reproduire ces analyses (Henry, Berg, Smith, & Florsheim, 2007; Smith et al., 2009; Story et al., 2007). Les auteurs rapportent avoir suivi les mêmes critères de recrutement et d'inclusion pour les groupes d'âge que ceux utilisés par Carstensen et ses collègues (Carstensen et al., 1995; Levenson et al., 1993; Levenson et al., 1994). Nous remarquons par contre trois différences dans les critères d'inclusion/exclusion : dans la présente recherche la différence d'âge entre les partenaires ne devait pas être supérieure à 10 ans (versus cinq ans), les couples devaient être mariés depuis au moins cinq ans (versus au moins 15 ans pour le groupe d'âge moyen et 35 ans plus les couples aînés) et les participants pouvaient être à la retraite (dans le projet de Carstensen et ses collègues, le soutien économique principal du foyer ne devait pas être à la retraite). En outre, dans la présente recherche les interactions des couples ont été observées en laboratoire dans deux contextes plutôt qu'un : dans une discussion d'un sujet conflictuel et dans une tâche collaborative de résolution de problèmes (le couple devait planifier l'ordre et le chemin pour faire des achats dans un village fictif). Finalement, un outil de codification des interactions différent de celui de Carstensen et ses collègues a été utilisé. Pour ce qui est des données autorapportées,

Henry et ses collègues (2007) ont trouvé que les couples aînés rapportaient une satisfaction maritale plus élevée ainsi qu'une perception plus positive et moins négative de leurs conjoints dans les interactions de la vie quotidienne que les couples d'âge moyen. Ils percevaient leur partenaire comme étant plus chaleureux(euse) dans leurs interactions de collaboration et de conflit telles que mesurées en laboratoire. Cependant, il n'y avait pas de différence d'âge concernant la perception de caractéristiques négatives après les interactions en laboratoire. Ceci suggérerait que la capacité des aînés de « mettre de côté » les aspects négatifs de leurs interactions dépendrait du contexte dans lequel ils se trouvent. Toutefois, peu de différences d'âge ont été repérées à partir des observations des comportements en laboratoire. C'est-à-dire, les couples aînés avaient une perception plus positive de leurs interactions que celle des observateurs externes. Ce résultat appuierait l'hypothèse de la TSS qui stipule que les aînés auraient une vision biaisée vers les aspects positifs de leur relation et seraient plus orientés vers les émotions positives (Story et al., 2007). Cependant, dans les deux groupes d'âge, la perception positive et négative du comportement du conjoint était associée à la satisfaction conjugale de façon indépendante. La perception plus positive des interactions n'était donc pas plus associée à la satisfaction maritale chez les couples âgés que chez les couples d'âge moyen (Henry et al., 2007). Par contre, les perceptions négatives des comportements quotidiens étaient plus associées à l'insatisfaction conjugale chez les couples aînés qu'elle ne l'était chez les couples d'âge moyen. C'est-à-dire que même si les aînés focalisent plus que les couples plus jeunes sur les aspects positifs de leurs interactions, les aspects négatifs ont un impact bien réel et ils ne sont pas facilement mis de côté, au point qu'ils affectent négativement la satisfaction conjugale (Henry et al., 2007). Ces résultats suggèrent que les aspects positifs et négatifs sont des dimensions indépendantes et que la présence de l'un n'implique pas l'absence de l'autre. Smith et ses collègues (2009) ont aussi trouvé que les couples d'aînés avaient une perception plus positive de leurs interactions lors de conflits, rapportaient moins de colère et percevaient leur partenaire comme moins hostile que les couples d'âge moyen. Cependant, ces différences ont été éliminées

lorsque la satisfaction conjugale a été statistiquement contrôlée. Ceci suggère que la perception plus positive des aînés serait mieux expliquée par leur niveau plus élevé de satisfaction conjugale ; elle ne serait pas attribuée à l'âge en tant que tel. De plus, comme dans l'étude de Henry et ses collègues (2007), selon les données observationnelles, les couples aînés n'étaient pas plus chaleureux ni moins négatifs que les couples d'âge moyen lors des interactions de conflit en laboratoire. Lors de l'interaction de coopération, les couples d'aînés étaient généralement moins chaleureux que les couples d'âge moyen. Cependant, ils manifestaient plus de chaleur lorsqu'ils exerçaient du contrôle sur leur partenaire. Les chercheurs suggèrent que ceci pourrait refléter leurs efforts pour s'attaquer à la tâche tout en protégeant la qualité de la relation. Ces différences restaient significatives même après avoir statistiquement contrôlé pour la satisfaction conjugale.

Enfin, une étude américaine avec échantillon de plus de 4,000 personnes mariées (dans leur premier mariage) s'est intéressée aux différences d'âge dans l'expérience de difficultés conjugales (Bookwala & Jacobs, 2004). Les participants ont donc répondu à des questionnaires sur la perception d'injustice dans la distribution des rôles dans le couple, le niveau de désaccord et des stratégies de résolution de conflits. Il est à noter qu'ils n'ont pas évalué le couple, seulement un individu par demeure avait participé au projet. Les participants ont été séparés en trois groupes d'âge : jeunes (20 à 39 ans), âge moyen (40 à 59 ans) et âgés (60 ans et plus). Selon leurs résultats, même s'il y avait une tendance à une diminution des difficultés conjugales avec l'âge, il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes. Toutefois, les aînés rapportaient un niveau de satisfaction conjugale significativement plus élevé que les deux groupes plus jeunes. Ce résultat confirmerait, selon les auteurs, le postulat de la TSS sur la capacité des couples aînés de mettre leurs problèmes de côté afin de préserver leur relation conjugale.

En bref, des recherches se sont attardées au fonctionnement conjugal des personnes âgées, particulièrement à leurs comportements émotionnels dans les échanges du couple et son lien avec la satisfaction conjugale. Sauf dans l'étude de Bookwala et Jacobs (2004), les recherches ont utilisé des mesures autorapportées et des mesures observationnelles. Les données autorapportées suggèrent généralement que les aînés ont une satisfaction conjugale plus élevée et une perception plus positive et moins négative des comportements de leur partenaire que les personnes d'âge moyen. Ceci serait en concordance avec l'hypothèse de la TSS d'une prédominance des aspects positifs des relations intimes lorsque les personnes sont dans les dernières étapes de la vie (Carstensen et al., 1999). Par contre, des résultats mixtes sur les différences d'âge ont été retrouvés à partir des analyses observationnelles des interactions en laboratoire. Les conflits et les émotions négatives chez les aînés seraient bien réels et ils auraient un impact sur la satisfaction conjugale (Henry et al., 2007).

Ces recherches ont quelques limitations. D'abord, elles sont toutes transversales. Les différences d'âge pourraient refléter des effets de cohorte et pas nécessairement une évolution du fonctionnement conjugal avec l'âge. De plus, il est possible que les différences retrouvées soient mieux expliquées par la durée de la relation maritale et non l'âge en tant que tel. La plupart des couples aînés sont dans des relations de longue date, cela a même été un critère d'inclusion dans la plupart des études présentées. Par exemple, Smith et ses collègues (2009) ont remplacé les groupes d'âge dans leurs analyses par la variable *durée du mariage*. Ils ont trouvé plusieurs associations significatives, mais les effets étaient généralement plus faibles que ceux obtenus selon les groupes d'âge. Malgré cela, ces chercheurs reconnaissent qu'il n'y a pas de façon définitive de distinguer les effets de l'âge de ceux de la durée du mariage puisque ces deux variables sont intrinsèquement corrélées. Finalement, ces études ont été menées aux États-Unis, avec des échantillons principalement caucasiens, ce qui limiterait la généralisation des résultats à d'autres populations.

1.2.3 La satisfaction conjugale des aînés

L'évolution de la qualité de la relation conjugale à travers les années de mariage et de la vie a été un sujet d'intérêt dans les recherches sur la famille depuis longtemps (Silverstein & Giarrusso, 2010). Des études transversales ont comparé le niveau de satisfaction conjugale selon le groupe d'âge alors que des études longitudinales ont suivi son évolution à travers le temps. Plusieurs études transversales ont suggéré que l'association entre la satisfaction conjugale et l'âge serait curvilinéaire, avec une courbe en U (pour un résumé, voir Glenn, 1990). C'est-à-dire, la satisfaction conjugale commencerait à diminuer à partir des premières années de la relation. Cette diminution atteindrait son point culminant et le niveau le plus bas de satisfaction serait atteint après 20-25 ans de mariage, pour ensuite remonter. Une étude mentionne qu'après 35-44 ans de mariage le niveau de satisfaction conjugale était même plus élevé que celui des premières années du mariage (Orbuch, House, Mero, & Webster, 1996). Selon cette étude, le fait d'avoir des enfants expliquerait le déclin initial de la satisfaction conjugale alors que la remontée de la satisfaction dans les années ultérieures serait expliquée par la diminution de la charge de travail et des responsabilités parentales. Cependant, les données d'études longitudinales suggèrent un portrait de l'évolution de la satisfaction conjugale bien différent. Il n'y aurait pas de remontée dans la satisfaction conjugale après le déclin initial (Johnson, Amoloza, & Booth, 1992; Umberson, Williams, Powers, Chen, & Campbell, 2005; Vaillant & Vaillant, 1993; Van Laningham, Johnson, & Amato, 2001). Dans une étude longitudinale qui a suivi un échantillon national représentatif de personnes mariées de tous âges aux États-Unis pendant 17 ans (avec 5 temps de mesure), la satisfaction conjugale diminuait continuellement ou se stabilisait après une longue période de déclin (Van Laningham et al., 2001). Ce déclin était plus marqué dans les premières années du couple. Conformément à des études précédentes, la présence d'enfants était négativement associée à la satisfaction conjugale. Cependant, leur départ de la maison pouvait, dans le meilleur des cas, ralentir

le déclin de la satisfaction conjugale. Ils ont conclu que la durée de la relation maritale affectait de façon négative la satisfaction conjugale. L'âge chronologique serait aussi négativement associée à la qualité de la relation conjugale (Umberson et al., 2005). Néanmoins, lorsque Van Laningham et ses collègues (2001) ont fait une analyse transversale avec les données du premier temps de mesure, ils ont répliqué le patron curviligne de la satisfaction maritale. Les auteurs suggèrent que la courbe d'interaction en U serait expliquée par des différences de cohorte puisque les cohortes plus âgées ressentiraient des niveaux de satisfaction conjugale plus élevés que les plus jeunes cohortes de mariés. Les plus vieilles cohortes se seraient mariées dans une période où les gens avaient une vision du mariage plus pragmatique, où les mariés avaient plus de soutien et les couples étaient plus engagés à l'idée d'un mariage à vie. Ces aspects pourraient les aider à maintenir un niveau de satisfaction conjugale plus élevé (Van Laningham et al., 2001). Ces chercheurs ont aussi divisé leur échantillon en sept cohortes selon la durée du mariage. Les cohortes plus récentes avaient les plus bas scores moyens de satisfaction conjugale et la cohorte des mariages les plus longs avait les scores les plus élevés. Toutefois, toutes les cohortes ont suivi un patron de déclin de la satisfaction conjugale similaire. De plus, ces chercheurs ont trouvé qu'un effet de période pouvait expliquer en partie le déclin de la satisfaction conjugale pendant les années 80. Aux États-Unis, cette période aurait été marquée par une inégalité économique croissante, des difficultés de conciliation travail-famille associées à un plus grand nombre de femmes sur le marché du travail, plus de désaccords sur les rôles des genres au sein du couple ainsi qu'une généralisation d'attitudes individualistes vers le mariage et la vie familiale.

Enfin, il est à noter que ces recherches ont toutes été faites aux États-Unis, avec des échantillons composés principalement par des Caucasiens, avec un niveau d'éducation moyen ou élevé. Les généralisations à des populations plus diverses ou plus vulnérables doivent être faites avec prudence.

1.2.4. Les facteurs associés à qualité de la relation conjugale chez les aînés

D'une perspective des cycles de vie, il y a des changements importants dans les rôles sociaux qui ont lieu lorsque les adultes vieillissent et qui peuvent affecter le fonctionnement conjugal. La retraite en est un. Elle survient normalement accompagnée de défis telle la réorganisation du temps, des tâches et des rôles au sein du couple (Kulik, 2002). Elle a le potentiel d'être un facteur positif pour le couple puisqu'elle leur offre la possibilité de passer plus de temps ensemble. Une étude rapportait que chez les hommes, le fait de quitter un emploi associé à un stress élevé augmenterait la qualité de la relation maritale, tandis qu'un renversement dans les rôles à la maison (rôles de genre traditionnels) et une diminution de l'état de santé et du soutien social associé à la retraite feraient diminuer la qualité de la relation maritale (Myers & Booth, 1996). Par contre, une autre étude mentionne que la retraite était accompagnée d'une amélioration de la qualité de la relation conjugale, mais seulement après une période d'adaptation à ce changement (Moen, Jungmeen, & Hofmeister, 2001). Lors de la période de transition vers la retraite, il y aurait un déclin de la satisfaction conjugale et ce, autant pour les hommes que pour les femmes. Par ailleurs, le fonctionnement conjugal serait affecté de façon différente selon le moment où chaque partenaire prend sa retraite. Les couples où l'un des conjoints fait la transition vers la retraite et l'autre demeure au travail seraient les couples qui rapportent le plus de conflits conjugaux (Moen et al., 2001).

Un autre changement associé aux cycles de vie qui touche particulièrement les couples âgés est le départ de la maison de leurs enfants. Les études mentionnées dans la section précédente sur l'évolution de la satisfaction conjugale dans le temps soulignent que le départ des enfants de la maison peut avoir un impact positif sur la satisfaction conjugale des couples (Umberson et al., 2005; Van Laningham et al., 2001). Ce départ permettrait

aux couples de se retrouver, d'avoir une diminution des responsabilités parentales et une augmentation du temps pour faire d'autres tâches ou activités de leur choix (Orbuch et al., 1996). De plus, les enfants sont une source moins importante de conflit pour les couples aînés comparativement aux couples d'âge moyen, probablement à cause de leur départ de la maison (Levenson et al., 1993).

Dans cette période de la vie, en plus des changements liés aux rôles sociaux, il y a le déclin de la santé physique et des capacités fonctionnelles. Au Québec, 83,9% des personnes âgées de 65 ans et plus auraient au moins un problème de santé de longue durée (Institut de la Statistique du Québec, 2013). Heureusement, plusieurs des problèmes de santé chroniques fréquents, tels que l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, n'ont pas de grandes conséquences dans la vie quotidienne. Par contre, peu importe l'âge, il y aurait des maladies plus incapacitantes qui impliqueraient un ajustement dans la vie en général, mais aussi dans la vie conjugale (Moen, Robison, & Dempster-McLain, 1995). Cet ajustement pourrait avoir un impact négatif sur la satisfaction conjugale. Une étude longitudinale dont les participants étaient des couples plus jeunes (de moins de 55 ans) rapporte qu'un déclin de la santé prédit un déclin de la satisfaction conjugale (Booth & Johnson, 1994). Selon cette étude, l'effet négatif des problèmes de santé est encore plus important chez les conjoints des personnes malades que sur les conjoints malades eux-mêmes. L'impact négatif de la dégradation de la santé sur la qualité de la relation conjugale serait expliqué par les changements financiers associés à la maladie, les changements dans la division des tâches ménagères, une diminution des interactions maritales et des attitudes/réactions difficiles de la personne malade (telles que le fait d'être souvent en colère, maussade, d'ignorer son conjoint, etc.). Une autre étude longitudinale mentionne que les problèmes de santé autorapportés avaient un impact plus négatif sur la satisfaction conjugale des conjoints qu'elle ne l'avait sur les conjoints malades (Yorgason, Booth, & Johnson, 2008). Par contre, cette étude avait un échantillon

composé de personnes mariées, il n'incluait pas les deux partenaires du couple. Alors, comparées aux personnes avec des problèmes de santé autorapportés, celles qui rapportaient que leur partenaire avait des problèmes de santé vivaient des niveaux de satisfaction conjugale plus faibles. Ceci était particulièrement vrai pour les femmes qui rapportaient des problèmes de santé de leur conjoint. Comparés aux participants de 50 ans ou moins, ceux âgés de 50 ans et plus avaient moins tendance à rapporter un déclin de la qualité de la relation conjugale suite à une détérioration de la santé et ils rapportaient plus d'améliorations dans la qualité de la relation en réponse à une invalidité. Plus spécifiquement, la propre invalidité était associée à une augmentation de la satisfaction conjugale et en plus, chez les hommes, à une augmentation des interactions conjugales. De plus, les hommes qui rapportaient que leur conjointe vivait de l'invalidité rapportaient aussi une augmentation de leur satisfaction conjugale. Pour expliquer pourquoi les problèmes de santé physique seraient associés à une diminution de la satisfaction conjugale tandis que l'invalidité serait associée à une augmentation de celle-ci, les chercheurs ont suggéré qu'il peut être plus facile pour un couple de s'adapter à l'invalidité qu'à la maladie. L'invalidité serait plus stable et prévisible que les problèmes de santé, qui demanderaient des changements fréquents dans les soins de santé à prodiguer au partenaire malade. Cette hypothèse ne semble pas suffisante. Elle pourrait expliquer pourquoi l'invalidité ne serait pas associée à un déclin de la qualité de la relation conjugale, mais elle explique mal pourquoi elle est associée à une amélioration de la qualité. Elle n'explique pas non plus les différences de genre retrouvées. Comme explication possible, nous suggérons que la propre invalidité peut être associée à une augmentation de la satisfaction conjugale parce que la personne se sent prise en charge par son partenaire. De plus, il est possible aussi que les différences de genre soient expliquées par la tendance des femmes à s'investir davantage dans leur rôle de soignante naturelle au détriment de leurs besoins (Yorgason et al., 2008).

Les recherches longitudinales qui viennent d'être décrites ont évalué si les problèmes de santé physique ou l'invalidité prédisent des changements dans la qualité de la relation conjugale. Il est important de remarquer que ces études ont mesuré la perception de l'état de santé et non la présence d'une ou plusieurs maladies physiques concrètes. D'autres études longitudinales se sont attardées au lien inverse. Autrement dit, l'impact que la qualité de la relation conjugale peut avoir sur la santé physique. Dans une étude longitudinale avec un grand échantillon de personnes adultes (y compris des aînés), une relation conjugale de faible qualité prédisait une perception négative de leur propre santé physique tandis qu'une relation conjugale satisfaisante n'avait pas d'association significative avec la perception de santé subséquente (Umberson, Williams, Powers, Liu, & Needham, 2006). L'impact d'une relation conjugale de faible qualité sur la santé devenait plus grand avec l'âge. La direction temporelle contraire c'est-à-dire l'impact de la santé perçue sur la qualité de relation conjugale était plus petite. En outre, une relation conjugale de faible qualité prédirait l'hypertension (Baker et al., 2000), des maladies cardiovasculaires chez les femmes (Gallo et al., 2003), l'athérosclérose coronarienne (Smith et al., 2011) et un taux de mortalité plus élevé (Tower, Kasl, & Darefsky, 2002).

Finalement, des études qualitatives se sont intéressées aux associations entre la maladie physique et la satisfaction conjugale. Une étude qualitative avec des couples âgés dont la conjointe avait un diagnostic d'ostéoporose aurait trouvé que chez les couples qui étaient ensemble depuis longtemps et où la femme avait reçu le diagnostic depuis au moins 10 ans, il y avait plus de concordance entre leurs perceptions de la douleur ressentie par la conjointe (Roberto, Gold, & Yorgason, 2004). Il y avait aussi une corrélation négative entre ces facteurs : lorsqu'il y avait une divergence entre les perceptions de douleur, il y avait aussi une plus grande insatisfaction conjugale. Une explication possible serait que les conjoints qui seraient en mesure d'avoir une perception plus adéquate de la douleur de leur partenaire offriraient plus de soutien à

leur conjointe et seraient moins négatifs dans leurs interactions (Martire et al., 2006). D'autres études qualitatives avec des couples âgés où l'un partenaire avait un diagnostic de cancer de prostate (Harden, Northouse, & Mood, 2006), de démence (Hellstrom, Nolan, & Lundh, 2005; Robinson, Clare, & Evans, 2005) et de traumatisme craniocérébral (TCC; Layman, Dijker, & Ashman, 2005) se sont intéressées à comment les couples âgés s'adaptent aux maladies et protègent leur relation conjugale. Les résultats de ces recherches suggèrent que lorsque les couples communiquent adéquatement leur ressenti et sont capables de s'adapter aux changements imposés par une maladie, la relation conjugale peut demeurer de qualité. Parmi les couples où l'un des partenaires avait un TCC, quelques-uns relataient que depuis le traumatisme, leur relation conjugale était devenue plus forte et profonde (Layman et al., 2005). En lien avec les prédictions de la théorie de la sélectivité socioémotionnelle, le TCC et les problèmes de santé associés aux vieillissement auraient réveillé une plus grande conscience de leur vulnérabilité et leur mortalité ainsi que de la fragilité, valeur et importance de leur relation conjugale. Il est important de noter que les résultats issus des études qualitatives ne peuvent pas être généralisés et doivent être interprétés avec prudence.

En résumé, les couples âgés vivent une période de leur vie marquée par des changements importants qui peuvent être associés à la qualité de la relation conjugale. La retraite et le départ des enfants de la maison impliquent une restructuration du temps, des finances, des rôles et de la vie sociale. C'est une période qui peut aussi être marquée par des déclin de la santé et des pertes de mobilité et d'autonomie. Les couples sont donc confrontés au défi de s'adapter à ces changements. La recherche suggère qu'une période de transition est souvent nécessaire pour s'y adapter, surtout lors de la retraite. Ces changements ont le potentiel de fortifier le lien conjugal, mais malheureusement seraient parfois associés à un déclin de la qualité de la relation conjugale. Plus de recherches seraient nécessaires pour mieux comprendre les

caractéristiques des couples qui s'adaptent bien et qui maintiennent ou même améliorent leur satisfaction conjugale face à ces changements. Cela aiderait à développer des stratégies thérapeutiques pour aider les couples à affronter ensemble ces défis tout en préservant la relation conjugale.

1.3 La dépression chez les aînés

1.3.1 Définition de la dépression majeure

Selon la quatrième édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), un épisode dépressif majeur est caractérisé par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités, persistant au moins deux semaines. De plus, la personne doit présenter au moins quatre symptômes supplémentaires parmi ceux-ci : changement de l'appétit ou du poids, du sommeil, de la libido et de l'activité psychomotrice; réduction de l'énergie; idées de dévalorisation ou de culpabilité; difficultés à penser, à se concentrer, à porter attention ou à prendre des décisions; idées liées à la mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide. Pour être considéré comme un épisode dépressif majeur, un symptôme doit être nouveau ou avoir subi une aggravation évidente par rapport à la situation du sujet avant l'épisode. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives. L'épisode doit être accompagné d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Les symptômes ne peuvent pas être expliqués par les effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale ni par un deuil. Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif

majeur présentés dans la version française du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) se retrouvent à l'Appendice B.

1.3.2 Définition de la dépression mineure

Le trouble dépressif mineur fait partie de la section Troubles dépressifs non spécifiés au DSM-IV-TR. Il se caractérise par une ou plusieurs périodes de symptômes dépressifs, identiques à celles des épisodes dépressifs majeurs sur le plan de la durée. Toutefois, il comprend moins de symptômes et entraîne une déficience moindre. L'épisode comprend de deux à cinq symptômes, dont un doit être soit une humeur triste ou bien une perte d'intérêt ou de plaisir dans presque toutes les activités. Cependant, il doit induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. De plus, comme dans l'épisode dépressif majeur, les symptômes ne peuvent pas être expliqués par les effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale ni par un deuil. Les critères diagnostiques d'un trouble dépressif mineur présentés dans la version française du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) se retrouvent à l'Appendice B.

1.3.3 Prévalence de la dépression majeure et mineure chez les aînés

Selon les résultats d'une méta-analyse des études populationnelles sur la prévalence de la dépression majeure chez les personnes âgées de 75 ans et plus, la prévalence ponctuelle d'un épisode dépressif majeur variait entre 4,6% et 9,3% (prévalence combinée de 7,2%) (Luppa et al., 2012). Pour les femmes, la prévalence était entre

4,0% et 10,3% et pour les hommes, de 2,8% à 6,9%. La prévalence à vie tous sexes confondus variait entre 3,7% et 28,0%; elle était entre 4,8% et 15,4% pour les femmes, tandis que pour les hommes, elle se situait entre 4,5% et 6,9%. La prévalence maximale tous sexes confondus est plus élevée que l'addition de la prévalence maximale chez les femmes et chez les hommes. Ce pourcentage maximal provient d'une étude qui n'avait pas mesuré des différences de sexe, ce qui explique qu'il n'y ait pas de concordance entre la prévalence maximale tous sexes confondus et celles séparées par sexe. Selon ces auteurs, les sources potentielles d'hétérogénéité élevée de la prévalence étaient la teneur des protocoles, la stratégie d'échantillonnage et la qualité de l'étude. Par exemple, quelques études incluaient dans leur échantillon des personnes institutionnalisées et des personnes avec un diagnostic de démence. Chez ces personnes, la prévalence ponctuelle d'un épisode dépressif majeur serait plus élevée. De plus, la prévalence ponctuelle de la dépression mineure était de 1,0% (selon les deux études recensées). Pour les femmes, la prévalence fluctuait entre 1,2% et 3,1% et pour les hommes, entre 0,9% et 4,2%. Cependant, contrairement à ces résultats, une autre étude suggère que la prévalence de la dépression mineure est presque le double de celle de la dépression majeure et qu'elle serait souvent associée à la maladie physique (Tannock & Katona, 1995). L'une des études qui ont rapporté la prévalence de la dépression majeure et mineure chez les personnes âgées était composée d'un échantillon représentatif de la population aînée canadienne (Ostbye et al., 2005). La prévalence ponctuelle de la dépression majeure chez les Canadiens âgés de 65 ans et plus était de 2,6%, alors que la prévalence de la dépression mineure était de 4,0%. La prévalence de la dépression majeure et mineure était significativement plus élevée chez les femmes (9,3% dans l'ensemble) que chez les hommes (2,9% dans l'ensemble). La prévalence de la dépression majeure était plus élevée chez les personnes institutionnalisées (7,7%) que chez les personnes vivant dans la communauté (2,2%). Cependant, il y avait peu de différence dans la prévalence de la dépression mineure entre les personnes institutionnalisées (5,0%) et celle de la communauté (4,0%). Également, la prévalence de la dépression majeure était beaucoup plus élevée (9,5%)

pour les personnes atteintes de démence que pour les personnes sans démence (2,1%), tandis que la différence de dépression mineure chez les personnes atteintes ou non de démence était légère. La prévalence de la dépression majeure était plus élevée dans les groupes d'âge de 75 à 84 ans tant pour les hommes que pour les femmes. La prévalence de la dépression mineure augmentait avec l'âge chez les hommes, tandis que chez les femmes, la prévalence était la plus élevée dans le groupe d'âge le plus jeune (65 à 74 ans). La prévalence de la dépression mineure était plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans le groupe d'âge le plus jeune, mais cette relation s'inversait au-dessus de l'âge de 75 ans, où la prévalence était plus élevée chez les hommes. Enfin, une recension des écrits des études épidémiologiques sur la dépression majeure chez les aînés, rapporte aussi que les aînés institutionnalisés ont une prévalence de dépression majeure plus élevée que celle des aînés qui vivent en communauté (Djernes, 2006). Par contre, il y aurait des résultats contradictoires sur le lien entre la dépression majeure et l'âge dans cette population. C'est-à-dire, quelques études ont trouvé une prévalence croissante de la dépression majeure après l'âge de 75 et 85 ans dans les deux sexes, mais d'autres études n'ont pas trouvé une différence d'âge.

Ceci dit, les études épidémiologiques avec des adultes de tous âges ont généralement trouvé que la prévalence de la dépression majeure chez les aînés est significativement plus faible que celle des adultes plus jeunes. Dans une étude avec un échantillon représentatif des adultes du Canada (16 ans et plus), la relation entre l'âge et la dépression majeure affichait un déclin stable et significatif à partir de l'adolescence jusqu'au groupe des 80 ans et plus (Wade & Cairney, 1997). Initialement, les chercheurs avaient trouvé qu'après cette diminution constante, la prévalence de la dépression majeure augmentait légèrement après 69 ans. Cependant, cette remontée était disparue lorsque les chercheurs ont contrôlé statistiquement pour des facteurs sociodémographiques, tels que l'état matrimonial et le revenu. D'autres études, avec des échantillons représentatifs de divers pays dans le monde, ont aussi identifié que la

prévalence à vie ainsi que la prévalence de 12 mois d'un épisode dépressif majeur chez les aînés était considérablement inférieure à celles des groupes plus jeunes (Alonso et al., 2004; Bromet et al., 2011; Kessler et al., 2005). Cependant, cette association négative entre l'âge et la dépression majeure n'aurait pas été retrouvée dans certains pays plus pauvres (Bromet et al., 2011). Il est possible que la condition de vie des aînés dans ces pays explique ce phénomène. Souvent les conditions de travail dans ces pays sont plus précaires et donc, à la retraite, les aînés vivent dans une situation financière fragile. Les soins de santé auxquels ils ont accès sont peut-être aussi limités.

Dans une recension des écrits sur la prévalence de différents troubles psychologiques (y compris la dépression majeure) dans la population générale, Jorm (2000) a constaté que les études trouvaient des patrons différents et inconsistants dans la distribution des troubles selon les groupes d'âge. Cependant, un patron plus uniforme a été trouvé entre les études qui ont contrôlé statistiquement divers facteurs de risque, tels que le sexe, le statut marital, l'éducation, l'ethnie et le revenu. Ainsi, ces études suggèrent que le nombre de symptômes dépressifs et la prévalence d'un épisode dépressif majeur diminuent avec l'âge.

En somme, les résultats des études épidémiologiques suggèrent généralement que chez les aînés la prévalence de la dépression mineure est supérieure à celle de la dépression majeure. De plus, à l'exception de quelques pays en voie de développement, la prévalence de la dépression majeure serait inférieure chez les aînés que chez les adultes de moins de 65 ans. Autrement dit, ces données suggèrent une diminution de la prévalence de la dépression majeure avec l'âge. Les données seraient moins concluantes sur les différences d'âge parmi les aînés. Cependant, puisque ces résultats proviennent d'études transversales, la diminution de la manifestation de la dépression majeure pourrait être expliquée par des différences de cohortes et ne pas refléter une vraie tendance évolutive. Seulement des études longitudinales de longue durée

pourraient tenter de répondre à cette question, mais ce type d'étude est plus rare. Dans ce sens, les résultats d'une étude longitudinale confirmaient la diminution de la prévalence de la dépression majeure avec l'âge, tout en soulignant une présence accrue de pathologies dépressives sous-cliniques chez les personnes âgées (Mojtabai & Olfson, 2004). Cette étude avait été effectuée sur une période de quatre ans avec trois temps de mesure avec un échantillon conformé de personnes d'âge moyen et des aînés qui résidaient dans la communauté. Plus d'études de devis longitudinal qui couvrent des longues périodes seraient nécessaires pour confirmer cette tendance.

Par ailleurs, quelques chercheurs suggèrent que les études épidémiologiques sous-estiment la présence de la dépression majeure chez les personnes âgées de 65 ans et plus, car les études épidémiologiques recueillent généralement leurs données à partir d'échantillons de personnes qui habitent dans la communauté et elles excluent les aînés institutionnalisés (Vézina, Landreville, Bizzini & Soucy, 2000). En conséquence, ils soutiennent que si la prévalence dans cette population était prise en compte, il n'y aurait pas de diminution avec l'âge ou du moins elle serait moins marquée. À ce sujet, Jorm (2000) soutient que l'effet d'exclure la population institutionnalisée des études épidémiologiques variera d'une communauté à l'autre en fonction du pourcentage de personnes âgées qui reçoivent cette forme de soins. Aux États-Unis par exemple, ce serait environ 4% des personnes âgées de 65 et plus. Dans cette population, la prévalence de la dépression majeure augmenterait considérablement avec l'âge. En conséquence, Jorm (2000) conclut que ce biais d'échantillonnage a probablement peu d'effets dans les tendances d'âge observées jusqu'à l'âge d'environ 70 ans, mais qu'il pourrait influencer les tendances chez les plus vieux.

En dernier lieu, la diminution de la prévalence de la dépression majeure avec l'âge rapportée dans les études épidémiologiques pourrait être expliquée par la façon dont la dépression majeure se manifeste chez les aînés. Ceux-ci auraient plus de manifestations

somatiques que les personnes plus jeunes et ils auraient moins tendance à rapporter de symptômes affectifs comme la tristesse ou le sentiment de culpabilité (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009; Serby & Yu, 2003). Des plaintes subjectives de problèmes de mémoire et de concentration sont également fréquentes chez les aînés déprimés (Fiske et al., 2009). En conséquence, la précision des instruments diagnostiques utilisés dans les études pourrait être limitée et des personnes âgées déprimées ne seraient pas adéquatement identifiées.

1.3.4 Pronostic de la dépression majeure et mineure chez les aînés

Le pronostic des aînés prises avec une dépression majeure et mineure (ou sous-clinique) ne serait pas favorable (Beekman et al., 2002; Bogner, Morales, Reynolds, Cary, & Bruce, 2012; Comijs et al., 2015; Gallagher, Savva, Kenny, & Lawlor, 2013; Licht-Strunk, Beekman, de Haan, & van Marwijk, 2009; Lyness, Chapman, McGriff, Drayer, & Duberstein, 2009; Mojtabai & Olfson, 2004). Une étude épidémiologique néerlandaise a suivi pendant six ans (avec 14 temps de mesure) des aînés déprimés vivant à domicile (Beekman et al., 2002). Ces personnes avaient été diagnostiquées soit avec un épisode dépressif majeur, une dysthymie, une dépression double (dépression majeure et dysthymie) ou une dépression mineure. La dépression mineure était définie comme un niveau cliniquement significatif de symptômes dépressifs sous-cliniques (selon les critères d'une échelle de symptômes dépressifs), mais où les critères diagnostiques pour un épisode dépressif majeur ou une dysthymie n'étaient pas remplis. Dans leur échantillon, 75% des participants présentaient une dépression mineure, 9% une dysthymie, 8% un épisode dépressif majeur et 8% une dépression double. Pour ce qui est de l'évolution, il y a eu 23% de cas de rémission, 12% de rémission avec une récurrence, 32% d'évolution chronique et intermittente et 32% avec évolution chronique. Concernant la gravité et la durée des symptômes selon les quatre

groupes, elle suivait une échelle de sévérité, dans laquelle les individus avec une dépression mineure avaient des symptômes de durée plus courte et moins sévère. Ceux avec une dépression double avaient les symptômes dépressifs les plus sévères et avaient plus de probabilité d'avoir une évolution de symptômes de type chronique. Le pourcentage de rémission était le plus élevé chez les individus avec dépression mineure et avec épisode dépressif majeur. Finalement, l'évolution des symptômes des personnes avec une dépression mineure a été comparée à celle d'un échantillon contrôle. Les personnes de ce groupe n'avaient pas de diagnostic dépressif au premier temps de mesure de l'étude. Parmi les personnes du groupe contrôle, 5% ont reçu un diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de dysthymie dans le suivi de 3 ans et 12% dans le suivi de 6 ans. Chez les participants avec une dépression mineure au premier temps de mesure, 27% avaient l'un de ces diagnostics dans les suivis de 3 et 6 ans. Les personnes avec une dépression mineure seraient donc à risque de développer un trouble dépressif plus sévère. Ceci serait visible même dans un laps de temps plus court. Dans une étude américaine, des aînés avec un diagnostic de dépression mineure ou dépression sous-clinique seraient sept fois plus à risque que ceux non déprimés d'avoir soit l'un de ces deux diagnostics ou même une dépression majeure 12 mois plus tard, tandis que ceux avec une dépression majeure seraient 50 fois plus à risque que les non déprimés (Lyness et al., 2009). Cela dit, un grand nombre de personnes avec une dépression mineure ou sous-clinique étaient dans la catégorie des non déprimés un an plus tard. En plus du diagnostic et de l'intensité des symptômes dépressifs au niveau de base, le niveau de fonctionnement (mesuré avec l'échelle d'évaluation globale de fonctionnement du DSM-IV), être caucasien, le soutien social perçu et les interactions sociales étaient des prédicteurs indépendants d'un diagnostic dépressif 12 mois plus tard. Il est aussi possible qu'il y ait des différences d'âge dans le pronostic des troubles dépressifs. Selon une autre étude épidémiologique, presque 38% des aînés avec un épisode dépressif majeur au premier temps de mesure de l'étude auraient des symptômes dépressifs persistants, comparativement à presque 15% chez les adultes d'âge moyen (Mojtabai & Olfson, 2004).

Trois études avec des grands échantillons de la communauté se sont attardées à l'évolution des symptômes dépressifs dans le temps chez les aînés (Byers et al., 2012; Carrière et al., 2017; Gallagher et al., 2013). Des mesures diagnostiques n'ont pas été utilisées. L'une de ces études a suivi pendant 20 ans des femmes de 65 ans et plus (Byers et al., 2012). Quatre classes latentes ont été identifiées : 27,8% avec des symptômes dépressifs minimes, 54,0% avec des symptômes dépressifs persistants faibles, 14,8% avec des symptômes dépressifs croissants et 3,4% avec des symptômes dépressifs persistants élevés. Comparées aux femmes avec des symptômes dépressifs minimes, celles avec des symptômes dépressifs croissants et celles avec des symptômes persistants élevés avaient plus de facteurs de style de vie négatifs (tabagisme, sédentarité et un petit réseau social), plus des maladies physiques (le diabète, l'obésité et infarctus du myocarde) et avaient plus de déficiences physiques. Une étude française aurait plutôt trouvé deux classes latentes pendant une période de 10 ans (Carrière et al., 2017). Dans la première, 9,1% des hommes et 25% des femmes avaient une trajectoire de symptômes dépressifs élevée. Pour les autres participants, dans la deuxième trajectoire l'intensité des symptômes n'était pas cliniquement significative et diminuait dans le temps de façon similaire chez les hommes et les femmes. Dans l'échantillon, 11% des hommes et 21,9% des femmes ont eu un traitement avec un antidépresseur au moins une fois au cours des 10 ans de suivi. Dans ce sous-groupe de femmes, deux trajectoires similaires à celles de tout le groupe ont été identifiées. Le groupe des hommes traités était trop petit pour étudier leurs trajectoires spécifiques. Des limitations fonctionnelles, des cardiopathies ischémiques et des événements stressants récents étaient associés à la trajectoire de symptômes dépressifs élevée. Finalement, dans une étude avec des échantillons nationalement représentatifs de 11 pays européens, 24,77% des participants rapportaient des symptômes dépressifs d'intensité cliniquement significative (Gallagher et al., 2013). Parmi ce groupe, 53,4% des répondants avaient des symptômes dépressifs persistants 28 mois plus tard.

En somme, la documentation sur l'évolution de la dépression chez les aînés suggère que pour une grande proportion de personnes, les dépressions majeures et mineures sont persistantes et ont une évolution chronique. Les personnes avec une dépression mineure sont particulièrement à risque de développer une dépression majeure. Plusieurs facteurs associés à la récurrence des symptômes ont été identifiés. Agir pour modifier ces facteurs aiderait à prévenir la persistance des symptômes dépressifs.

1.3.5 Conséquences de la dépression majeure et mineure chez les aînés

Vivre un épisode de dépression majeure ou mineure est un problème de santé mentale qui peut être grave et incapacitant. De plus, comme nous venons de voir dans la section précédente, c'est rarement un épisode isolé. Même après avoir contrôlé statistiquement pour l'effet des maladies chroniques et des limitations fonctionnelles, les aînés qui souffrent de dépression majeure, mineure ou de plusieurs symptômes dépressifs sont plus à risque d'invalidité dans leurs activités quotidiennes, d'une diminution du bien-être (c.-à-d. : de la santé physique perçue, de la satisfaction de vie et de la qualité de vie), d'un diagnostic de démence (Kaup et al., 2016) et de mortalité (Beekman, Deeg, Braam, Smit, & Van Tilburg, 1997; Bruce, Seeman, Merrill, & Blazer, 1994; Gurland, 1992; Penninx et al., 1999). Ces personnes surutilisent les services de santé (au niveau physique). Mais en dépit des problèmes à ce niveau, la plupart ne sont pas référées à des services spécialisés de santé mentale (Beekman et al., 1997). Selon cette étude, cette surutilisation des services signifie que la plupart des personnes aux prises avec une dépression majeure ou mineure auraient consulté leur médecin de famille. Elles auraient donc pu avoir accès à des services spécialisés. Par ailleurs, les personnes avec dépression majeure et mineure se sont fait prescrire davantage de benzodiazépines que d'antidépresseurs. Cela suggère que leurs médecins ont détecté des difficultés psychologiques, mais elles n'ont pas été investiguées davantage. Les dépressions

majeures et mineures sembleraient donc être soit sous-diagnostiquées ou mal reconnues par les médecins généralistes. Dans une étude néerlandaise, les médecins de famille avaient détecté 33% des cas avec une dépression majeure (Licht-Strunk et al., 2009). Parmi ces personnes, 37% avaient été référées à des services spécialisés en santé mentale, les autres étaient traitées par le médecin de famille. Les médecins dépistaient principalement les cas de dépression plus sévères et avec plus de symptômes d'anxiété. La tendance à sous-diagnostiquer les aînés dépressifs et à prescrire des benzodiazépines plutôt que des antidépresseurs serait un phénomène présent dans plusieurs pays (Djernes, 2006). De plus, un grand nombre de médecins croiraient que la psychothérapie et la pharmacothérapie seraient moins efficaces chez les aînés que chez les plus jeunes (Lebowitz & Olin, 2004; Mackenzie, Gekoski, & Knox, 1999), ce qui diminue la probabilité que les patients soient référés à ces services. Ces phénomènes pourraient être liés à des limites dans la formation en santé mentale des médecins. Cela pourrait s'expliquer aussi par la manifestation somatique de la dépression chez les aînés qui peut donc la masquer. Les symptômes dépressifs pourraient être interprétés comme des symptômes d'autres maladies physiques ou mentales. La dépression pourrait être sous-diagnostiquée parce qu'elle est souvent associée à des symptômes d'anxiété qui pourraient la masquer (Beekman et al., 2000; Kirby, Bruce, Radic, Coakley, & Lawlor, 1997; Lenze et al., 2000). Si les médecins détectent plutôt des symptômes d'anxiété ou des plaintes somatiques tels que les difficultés de sommeil ou la fatigue, cela pourrait expliquer aussi leur tendance à prescrire des benzodiazépines. Enfin, il y aurait une normalisation de la dépression dans ce stade de la vie. À cause des idées stéréotypées impliquant que les aînés sont nécessairement affectés négativement par des maladies physiques ainsi que des problèmes sociaux et économiques, la dépression est perçue (autant par les spécialistes, les membres de la famille et les aînés mêmes) comme une réaction normale au vieillissement (Lebowitz & Olin, 2004; Zylstra & Steitz, 2000). De plus, des préjugés associés aux problèmes de santé mentale, souvent maintenus par les aînés eux-mêmes, rendent le dépistage rapide et précis plus difficile (Lebowitz & Olin, 2004). Les aînés auraient souvent une vision stigmatisante d'une maladie mentale

comme la dépression et pourraient l'interpréter comme une faiblesse personnelle ou un défaut de caractère (Zylstra & Steitz, 2000).

1.3.6 Facteurs de risque de la dépression chez les aînés

Chez les aînés, les conséquences d'un trouble dépressif peuvent être graves. Il est donc nécessaire de connaître les facteurs qui mettent cette population à risque de développer une dépression. Un grand nombre des facteurs de risque sont vécus par la plupart des aînés, tels que la maladie physique, des événements stressants ou des pertes, mais seulement une fraction des aînés développent une dépression. Pour cette raison, l'apparition et le maintien d'une dépression dans cette période de la vie devrait être comprise comme l'interaction entre des vulnérabilités et les événements auxquels les aînés font face (Blazer & Hybels, 2005; Fiske et al., 2009). Dans une perspective comportementale, beaucoup des changements qui surviennent en vieillissant peuvent conduire à une réduction des interactions avec l'environnement, particulièrement chez les aînés avec des vulnérabilités préexistantes (Fiske et al., 2009; Lewinsohn, Muñoz, Youngren, & Zeiss, 1986). Si ce processus n'est pas arrêté (par exemple, par la reprise d'activités significatives), le résultat probable sera une humeur dépressive qui peut être maintenue ou même intensifiée par des pensées dévalorisantes qui sont également présentes.

Quelques facteurs de risque sont particuliers à ce groupe d'âge, tandis que d'autres sont communs aux personnes de tous âges (Blazer & Hybels, 2005; Djernes, 2006; Fiske et al., 2009). Les facteurs de risque peuvent être regroupés en trois catégories : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

1.3.6.1 Facteurs de risque biologiques

Tout d'abord, deux facteurs de risque de la dépression indépendants de l'âge sont les facteurs héréditaires et le sexe (Blazer & Hybels, 2005). Être de sexe féminin augmente le risque de souffrir une dépression. De plus, les femmes âgées déprimées ont un risque plus élevé que les symptômes persistent (Barry, Allore, Guo, Bruce, & Gill, 2008).

L'insomnie serait un facteur de risque de la dépression chez les aînés (Cole & Dendukuri, 2003). Même si elle est conceptualisée comme un symptôme de la dépression, des études prospectives ont rapporté que l'insomnie précède souvent le début de ce trouble psychologique (Perlis et al., 2006).

De plus, il y a des facteurs génétiques qui pourraient être associés à la dépression chez les aînés, plus particulièrement des polymorphismes ou mutations génétiques. Des changements endocriniens pourraient aussi être des facteurs de risque. Par exemple, l'hypersécrétion du facteur de libération de la corticotropine (CRF), des niveaux bas de DHEA chez des femmes âgées et des niveaux bas de testostérone chez les hommes âgés ont été associés à la dépression (Blazer & Hybels, 2005). L'association entre symptômes dépressifs et facteurs de risque vasculaires est mieux documentée. La dépression majeure est une conséquence fréquente de l'AVC, survenant dans environ un tiers de tous les survivants d'un AVC ischémique (Parikh et al., 1990). Grâce aux résultats obtenus principalement par l'imagerie par résonance magnétique (IRM), des chercheurs ont proposé l'existence d'une dépression d'origine vasculaire chez les aînés. Ce type de dépression conduit à une altération de la capacité visuospatiale, de la mémoire, de la rapidité du traitement de l'information et du fonctionnement exécutif (Alexopoulos et al., 2000; Butters et al., 2004; Lesser et al., 1996). De plus, il y aurait

une prévalence élevée de symptômes dépressifs chez des personnes avec des maladies cardiovasculaires et avec la maladie de Parkinson (Fiske et al., 2009).

Les différents types de facteurs de risque biologiques seraient associés à des profils de symptômes distincts (Naarding et al., 2005). Les facteurs de risque vasculaires seraient associés aux difficultés liées au sommeil, aux changements psychomoteurs et à la perte d'énergie. Les facteurs de risque neuroanatomiques seraient associés à des changements psychomoteurs et à la perturbation de la concentration. Finalement, les facteurs de risque inflammatoires seraient associés à une perturbation de l'appétit et du sommeil, à la perte d'énergie, à la perturbation de la concentration et à des pensées de mort (Naarding et al., 2005). La dépression mineure serait plus étroitement liée aux facteurs de risque inflammatoires qu'aux changements vasculaires ou dégénératifs.

En dernier lieu, approximativement 20% des patients avec la maladie d'Alzheimer auraient des symptômes dépressifs élevés. La dépression majeure et la démence sont souvent comorbides et le diagnostic différentiel entre ces maladies est souvent difficile (Fiske et al., 2009). Cette comorbidité suggère que ces maladies pourraient avoir une pathophysiologie commune (Olin et al., 2002). Cela serait à vérifier. En outre, la démence peut être un facteur de risque de la dépression en raison de la réaction psychologique et émotionnelle aux changements cognitifs et comportementaux qui accompagnent la démence (Fiske et al., 2009).

1.3.6.2 Facteurs de risque psychologiques

Les facteurs psychologiques qui augmentent le risque de dépression chez les aînés comprennent les mêmes caractéristiques qui sont liées à la dépression plus tôt dans la

vie (Blazer & Hybels, 2005; Fiske et al., 2009). Les patients âgés ayant un trouble de la personnalité seraient quatre fois plus susceptibles d'éprouver le maintien ou la réapparition des symptômes dépressifs par rapport à ceux qui n'en présentent pas (Morse & Lynch, 2004). De plus, des scores élevés sur les échelles de personnalité mesurant le névrosisme seraient fortement liés à la dépression à la fin de la vie (Fiske et al., 2009). Chez les âgés, les distorsions cognitives, la tendance à la rumination, l'évitement comme style d'affrontement seraient associés à la dépression majeure chez les âgés (Blazer & Hybels, 2005; Fiske et al., 2009). Finalement, la dépression majeure et mineure ainsi que la persistance et émergence de symptômes dépressifs sur trois ans ont été prédites par un locus de contrôle externe (Beekman et al., 2001).

1.3.6.3 Facteurs de risque sociaux

Les âgés sont exposés à certains événements qui sont potentiellement stressants. Le nombre d'événements stressants auquel une personne âgée est exposée a été associé avec la dépression majeure (Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002). Ceci s'applique aussi aux plus jeunes, mais la fréquence relative de différents événements change en général avec l'âge. Les âgés sont plutôt exposés à des difficultés comme des problèmes financiers, les deuils, une maladie ou de l'incapacité physique personnelle ou d'un membre de la famille, des conflits interpersonnels et un changement de milieu de vie (Fiske et al., 2009). Un événement stressant qui arrive en général plus fréquemment dans ce stade de la vie est le décès d'êtres chers. Une méta-analyse d'études prospectives sur les symptômes et les troubles dépressifs chez les adultes âgés de 50 ans et plus a révélé que le deuil aurait plus que triplé le risque de dépression (Cole & Dendukuri, 2003). Ce facteur de risque avait la plus grande taille d'effet parmi les facteurs de risque examinés. Cependant, le deuil confère moins de risque de dépression aux personnes âgées qu'aux personnes d'âge moyen. Les âgés auraient tendance à

mieux gérer les regrets associés à la perte que les adultes plus jeunes, et une telle gestion serait liée à une meilleure adaptation après la perte (Torges, Stewart, & Nolen-Hoeksema, 2008).

Fournir des soins à un partenaire malade ou handicapé représente également un facteur de stress qui est plus fréquent à la fin de la vie et qui peut mettre certaines personnes à risque de dépression. Bien que des taux élevés de dépression aient été signalés chez les soignants, les estimations varient considérablement et les taux élevés reposent en grande partie sur des échantillons qui font une demande d'aide (Fiske et al., 2009). Les caractéristiques de la maladie du bénéficiaire auraient une influence sur la manifestation des symptômes dépressifs chez l'aidant. Les personnes qui soignent une personne atteinte de démence courent un plus grand risque de dépression que celles qui s'occupent d'une personne ayant une déficience physique. De plus, des problèmes de comportement et de détresse plus sévères chez la personne soignée prédisent la dépression chez l'aidant (Schulz et al., 2008).

La détérioration de la situation financière est l'un des événements stressants les plus fréquents chez les personnes âgées (Fiske, Gatz, & Pedersen, 2003). Les personnes âgées économiquement désavantagées seraient plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs persistants (Mojtabai & Olfson, 2004).

Dans quelques études longitudinales, un soutien social déficitaire et un réseau social insuffisant prédisaient des symptômes dépressifs et l'incidence de dépression majeure chez des aînés (Blazer & Hybels, 2005). Par contre, la qualité du soutien social semblerait être plus importante que la quantité (Fiske et al., 2009). Une étude aurait trouvée que recevoir du soutien social était associé à une augmentation des symptômes dépressifs chez des aînés avec des limitations physiques qui désiraient une plus grande autonomie (Martire et al., 2006). En outre, le soutien social peut servir de médiateur

entre les facteurs de risque et l'apparition de la dépression. Une étude a rapporté que le soutien social perçu est une variable médiatrice de la relation entre l'invalidité et les symptômes dépressifs au fil du temps (Taylor & Lynch, 2004). Finalement, les aînés qui ne sont pas mariés (soit les célibataires, les divorcés et les veufs) seraient plus à risque de développer un trouble dépressif (Yan et al., 2011). Par contre, être mariés serait un facteur de protection principalement pour ceux qui sont satisfaits de leur relation conjugale (St John & Montgomery, 2009). En outre, les aînés avec une incapacité physique seraient plus à risque de vivre des symptômes dépressifs dans le contexte d'un désaccord conjugal (Bookwala & Franks, 2005).

En conclusion, plusieurs facteurs de risque de la dépression ont été identifiés chez les aînés. Quelques-uns sont spécifiques ou plus communs en vieillissant, tandis que d'autres sont présents dans n'importe quel moment de la vie. Les facteurs d'ordre biologique sont ceux qui sont les plus spécifiques à cette population. De plus, des recherches longitudinales ont permis de détecter des facteurs qui prédisent le début d'une dépression ainsi que sa persistance. Par contre, l'apparition d'une dépression est généralement expliquée par l'interaction de divers facteurs de risque.

1.3.6 Facteurs de protection de la dépression chez les aînés

Malgré les nombreux facteurs de risque qui viennent d'être exposés, un grand nombre d'études épidémiologiques suggèrent que le risque de développer un épisode de dépression diminue considérablement avec l'âge. Ceci suggère donc qu'il y a aussi des facteurs associés avec l'âge qui protègent les aînés de développer une dépression.

La théorie de la sélectivité socioémotionnelle (TSS) telle que précédemment décrite est une théorie qui peut aider à comprendre comment l'âge peut être un facteur de protection contre la dépression. Rappelons que cette théorie soutient que les personnes perçoivent les événements et les expériences de façon différente selon les cycles de vie. La tendance des aînés à focaliser davantage sur les aspects positifs de leurs expériences sociales pourrait les protéger contre le fait de vivre des émotions négatives (Blazer & Hybels, 2005; Mroczek & Kolarz, 1998). En d'autres mots, comparativement aux adultes plus jeunes, les aînés seraient plus susceptibles d'optimiser sélectivement les aspects positifs de leurs expériences sociales (Mroczek & Kolarz, 1998). Les aînés seraient moins réactifs aux stressseurs interpersonnels et à ceux de la vie quotidienne et ils seraient plus en mesure de réguler leurs émotions (Fiske et al., 2009; Jorm, 2000). Comparativement aux adultes plus jeunes ayant le même nombre de maladies chroniques, les aînés ont rapporté moins d'émotions négatives et ont démontré moins de réactivité aux facteurs de stress quotidiens que les adultes plus jeunes (Piazza, Charles, & Almeida, 2007).

D'ailleurs, les adultes acquerraient une sagesse accrue à mesure qu'ils vieillissent (Blazer & Hybels, 2005). L'acquisition de la sagesse au fil du temps semble protéger les aînés d'une spirale vers la dépression lorsqu'elles sont confrontées à des expériences négatives (Baltes & Staudinger, 2000).

Le soutien social perçu protégerait les aînés de l'effet négatif des événements stressants (Fiske et al., 2009). La participation dans des activités religieuses, qui est plus fréquemment endossée par les aînés que par les autres groupes d'âge, peut également réduire le risque de dépression chez les personnes âgées (George, Ellison, & Larson, 2002). Les effets ne seraient pas entièrement expliqués par des facteurs sociaux et peuvent refléter une perception accrue du sens de la vie ou d'autres variables qui n'ont pas encore été complètement examinées (Fiske et al., 2009).

Enfin, s'engager dans des comportements actifs pour surmonter les problèmes de santé serait associé non seulement à des niveaux réduits de symptômes dépressifs, mais aussi à une diminution de la sécrétion du cortisol, l'hormone du stress (Wrosch, Schulz, Miller, Lupien, & Dunne, 2007).

1.4. Le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés

Le lien entre la satisfaction conjugale et la dépression a été principalement étudié chez les jeunes couples. Ces études suggèrent généralement que la qualité de la relation conjugale et la dépression sont associées de façon significative, autant de façon transversale que longitudinale. Dans une méta-analyse de 26 études portant sur cette association, Whisman (2001) a trouvé que l'insatisfaction maritale expliquerait 18 % de la variance des symptômes dépressifs chez les femmes, alors que pour les hommes, elle expliquerait 14 % de cette variance. Quelques études suggèrent en outre que le lien entre la dépression et l'insatisfaction maritale devient plus fort avec l'âge (Bookwala & Jacobs, 2004; Whisman, 2007).

Des études de nature transversale ont généralement trouvé une relation significative entre la dépression et la satisfaction conjugale chez les aînés (Antonucci, Lansford, & Akiyama, 2001; Bookwala & Franks, 2005; Kivelä, Luukinen, Viramo, & Koski, 1998; Lagana, Spellman, Wakefield, & Oliver, 2011; Sandberg & Harper, 1999, 2000; St John & Montgomery, 2009; Walker, Isherwood, Burton, Kitwe-Magambo, & Luszcz, 2013; Whisman, Robustelli, Beach, Snyder, & Harper, 2014; Whisman, Uebelacker, Tolejko, Chatav, & McKelvie, 2006; Wright, 1990). Ainsi, il y aurait une association négative significative entre la satisfaction conjugale et la dépression : plus une personne vit des symptômes dépressifs, moins elle est satisfaite de sa relation conjugale. Il y

aurait cependant une étude chinoise qui n'aurait pas obtenu des résultats statistiquement significatifs quant à ce lien (Wang, Wang, Li, & Miller, 2014). Ce résultat pourrait refléter des différences culturelles. Selon les auteurs, dans les familles chinoises les liens avec les autres membres de la famille sont très serrés, surtout avec leurs enfants. L'association entre la satisfaction conjugale et la dépression pourrait donc être mitigée par la qualité des autres relations familiales.

Ces études transversales nous informent de la relation entre la satisfaction conjugale et la dépression dans un moment précis. Elles n'ont pas de pouvoir prédictif, car elles ne permettent pas de connaître l'effet que chaque variable a sur l'autre au fil du temps. Pour ce faire, des études longitudinales sont nécessaires.

En outre, il existe des modèles interpersonnels de la dépression. Ces théories élaborent la façon dont la dépression et les difficultés conjugales s'influencent dans le temps. Il y a trois modèles théoriques, dont deux qui suggèrent que l'insatisfaction et les difficultés conjugales seraient une conséquence de la dépression. D'abord, la théorie interpersonnelle de la dépression a été développée par Coyne (1976). Selon cette théorie, les personnes déprimées cherchent à se faire rassurer et soutenir par leur environnement. Bien qu'elles puissent répondre à ces demandes au début, après un certain temps leurs proches auront tendance à ressentir de l'hostilité, du ressentiment et de la culpabilité envers la personne déprimée. Leur support s'étiolé, tant et si bien qu'ils finissent par ne réussir que partiellement à offrir le soutien désiré. Dans une telle situation, la personne déprimée augmenterait alors les comportements négatifs comme un moyen d'obtenir tout le soutien souhaité, ce qui ne ferait qu'aliéner davantage ses proches. Bien que cette théorie fasse référence aux relations interpersonnelles en général, elle est très pertinente pour les relations conjugales, compte tenu du degré de proximité que les conjoints partagent. Cette dynamique pourrait donc créer de l'insatisfaction conjugale autant chez la personne déprimée que chez leur partenaire.

Une autre théorie interpersonnelle est le modèle de génération de stress de la dépression (Davila, Bradbury, Cohan, & Tochluk, 1997; Hammen, 1991). La génération de stress peut être définie comme le processus par lequel les personnes déprimées génèrent en partie les événements stressants qu'elles subissent (en particulier les situations interpersonnelles stressantes) et qui se produisent dans leur vie en raison de leur condition. Elles contribuent ainsi à leur expérience de la dépression. Au sein du mariage, les conjoints déprimés peuvent contribuer activement à générer des circonstances conjugales stressantes qui peuvent à leur tour maintenir ou entraîner une augmentation de leur dépression. Dans ces deux modèles, les comportements des conjoints déprimés (ainsi que les réactions des partenaires) contribueraient au conflit conjugal. Cette dynamique entraînerait une détérioration de la qualité de la relation conjugale.

Contrairement à ces modèles, le troisième maintient que les difficultés conjugales sont un antécédent des symptômes dépressifs. Le modèle de la discorde conjugale qui soutient la dépression (Beach, Sandeen, & O'Leary, 1990) suggère que la discorde ou l'insatisfaction conjugale, manifestée par des diminutions dans divers types de comportements adaptatifs et une augmentation des comportements négatifs, entraîne une dépression subséquente. Cette dépression se manifesterait par une augmentation de comportements interpersonnels inadaptés, ce qui ne ferait qu'empirer le désaccord et l'insatisfaction maritale. Ces théories ont reçu une attention empirique dans des études avec des couples ou personnes plus jeunes, jamais chez des aînés (pour une description complète des résultats de ces études, lire Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008). Brièvement, le modèle de Coyne (1976) aurait été confirmé par des résultats de recherches sur les interactions des couples où l'un des partenaires avait des symptômes dépressifs. Par contre, le modèle de génération de stress de Hammen (1991) aurait reçu de l'appui empirique uniquement chez les femmes, les associations n'étaient pas significatives chez les hommes. Enfin, les études qui ont vérifié empiriquement le

modèle de la discorde de Beach et ses collègues (1990) ont eu des résultats inconsistants. Selon Rehman et ses collègues (2008), les différences dans les résultats ne sont pas surprenantes à cause des différences méthodologiques entre les études.

À ce jour, il y a seulement quatre études qui ont mesuré le lien longitudinal entre la dépression et la satisfaction conjugale chez les aînés. Ils seront présentés en ordre chronologique. La première étude à s'intéresser au sujet date de 1988 (Ulrich-Jakubowski, Russell, & O'Hara, 1988). Dans un échantillon de 78 hommes retraités, avec un âge moyen de 61 ans, la dépression avait un impact significatif sur l'ajustement conjugal, mais la relation inverse n'était pas significative. Les chercheurs n'ont pas inclus dans le modèle des variables de contrôle. L'écart entre les deux temps de mesure était de 15 mois. La variance expliquée du modèle lorsque la variable dépendante était l'ajustement conjugal au temps 2 (T2) était de 64,3%. Cependant, en plus de l'impact de la dépression au temps 1 (T1) sur l'ajustement au T2, ce modèle incluait l'impact que l'ajustement conjugal au T1 avait sur lui-même au T2. Le modèle ne spécifiait pas quelle était la contribution unique de chaque variable sur la variance totale expliquée.

La deuxième étude s'est intéressée à l'impact de l'insatisfaction maritale au T1 et le changement entre le T1 et le T2 de l'insatisfaction maritale sur les symptômes dépressifs au T2 (Miller, Townsend, & Ishler, 2004). Les chercheurs n'ont pas évalué la direction contraire, c'est-à-dire, l'impact des symptômes dépressifs au T1 sur l'insatisfaction maritale au T2. Leur échantillon était composé de 103 couples. L'âge moyen des femmes était de 67,1 ans et celle des hommes était 71,3. Il y avait deux temps de mesure, avec un intervalle de trois ans. Les analyses ont été faites pour les hommes et pour les femmes séparément. Ils ont aussi séparé les symptômes dépressifs en deux catégories : symptômes de l'humeur et symptômes somatiques. Ils ont constaté que chez les femmes, l'insatisfaction conjugale du niveau de base ainsi que l'augmentation de l'insatisfaction conjugale entre T1-T2 étaient associées à une

augmentation entre T1-T2 des symptômes de l'humeur dépressive, mais pas aux symptômes somatiques. Pour les hommes, uniquement l'augmentation entre T1-T2 de l'insatisfaction conjugale prédisait les symptômes de l'humeur dépressive. La variance expliquée dans chaque régression variait entre 10% et 46%. Il est cependant difficile de connaître la contribution unique de l'insatisfaction conjugale puisque les régressions n'étaient pas hiérarchiques et des variables démographiques ainsi que des variables de santé physique ont également été incluses comme prédicteurs potentiels des symptômes dépressifs.

La troisième étude a été faite avec un échantillon populationnel de personnes tant âgées que d'âge moyen (Whisman & Uebelacker, 2009). L'âge moyen des femmes était de 62 ans et celui des hommes était de 64 ans. L'écart entre les deux temps de mesure était de deux ans. Leur modèle final suggérait une relation bidirectionnelle entre les symptômes dépressifs et le désaccord marital pour les hommes et pour les femmes. Il n'y avait pas de différence de sexe dans la magnitude des associations longitudinales. Le pourcentage de variance expliquée des différents modèles variait entre 22 et 50%. Cependant, comme dans l'étude de Ulrich-Jakubowski et ses collègues (1988), ces pourcentages incluaient l'effet que la dépression au T1 et le désaccord conjugal au T1 avaient sur eux-mêmes au T2. En conséquence, il n'est pas possible de connaître la contribution unique des variables d'intérêt sur la variance expliquée des modèles.

Finalement, la quatrième étude a été faite avec 315 patients avec une maladie rénale en phase terminale et avec leur partenaire, dont 73% des patients étaient des hommes (Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2009). L'âge moyen des patients était de près de 70 ans, tandis que l'âge moyen des partenaires était de près de 68. Il y avait trois temps de mesure, à un an d'intervalle. Ils ont constaté que la variable *changement entre temps de mesure des symptômes dépressifs* des patients et des partenaires prédisait leur propre satisfaction conjugale. Par contre, la variable *changement entre*

temps de mesure de la satisfaction conjugale n'avait pas d'impact significatif sur les symptômes dépressifs chez les patients ou les partenaires. En d'autres termes, l'augmentation des symptômes dépressifs prédisait une diminution de la satisfaction conjugale, tandis que la diminution de la satisfaction conjugale n'avait pas d'impact sur les symptômes dépressifs. Aucun effet de genre n'a été trouvé. Cette direction d'effets reproduit celle retrouvée par Ulrich-Jakubowski et ses collègues (1988). Cependant, compte tenu de la nature de l'échantillon, ces résultats sont difficiles à généraliser.

En conclusion, les études longitudinales suggèrent l'existence d'une relation longitudinale entre la satisfaction conjugale et la dépression chez les personnes âgées. Cependant, les connaissances actuelles sont limitées. D'abord, les études ont fait des analyses statistiques où la variance des variables dépendantes était expliquée par plusieurs variables indépendantes prises ensemble. De cette manière, la contribution unique de la dépression au T1 sur la variance de l'ajustement conjugal au T2 (et vice versa) est inconnue. Les écrits scientifiques ont aussi d'autres limites. Comme mentionné, l'une des études était réalisée avec un échantillon de personnes âgées qui souffrent d'une maladie grave et incapacitante, ce qui limite sa généralisation (Pruchno et al., 2009). Celui avec un grand échantillon populationnel n'était pas un échantillon exclusivement composé d'ainés, des personnes d'âge moyen étaient incluses (Whisman & Uebelacker, 2009). De même, dans l'étude avec les hommes retraités, il est difficile de se faire une idée précise de l'âge des participants, car les auteurs ont seulement donné leur âge moyen, sans préciser l'écart-type (Ulrich-Jakubowski et al., 1988). Il se pourrait que leur échantillon soit aussi composé en grande partie par des hommes d'âge moyen. De plus, il s'agit d'un échantillon exclusivement masculin. En outre, les résultats de ces études concernant la direction des liens ne sont pas concluants.

1.5. Objectifs et hypothèses de recherche

L'objectif général de la recherche est de documenter l'existence d'un lien entre l'ajustement conjugal et la dépression chez les personnes âgées. Cette recherche doctorale vise à atteindre cet objectif de deux façons. Tout d'abord, elle va recenser les études publiées sur le lien entre les deux variables chez les aînés, mais aussi chez les adultes de tous âges. L'inclusion d'études avec des adultes de tous âges permet de mettre en contexte les résultats obtenus avec des aînés, tout en permettant d'avoir un aperçu de comment le lien entre la dépression et la satisfaction conjugale peut varier à travers les différents cycles de vie. Dans le but d'avoir une compréhension la plus riche possible sur le sujet, nous recensons aussi les études qui mesurent des variables médiatrices ou modératrices. En deuxième lieu, la présente thèse vise à évaluer de façon empirique s'il existe une association transversale entre l'ajustement conjugal et la dépression chez les aînés. Ensuite, elle cherche à déterminer s'il existe une relation longitudinale entre les variables et déterminer si l'une des directions du lien est plus forte que l'autre. Cette étude va pallier aux lacunes des recherches empiriques en utilisant un grand échantillon probabiliste, composé uniquement d'aînés vivant à domicile. De plus, elle sera la première étude à mesurer la contribution unique de l'ajustement conjugal au T1 sur la dépression au T2 ainsi que de la dépression au T1 sur l'ajustement conjugal au T2 pour réussir à réellement connaître l'impact que chaque variable a sur l'autre.

1.5.1 Hypothèse I

Considérant les résultats des études scientifiques sur le lien transversal entre l'ajustement conjugal et la dépression chez les aînés, l'hypothèse suivante a été

formulée : l'ajustement conjugal et la dépression majeure et mineure seront négativement et significativement associés.

1.5.2 Hypothèse II

Considérant les résultats des études scientifiques sur le lien longitudinal entre l'ajustement conjugal et la dépression chez les adultes plus jeunes et chez les aînés, la seconde hypothèse suivante a été formulée : il y aura des liens longitudinaux significatifs entre l'ajustement conjugal et la dépression majeure et mineure. Ainsi, l'ajustement conjugal au T1 prédira significativement la dépression au T2 et la dépression au T1 prédira significativement l'ajustement conjugal au T2.

1.5.3. Hypothèse III

La force de l'association temporelle entre l'ajustement conjugal au T1 sur la dépression au T2 sera similaire à celle de l'association entre la dépression au T1 et l'ajustement conjugal au T2, ce qui suggère un processus bidirectionnel entre ces variables.

CHAPITRE II

PREMIER ARTICLE

L'article présenté dans ce chapitre intitulé « Marital quality and depression : A review » a été soumis au périodique Marriage and Family Review le 31 juillet 2017.

Marital Quality and Depression: A Review

Maria R. Goldfarb & Gilles Trudel

Université du Québec à Montréal

2.1 Abstract

The present review examines (a) the published literature on the association between marital quality and depression in mixed-age groups, and (b) the association between these variables during late life. With regards to both issues, target studies are grouped into three categories: cross-sectional research, longitudinal research and research on mediator and moderator variables. The main theoretical models that account for the relation between marital quality and depression are briefly presented. Whereas the evidence for a cross-sectional association between marital quality and depression seems robust, longitudinal research as well as research on mediator/moderator variables is less conclusive. This is particularly so vis-a-vis older adults, where studies are scarce. We conclude with suggestions for future research and the clinical implications of work in this area.

Keywords: marital quality, depression, older adults, review

2.2 Introduction

Marriage can be identified as one of the most important and enduring interpersonal relationships. Research generally suggests that married individuals benefit from a better physical and mental health than their non-married counterparts (Barrett, 2000; S. L. Brown, 2000; Gove & Shin, 1989; Joung et al., 1997; Lapierre, 2009). However, marriage can be associated with problematic outcomes depending on the quality of this relationship. Results from a large national sample show that marital discord can be associated with greater social role impairment in relationships with relatives and friends, greater work role impairment, greater general distress, increased risks of mood, anxiety and substance use disorders, and poorer perceived health (Whisman & Uebelacker, 2006). Furthermore, the association between marital satisfaction and psychiatric disorders is not an artifact of overall social dissatisfaction, meaning that marital dissatisfaction is significantly associated with several disorders while relationship problems with friends and relatives are not (Whisman, Sheldon, & Goering, 2000; Zlotnick, Kohn, Keitner, & Della Grotta, 2000). In a seminal epidemiological survey that analyzed marital dissatisfaction as a risk factor for diagnostic depression, it was found that being in an unhappy marriage increased 25 times the odds of suffering major depression (Weissman, 1987).

On the other hand, major depression is a highly prevalent and recurrent disorder (Bromet et al., 2011; Kessler et al., 2005; Kessler & Bromet, 2013). It has the highest lifetime prevalence among all anxiety, mood, impulse-control and substance use disorder (Kessler et al., 2005). According to the World Health Organization (WHO), it is the fourth leading cause of disability worldwide and causes the largest amount of non-fatal burden (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004).

In this paper, we review published peer-reviewed research into the association between marital quality and depression in heterosexual couples at one or more time points. We review these associations in all aged groups but make later focus particularly on these associations in older adults. To assemble these articles, a computer search of the APA PsycNET and PubMed/MEDLINE online databases was conducted. A combination of the following keywords was used: a) 'spouse', 'marriage', 'marital', 'couples', 'satisfaction', 'marital satisfaction', 'quality', 'relationship' AND b) 'depression', 'depressive'. To be included in the review, articles had to be peer-reviewed, available in English or French, and have been published between 1995 and May 2015 (except for articles focusing on older adults, where no lower publication date limit was set considering the shortage of research on that population). The reference lists of key articles and of review articles were also searched for relevant studies that were missed by the electronic searches. Also, we reviewed the list of papers that have cited seminal studies in the field (APA PsycNET allows for this type of search). Dissertations and unpublished reports were excluded because they have not been reviewed by independent peer evaluators.

Studies with both spouses or only one of them were included since our goal was to understand the link between the person's own marital quality and depression. Cross-spouse effects and depression contagion between spouses were beyond the scope of this review and were therefore excluded. The dimension of marital functioning that we specifically target in our review is the respondents' overall appraisal of the quality of his/her marriage. Relationship quality is generally regarded as a multidimensional construct that refers to how positively or negatively individuals feel about their relationships (Morry et al., 2010). Articles were included in the review if they measured positive or negative dimensions of marital quality, such as marital satisfaction (or dissatisfaction), adjustment, well-being, success, happiness, distress and discord. These constructs are often used interchangeably in research when referring to marital quality.

We excluded research that focused solely on the association between depression and other aspects of marital functioning such as marital interactions, marital problem-solving, marital conflict, marital criticism, marital support, and expressed emotion. The most frequently used standardized measures of the spouses' perceptions of marital quality were the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) and the Marital Adjustment Test (MAT; Locke & Wallace, 1959). Some studies used subscales or shorter versions of these measures while others used non-standardized single-item or few-items indicators of marital quality. On the other hand, we included research that measured depressive symptoms using standardized tests, such as the Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; BDI; Beck, Steer, & Carbin, 1988) and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) as well as studies that used diagnostic tools to measure minor or major depressive episodes. We therefore reviewed the link between marital quality and both clinical and subclinical levels of depression, in both community and clinical samples. Research with general measures of psychological distress or well-being was excluded. Most of the reviewed studies had focused primarily or extensively on the association between marital quality and depression. However, research that reported findings relevant to this area in the context of broader investigations was also included within the pool of studies. Finally, to be included in this review, studies needed to have a minimum of 30 participants per study group. This was done to ensure a minimal statistical power in the analyses of the identified studies since not all studies estimate it or report it. The minimum number of participants was determined by following the "rule of thumb" outlined by Wilson Von Voorhis and Morgan (2007), such that 30 participants per cell should lead to about 80% of power.

The titles and abstracts of articles identified through the search strategies were inspected to identify potentially relevant articles. These were then examined to ensure they respected inclusion criteria. Suitable articles were divided in two broad sections:

a) research with young or middle-aged adults (or studies with no upper-age exclusion criteria but with a mean age lower than 50 years), and b) research with older adults (either exclusively or majorly, with a mean age higher than 60 years). Separately for both sections, studies were grouped into three thematic areas: 1) cross-sectional association between marital quality and depression, 2) longitudinal associations between marital quality and depression, and 3) mediators and moderators of the cross-sectional and longitudinal associations between marital quality and depression. Before presenting the identified research, we begin this review by presenting the three main interpersonal models of depression that develop a theory about how marital quality and depression interact and aggravate one another. We conclude with suggestions for future directions in research and the practice implications of work in this area.

2.3 Interpersonal Models of Depression

There are three prominent theoretical models that elaborate on the way marital discord and depression can influence one another. The interpersonal theory of depression was developed by Coyne (1976). According to this theory, depressed individuals seek reassurance and support from their environment. While they may receive it at first, the others tend to feel hostility, resentment and guilt towards the depressed person after some time, and end up being only partially successful in offering the desired support. The depressed person would then increase negative behaviors as a way to regain the desired support, which would only further alienate their loved ones. While this theory focuses on interpersonal relationships in general, it is very relevant to the marital relationship considering the degree of intimacy spouses generally share. Another interpersonal theory is the stress generation model of depression (Davila, Bradbury, Cohan, & Tochluk, 1997; Hammen, 1991). Stress generation can be defined as the

process by which depressed individuals generate in part the stressful events (particularly interpersonal stressful situations) that occur in their lives by virtue of their condition and thereby contribute to their experience of depression. Applied to marriage, depressed spouses can contribute to stressful marital circumstances that can in turn maintain or lead to increases in their depression. In both these models, the behaviors of the depressed spouses would contribute to marital conflict, which would in turn deteriorate the marital quality. Finally, the marital discord model of depression (Beach et al., 1990) suggests that marital discord or dissatisfaction, manifested in decreases in various types of adaptive behaviors and increases in negative behaviors, leads to subsequent depression, which is then manifested in further maladaptive types of interpersonal behaviors and, ultimately, further marital dissatisfaction.

These theories have received empirical attention, some of them with conflicting results (for a review on these results as well as on criticism of these models, refer to Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008). Coyne's interactional theory of depression and the stress generation model of depression place depression and the behaviors and attitudes associated with it as a precursor of marital dissatisfaction, while the marital discord model of depression focuses on marital discord as the antecedent of depression. Nonetheless, whatever the primary cause, these models share the view that depression and marital dissatisfaction affect one another over time, creating a vicious cycle where they mutually and constantly affect each other. The fact is that chronically depressed individuals exhibit significantly lower levels of marital satisfaction than those non-chronically depressed (Riso, Blandino, Hendricks, Grant, & Duin, 2002) could be a good example of this feedback loop.

2.4 Young/Middle-aged Adults

2.4.1 Cross-sectional Association between Marital Quality and Depression

Numerous researchers have provided evidence in support of a significant concurrent negative association between marital quality and depressive symptoms (Assh & Byers, 1996; Bookwala & Jacobs, 2004; Fink & Shapiro, 2013; Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1998; Heene, Buysse, & Van Oost, 2003, 2007; Henderson, Sayger, & Horne, 2003; Hollist, Miller, Falceto, & Fernandes, 2007; Mackenzie, Smith, Uchino, White, & Light, 2014; Marchand, 2004; Miller et al., 2013; Parker, Tambling, & Campbell, 2012; Poyner-Del Vento & Cobb, 2011; Tower & Krasner, 2006; Trevino, Wooten, & Scott, 2007; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004) as well as major depressive disorder in adult populations (Coyne, Thompson, & Palmer, 2002; Herr, Hammen, & Brennan, 2007; Lemmens, Buysse, Heene, Eisler, & Demyttenaere, 2007; Whisman, 1999; Whisman, 2007; Zlotnick et al., 2000). Some of these studies took place in countries other than the United States and Canada; such as China (Miller et al., 2013), the Netherlands (Heene et al., 2003, 2007), Belgium (Lemmens et al., 2007), and Brazil (Hollist et al., 2007).

In a meta-analysis of 26 cross-sectional studies published on or before the year 1999, marital dissatisfaction was found to account for approximately 18% of the variance in wives' depressive symptoms and 14% of the variance in husbands' (Whisman, 2001b). The difference in the magnitude of the associations between marital dissatisfaction and depressive symptoms for women and men was significant. Likewise, another study suggested that the magnitude of the association between current depressive episode and marital adjustment was stronger for women than for men (Herr et al., 2007). In a large epidemiological study assessing the 12-month prevalence rates of different psychiatric disorders, it was found that, after controlling for comorbid disorders, marital dissatisfaction was significantly associated with major depression only for women, while it was significantly associated with dysthymia for men (Whisman, 1999). On the

contrary, another study found that the association between marital quality and depressive symptoms was only significant in men (Marchand, 2004). However, there is also a non-negligible amount of research that suggests that there are no gender differences in the strength of the contemporaneous association between marital quality and depression (Lemmens et al., 2007; Miller et al., 2013; Tower & Krasner, 2006; Whisman et al., 2004; Whisman, 2007; Zlotnick et al., 2000). Hence, studies on gender differences are inconclusive at this time.

Among the studies assessing the cross-sectional association between relationship quality and depression in samples with a mean age lower than 50 years, a few tested for age differences. Conflicting results were found. In Whisman's (2007) study, the strength of the association between marital distress and depression increased with increasing age. Age however, did not moderate the association. On the contrary, Tower and Krasner (2006) reported that low marital closeness and depressive symptoms had a stronger association in young men, whereas no age association was found for women. In a similar sense, a study assessing marital adjustment and conflict in three groups of women (outpatient depressed, inpatient depressed and controls) initially found that the outpatient depressed couples had the worst outcomes (Coyne et al., 2002). However, the mean age of the inpatient women was older than the mean age of women in the other groups (48.66 years versus 39.05 in the outpatient group and 42.64 in controls). The investigate further, the authors explored age differences in the inpatient wives. They grouped the inpatients into terciles according to their age. The younger group consisted of the lower two terciles and matched the outpatient and controls in age. As they had initially expected, these younger inpatient women were significantly more distressed and experienced lower marital adjustment. This suggests that higher age might be a protective factor in the association between marital quality and depression. However, these results need to be interpreted with caution since splitting the inpatient sample into two led to groups with small sample sizes.

In sum, the evidence for a cross-sectional association between marital quality and depression in young and middle-aged adults (mean age lower than 50 years) seems robust. Evidence for this association was found in studies from different countries, which offers stronger support for the generalization of these findings across cultures. Results concerning sex differences were inconclusive. Finally, some studies suggest that the association between marital quality and depression may differ according to age. However, results were contradictory as to whether age can be a risk or a protective factor. Longitudinal studies would be necessary to clarify the role of age.

2.4.2 Longitudinal Associations between Marital Quality and Depression

It is also of great interest to know if and how marital quality and depression interact with one another over time. Understanding the potential causal direction of these associations and their magnitude offers the possibility of developing or further refining interventions that can more effectively alleviate both marital distress and depressive symptoms or help prevent their appearance.

A considerable amount of studies have found that marital dissatisfaction significantly predicts subsequent depressive symptoms (Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Cano, O'Leary, & Heinz, 2004; Christian-Herman, O'Leary, & Avery-Leaf, 2001; Clavarino et al., 2011; Du Rocher Schudlich, Papp, & Cummings, 2011; Fagan, 2009; Hollist et al., 2007; Kim & McKenry, 2002; Kingsbury et al., 2014; Peterson-Post, Rhoades, Stanley, & Markman, 2014; Poyner-Del Vento & Cobb, 2011) and is associated with increased incidence of major depressive episode (Whisman & Bruce, 1999).

The inverse path, i.e. depression predicting later decline in marital satisfaction, has been less evaluated by research (Davila et al., 1997; Faulkner, Davey, & Davey, 2005; Gotlib et al., 1998). In a study assessing sociodemographic and psychological well-being variables as predictors of later marital satisfaction, higher levels of depressive symptoms predicted a decrease of marital satisfaction over time for both husbands and wives (Faulkner et al., 2005). Another study found that depression diagnosed during adolescence predicted subsequent diminished marital satisfaction (Gotlib et al., 1998). It was also significantly associated with earlier marriage for women and elevations in marital disagreements for men. On the contrary, presence of nonaffective disorders (such as anxiety, eating, substance abuse or dependence and adjustment disorders) during adolescence was not associated with subsequent marital functioning.

When both paths were analyzed, many studies have found them to be both significant and of similar magnitude (Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Dehle & Weiss, 1998; Gustavson et al., 2012; Karney, 2001; Kouros, Papp, & Cummings, 2008; Mamun et al., 2009; Najman et al., 2014). There were a few exceptions. For instance, Poyner-Del Vento and Cobb (2011) found that marital satisfaction and depressive symptoms covaried over time for husbands and wives, but while marital satisfaction predicted subsequent decreases in depressive symptoms significantly for wives (and marginally significant for husbands), depressive symptoms did not predict subsequent declines in marital satisfaction. The same cross-lagged results were found in a female sample who had experienced a recent negative marital event (such as separation/divorce, extramarital affairs, and physical aggression) (Christian-Herman et al., 2001). In a similar sense, Fincham, Beach, Harold, and Osborne (1997) found that the prospective effect of marital satisfaction on depression was significant only for wives, while the prospective effect of depression on marital satisfaction was significant only for husbands. Another study suggests that results are different according to which aspects of the marital processes are assessed (Kouros & Cummings, 2011).

Specifically, the authors found a significant bidirectional association between marital satisfaction and depressive symptoms only for husbands, while for wives, a high level of reported marital conflict predicted future increase of depressive symptoms (but not the inverse path). While these studies suggest interesting gender differences that could better specify the prospective associations between depression and marital quality, other studies have found no sex differences in these associations (Beach et al., 2003; Gustavson et al., 2012; Kouros et al., 2008; Peterson-Post et al., 2014; Whisman & Bruce, 1999).

Moreover, many studies have relied on exclusively female samples (Cano et al., 2004; Christian-Herman et al., 2001; Clavarino et al., 2011; Hollist et al., 2007; Kingsbury et al., 2014; Mamun et al., 2009; Najman et al., 2014). This limits the generalization of findings to men and makes it harder to conclude if there are sex differences in the longitudinal associations between marital quality and depression. Finally, among the studies that found a bidirectional association between marital quality and depression, one study separated marital satisfaction into two factors, one that captured the couple's synchronized view of the relationship (the degree to which two partners covary in their satisfaction with the relationship, regardless of the sources of their satisfaction/dissatisfaction) and another that measured the person's own unique perspective of the relationship (uncorrelated with the partner's perspective) (Gustavson et al., 2012). The bidirectional longitudinal associations between marital satisfaction and depression were solely explained by the dyadic relationship quality factor, meaning that a person's marital satisfaction and depression are associated but only when the perceived quality is synchronized with that of his or her spouse.

Lastly, some studies have not found significant prospective associations between these variables (Kurdek, 1998, 1999; Whitton, Stanley, Markman, & Baucom, 2008; Whitton & Whisman, 2010). In Whitton and colleagues (2008) and Whitton and Whisman's

(2010) studies, female participants completed measures of relationship quality and depressive symptoms weekly during 12 weeks. While one of the studies focused on the association between relationship functioning (a composite score of marital satisfaction and marital conflict measures) and depression (Whitton et al., 2008) and the other on the relation between the temporal instability of relationship satisfaction and depressive symptoms (Whitton & Whisman, 2010), neither of them found significant lagged associations between the study variables from one week to the other in any direction. However, cross-sectional associations were significant, with higher levels of weekly depressive symptoms significantly associated with lower levels of same-week relationship functioning as well as relationship satisfaction instability incrementally associated with depressive symptom severity.

The different results among prospective studies raise the question towards what is the best time lag to detect temporal influences between these variables. That is, at which time gap marital distress influences depression to the greatest extent and vice versa is not really known (Beach, Davey, & Fincham, 1999). There is a great variation in the time lag used throughout the studies, ranging from weekly to 9-year lags. While Fincham and colleagues (1997) suggest a time lag ranging from 12 to 18 months, there is no theoretical basis to suggest which is the optimal time gap.

Another way the temporal relation between marital satisfaction and depression has been studied was by assessing if marital dissatisfaction had an impact on relapse for patients who had received treatment for their depression. This has also allowed to have more information about the association between these variables in clinical samples, since most of the aforementioned longitudinal results came from non-clinical, community samples. Findings suggested that marital dissatisfaction at baseline was associated with higher relapse rates at follow-up (Denton et al., 2010; Hooley & Teasdale, 1989; Moyá, Cano Prous, Seva Fernández, & Alonso, 2010). This was found

in patients who received outpatient treatment and had suffered their first depressive episode (Moyá et al., 2010) as well as patients with chronic depression (Denton et al., 2010). However, two studies found that marital dissatisfaction at termination was a better predictor of treatment outcome at follow-up than was baseline marital dissatisfaction (Kung & Elkin, 2000; Whisman, 2001a). In another study, inpatients with major depression were followed 1, 2, and 10 years after discharge (Kronmüller et al., 2011). Compared to a control group matched by age, sex and education, a significantly worse marital satisfaction was found for the patients. Among the patients, most of those (89.5%) who reported to be living in an unhappy relationship at the 10-year follow-up had a recurrence within the follow-up period, whereas only 31% of patients who reported to be satisfied with their relationship had suffered a recurrence. Moreover, patients with marital satisfaction had significantly longer intervals without depression. However, in a study where individuals with major depression and reported low levels of marital satisfaction received individual treatment for major depression, improvements in depressive symptoms were not accompanied by improvements in relationship satisfaction (Atkins, Dimidjian, Bedics, & Christensen, 2009). Likewise, there was little change in depressive symptoms in couples that received couples therapy for their relationship problems. As the authors expressed, if the association between marital dissatisfaction and depression is as robust as past literature might have suggested, then it would seem logical that improving one of them would have a positive impact on the other. It also raises the question about what treatment modality is more effective when marital dissatisfaction and depression coexist, but this issue is beyond the scope of the present article.

Aside the predominantly American and the Canadian studies, research from other countries included Australia (Clavarino et al., 2011; Kingsbury et al., 2014; Mamun et al., 2009), Norway (Gustavson et al., 2012), Spain (Moyá et al., 2010) and Germany (Kronmüller et al., 2011). While there are certainly cultural differences between these

countries, they are all part of the western culture, which limits generalizability to cultures different from the western one.

The effect of age on the longitudinal association between marital quality and depression was not directly explored in the longitudinal research. However, two studies used samples of “established relationships”, to differentiate them from newlywed samples (Beach et al., 2003; Kouros et al., 2008). Couples were on average in their late thirties or were almost forty years-old and the marital relationship had a mean duration of 13 years. Beach and colleagues (2003) evaluated the longitudinal impact of marital discord on later depression, while Kouros and colleagues (2008) assessed both temporal associations to test for bidirectional effects. Both studies found significant results. Interestingly, Kouros and colleagues (2008) tested length of relationship as a possible moderator of these associations. They found that husbands in longer term relationship were at a higher risk of developing depressive symptoms when they had experienced marital dissatisfaction. This moderating effect was not significant for wives. Moreover, marital duration did not moderate for husbands nor wives the impact of depression on later marital dissatisfaction. The authors controlled for the confounding effect of age, since age and marital duration are usually very correlated.

In conclusion, many studies have found that the marital quality significantly predicts later depressive symptoms. Moreover, a lower quality marriage increases the risk of onset of major depression. Studies assessing the impact of depression on later marital quality have also found significant results. However, the number of studies analyzing this path was scarcer. Evidence also suggests a bidirectional association between these variables, suggesting that they influence one another in a cyclic way. Nevertheless, a few studies have found that marital quality and depression did not have prospective associations. Furthermore, marital dissatisfaction seems to be an important risk factor for major depression relapse. The sometimes differing results as to the direction of

effects might be explained by sex differences, the time lag used to measure the longitudinal association and even the particular aspects of marital quality that were measured. Also, a longer term relationship might put men more at risk of depressive symptoms in the presence of marital dissatisfaction. All these issues need further research in order to better understand their impact on the longitudinal associations between marital quality and depression.

2.4.3 Mediating and Moderating Variables of the Cross-sectional and Longitudinal Associations between Marital Quality and Depression

While many studies suggest that marital dissatisfaction and depression are both concurrently and longitudinally associated, research has tried to elucidate through which specific processes these variables influence one another. Moreover, the study of mediating or moderating variables can help understand why not all individuals who suffer depression experience marital dissatisfaction or not all those maritally dissatisfied suffer from depression. A moderator is a variable that changes the strength and/or direction of the relation between the two variables of interest, while a mediator variable specifies how or why the relationship between these two variables occurs (Baron & Kenny, 1986). This section starts with a description of findings about mediating variables. Moderating variables are explained next.

2.4.3.1 Mediating variables of the associations between marital quality and depression.

Using behavioral observation methods, Du Rocher Schudlich and colleagues (2011) tested which specific marital conflict styles (angry, constructive and depressive conflict) mediated the longitudinal relation between marital adjustment and later

depressive symptoms in husbands and wives. Couples were instructed to discuss a problematic topic and work toward a resolution of the problem. They found that wife marital dissatisfaction at T1 was significantly associated with wives' and husbands' greater use of angry conflict interactions and lesser use of constructive conflict tactics at T2. In turn, angry husband conflict at T2 predicted higher depressive symptoms in husbands at T3; while constructive husband and wife conflict at T2 was significantly associated with lower depressive symptoms in husbands and wives at T3. Finally, wives T2 depressive marital conflict mediated the association between wives' T1 marital dissatisfaction and higher depressive symptoms in wives at T3. They also found that for wives, significant direct effects remained between their T1 marital dissatisfaction and T3 depressive symptoms, suggesting only partial mediations.

Self-reported (versus observed) communication behaviors have also been tested as mediators. In a sample of clinically depressed men and women, constructive communication and woman-demand/husband-withdraw were significant mediators for women, whereas avoidance was significant for men (Heene et al., 2007). These researchers had found somewhat different results in a non-clinical sample, with conflict communication (women demand-husband withdraw and avoidance) as significant mediators of women's level of depressive symptoms and marital adjustment, while constructive communication was the significant mediator for men (Heene, Buysse, & Van Oost, 2005). Compromising behaviors (vs. attacking behaviors, both considered different types of conflict resolution behaviors) were found to partially mediate the association between husbands' depressive symptoms and their marital satisfaction, reducing the strength of the association between the two variables (Marchand, 2004). However, conflict resolution behaviors were not a significant mediator for wives. Another study found that self-silencing (defined as failure to voice personal needs in an attempt to maintain the relationship) mediated the association between marital satisfaction and depressive symptoms for women (Uebelacker, Courtnage, &

Whisman, 2003). Finally, social support behaviors (offered by the spouse) and perceptions of support mediate the association between initial depressive symptoms and subsequent marital stress in wives, but not in husbands (Davila et al., 1997).

Conflicting results were found about marital attributions (attributions made by a spouse about common negative partner behaviors such as spouse being critical or distant) as a mediator. It was a significant mediator in a clinical sample (Heene et al., 2007), but not in a community one (Gordon, Friedman, Miller, & Gaertner, 2005).

Coping mediated the association between marital instability and depression, but not the association between marital satisfaction and depression (Fink & Shapiro, 2013).

Neuroticism (a personality trait from the commonly called Big Five personality traits) was found to mediate the association between marital adjustment and a first episode of major depression (Cano-Prous, Moyá-Querejeta, Alonso, Martín-Lanas, & Cervera-Enguix, 2013).

One study found that self-esteem significantly mediated the association between marital quality and depressive symptoms only in women (Culp & Beach, 1998). However, another study found that self-esteem and mastery mediated the relation between these variables in both men and women (Cotten, Burton, & Rushing, 2003).

As for adult attachment styles, anxious-ambivalent attachment style significantly mediated the association between depressive symptoms and marital adjustment in clinically depressed women (Heene et al., 2007). Avoidant attachment style was found to mediate the association between depressive symptoms and satisfaction, consensus and cohesion (the three subscales of the Revised Dyadic Adjustment Scale. RDAS;

Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995), while anxious-ambivalent attachment mediated only the association between cohesion subscale and depressive symptoms (Parker et al., 2013). To understand this, the authors explained that people with high attachment anxiety respond to distress with proximity seeking behavior to alleviate the distress. However, a relationship characterized by low cohesion would not allow opportunities for proximity seeking behavior to alleviate personal distress.

2.4.3.2 Moderating variables of the associations between marital quality and depression.

As for communication and conflict resolution styles, self-reported avoidance behavior was a significant moderator in a community female sample (Heene et al., 2005), whereas none of the communication behaviors (constructive communication, woman-demand/man-withdraw, man-demand/ woman-withdraw and avoidance) were significant moderators in a clinically depressed sample (these variables were found to be significant mediators, as explained in the section about mediating variables; Heene et al., 2007). Reported hostile marital conflict would also moderate the longitudinal association between marital satisfaction and depressive symptoms (Kouros et al., 2008). Data suggested that for both husbands and wives in established relationships, high levels of marital conflict strengthened the negative association between initial marital satisfaction and later depressive symptoms. However, on the contrary, high levels of marital conflict in fact weakened the negative association between initial depressive symptoms and later marital satisfaction. To explain this surprising result, the authors hypothesized that marital conflict could potentially reflect engagement and commitment to the marital relationship, as opposed to withdrawing, in the presence of depressive symptoms.

Neither marital and non-marital chronic stress were a significant moderator of the time-lagged associations between depressive symptoms and marital satisfaction in newlywed couples (Poyner-Del Vento & Cobb, 2011). Nonetheless, cross-sectional analyses suggested a different picture. Wives who experienced more average marital chronic stress had a stronger and more negative contemporaneous association between marital satisfaction and depressive symptoms. Conversely, husbands who experienced more non-marital chronic stress had a stronger and more negative association between marital satisfaction and depressive symptoms. Interestingly, when the average non-marital chronic stress was low, increases in depressive symptoms predicted contemporaneous declines in marital satisfaction, but when non-marital stress was high, the association between changes in depressive symptoms and changes in marital satisfaction became weaker and less negative for both husbands and wives. The authors hypothesized that when non-marital stress is high and ongoing, spouses might attribute their negative mood to sources outside the marital relationship, which would in turn offset the negative effects of depressive symptoms on marital satisfaction. However, this wouldn't work in the long run since this finding was not replicated in their time-lagged analyses. This wouldn't be explained by declines in depressive symptoms over time because these symptoms did not change systematically across time measures.

In a clinically depressed sample, relationship attributions moderated the relation between marital adjustment and depressive symptoms (Heene et al., 2007). In a community sample, responsibility attributions (a dimension of marital attributions) was a significant moderator (Gordon et al., 2005).

Neuroticism was found to moderate the contemporaneous association between marital satisfaction and major depression among married individuals (but not for cohabiters) (Uebelacker & Whisman, 2006). Relationship dissatisfaction was more strongly associated with depression status for people with high levels of neuroticism. In

longitudinal studies with newlywed community samples, it was found that neuroticism moderated the effect of change in depressive symptoms on marital satisfaction for husbands but not for wives (Davila et al., 2003; Karney, 2001). However, the direction of this effect was not as expected: changes in depressive symptoms were less strongly associated with deviations from the marital satisfaction trajectory for husbands who scored higher in neuroticism. To explain the counterintuitive results, Davila and colleagues (2003) hypothesised that wives may respond to the neuroticism and higher depressive symptoms in a supportive, relationship-enhancing manner that would maintain husbands' marital satisfaction. When testing the opposite direction, i.e. if neuroticism moderated the association between changes in marital satisfaction and the trajectory of depressive symptoms, results were in the expected direction: for both husbands and wives lower levels of satisfaction were associated more strongly with increases in depressive symptoms among spouses scoring high in neuroticism compared with spouses scoring low in neuroticism (Davila et al., 2003). Though Karney's (2001) results were in the same direction, they were not however statistically significant. Neuroticism as a moderator was also assessed in couples seeking marital therapy or in couples where one of the spouse suffered from major depression and sought therapy for it (Atkins et al., 2009). In the marital sample, they found that higher neuroticism was indicative of a stronger relation between marital problems and depression. Interestingly, they found that among those treated for depression, higher neuroticism scores for men indicated a weaker association between depression and marital satisfaction, replicating previous results but in a significantly different type of sample (a clinical sample with major depression and high relationship distress vs. community samples with high mean marital satisfaction and low depression).

Self-esteem was found to moderate the association between marital quality and depressive symptoms in men (Culp & Beach, 1998).

Anxious-ambivalent attachment style would moderate the association between marital adjustment and depressive symptoms for both husbands and wives, while secure attachment style would also be a significant moderator but only for wives, with a trend for husbands (Scott & Cordova, 2002). On the contrary, in a clinical sample with depressed patients, attachment style was not a significant moderator of the association between marital adjustment and depressive symptoms (Heene et al., 2007).

Finally, as for sociodemographic variables, ethnicity, religious service attendance and poverty would not be significant moderators (Fagan, 2009; Mackenzie et al., 2014). As mentioned in a previous section, length of marriage was a significant moderator for men in the association between initial marital discord and later depressive symptoms (Kouros et al., 2008). In a study that assessed demographic variables (gender, age, race/ethnicity, employment status, relationship status and length of relationship), personality characteristics, parental depression and childhood loss (parental separation/divorce and parental death) as potential moderators of the association between 12-month prevalence of major depression and marital satisfaction, relationship status was the only significant moderator, with the association between marital satisfaction and major depression significantly stronger for married couples than for cohabiting ones (Uebelacker & Whisman, 2006). Other studies also suggest that sex is not a significant moderator of this association (Davila et al., 2003; Heene et al., 2007; Whisman, 2007). However, Heene and colleagues (2007) found that men and women with major depression had distinctive profiles of mediation between marital adjustment and depression.

2.5 Older Adults

There is a general lack of research in this age group concerning the associations between marital quality and depression, particularly studies of longitudinal design. Most of the cited literature has been done with newlywed couples or couples in their 30's. There are many reasons why the association between marital satisfaction and depression in older couples might be potentially different in this population. Aspects related to age are often difficult to disentangle from those related to the length of their marital relationship, since most older adults have been married or living with their spouse for a very long time. Older couples have probably faced together different challenges of the cycles of life, such as raising children, empty nest, possible health and financial stressors, etc. Physical health tends to decline as people age (Debra Umberson et al., 2006). Older adults with physical disabilities have an increased risk of experiencing depressive symptoms in the context of high marital disagreement (Bookwala & Franks, 2005). Also, for older adults who experience depression this is rarely a new phenomenon since major depressive disorder is a highly chronic mental health disease that usually onsets in the early twenties (Andrade et al., 2003). Therefore, older couples with a depressed spouse have most likely previously experienced depressive episodes throughout their relationship. All of the aforementioned factors taken together, one might wonder if the cross-sectional and longitudinal associations between depression and marital satisfaction might have different characteristics for the elderly couples.

As mentioned in a previous section, in a large population-based community sample that included older adults, the association between marital dissatisfaction and depressive disorder became stronger with increasing age (Whisman, 2007). However, older adults were under represented, so this age trend may not necessarily apply in late life. Another study found that when the strength of the cross-sectional association between marital satisfaction and depressive symptoms was compared across different age-cohorts (young, middle-aged and older adults), the association between these variables was the

strongest for older adults (Bookwala & Jacobs, 2004). These researchers also found that the level of marital satisfaction was the highest among the older adults.

2.5.1 Cross-sectional Association between Marital Quality and Depression in Older Adults

Studies of cross-sectional nature have generally found a significant association between marital quality and depressive symptoms in the elderly (Antonucci, Lansford, & Akiyama, 2001; Bookwala & Franks, 2005; Kivelä, Luukinen, Viramo, & Koski, 1998; Lagana, Spellman, Wakefield, & Oliver, 2011; Sandberg & Harper, 1999, 2000; St John & Montgomery, 2009; Walker, Isherwood, Burton, Kitwe-Magambo, & Luszcz, 2013; Whisman, Robustelli, Beach, Snyder, & Harper, 2014; Whisman, Uebelacker, Tolejko, Chatav, & McKelvie, 2006; Wright, 1990). Moreover, Walker and colleagues (2013) found that depression was the only variable significantly associated with marital satisfaction; sociodemographic variables, physical health and satisfaction with other social relationships were not. Whisman and colleagues (2006) found that the association was significant even after controlling for Big Five personality variables. Wright (1990) had measured two categories of depressive symptoms: mood and physical complaints (such as appetite, sleep and digestive disturbances). Marital quality was significantly associated with depressive mood but it was not significantly associated with physical complaints. Antonucci and colleagues (2001) measured relationship quality by asking participants to indicate their endorsement of items assessing whether respondents confided in their spouse and whether the spouse “got on the respondents’ nerves”. Of these two variables, only *Spouse gets on nerves* was a significant predictor of depressive symptoms. This suggests that negative aspects of the marital quality may be more strongly related to depressive symptoms while higher levels of positive characteristics aspects are not

necessarily associated with a superior mental health. However, *Spouse gets on nerves* could also be associated to depressive symptoms since it could be a manifestation of the irritability commonly found in depressed individuals. These authors also found that, compared with best friendships, marital relationships were more importantly associated to well-being (depressive symptoms and life satisfaction). However, Bookwala and Frank (2005) had found that higher marital disagreement, less marital happiness, and less time spent with one's spouse were all three associated with increased depressed affect. Marital adjustment would also be significantly associated with the occurrence of major depressive episode in men but not in women (Kivelä et al., 1998). Finally, one study did not find a significant association between marital satisfaction and depressive symptoms (Wang et al., 2014). The findings of these two studies could reflect cultural differences since the first article was done in a Finnish sample while the latter with a Chinese one. It is particularly interesting to contrast this finding with the cross-sectional findings with younger adults, where the association between marital quality and depression was significant in different cultures, including the Chinese (Miller et al., 2013). As Wang and colleagues (2014) point out, the elderly in China are more traditional about their culture and keep close bonds with their children. This extended social support might buffer the negative effect depression or low marital quality could have upon each other. Younger generations may be more influenced by western culture and therefore benefit less from the protective effect their close knit culture can offer.

As for age differences among the elderly, some of these studies statistically controlled for the effect that age might have on the association between marital quality and depression and found that age was not a significant confounder (Antonucci et al., 2001; Lagana et al., 2011; Walker et al., 2013; Whisman et al., 2014).

2.5.2 Longitudinal Associations between Marital Quality and Depression in Older Adults

Four studies have assessed the prospective associations between marital quality and depressive symptoms in older adults. Three of them tested both directions of effects; i.e., the effect of initial marital quality on later depressive symptoms and the effect of depressive symptoms on subsequent marital quality. While two of them found that the only significant path was from initial depression to later declines in marital quality (Pruchno et al., 2009; Ulrich-Jakubowski et al., 1988), the third found that both directions were significant, suggesting a bidirectional association (Whisman & Uebelacker, 2009). Finally, the fourth longitudinal study found that lower marital quality predicted depressed mood (Miller, Townsend, & Ishler, 2004). The authors did not test the inverse path.

These studies had different characteristics. The first study to assess the longitudinal associations between marital quality and depression was with a sample of 78 retired men, with a mean age of 61 years (Ulrich-Jakubowski et al., 1988). Standard deviations were not reported, making it harder to get a more precise idea of the age of their sample. There were two time assessments 15 months apart. They found that depression had a significant impact on later marital adjustment, but there was no support for the inverse path. The other study that found consistent results with those from Ulrich-Jakubowski and colleagues (1988), was done with 315 patients with end-stage renal disease and their spouses (Pruchno et al., 2009). Seventy-three percent of patients were male. The mean patient age was almost 70 years, while the mean spouse age was almost 68. There were three time measures, each one year apart. They found that time-varying depressive symptoms of both patients and spouses were associated with their own marital satisfaction but that time-varying marital satisfaction did not affect depressive symptoms for either patients or spouses. No gender effects were found. The limitation of this study is that results are difficult to generalize considering the nature of their sample. The third article, was done with a large population based sample of middle-aged and older adults (Whisman & Uebelacker, 2009). Wives' mean age was almost

62 years and husbands' was 64. The time lag between the two time measures was two years. Findings suggested a bidirectional association between depressive symptoms and marital discord for husbands and wives. There were no significant gender differences in the magnitude of the longitudinal associations between the study variables. The final study, focused on the association between initial marital dissatisfaction and change in T1 to T2 marital dissatisfaction with T2 depressive symptoms (Miller et al., 2004). Their sample consisted of 103 couples whose husband was 65 or older at T1 (wives mean age was 67.1 years, husbands' was 71.3). Participants were interviewed twice within a three-year interval. They ran separate analyses for husbands and wives and also separated depressive symptoms into two categories: mood symptoms and somatic symptoms. They found that higher marital dissatisfaction at baseline and increases in marital dissatisfaction were associated with more negative mood symptoms (but not somatic symptoms) for wives. For husbands, only change in marital satisfaction predicted increases in mood symptoms but not on somatic symptoms.

The likelihood of experiencing a major depressive episode in late life could also be influenced by stressful experiences through middle age. A study with a large female community sample found that women were more likely to be diagnosed with major depressive disorder by the age of 60 if they experienced high marital stress and increasing levels of marital stress over the preceding 20-year period (Kasen, Chen, Sneed, & Cohen, 2010; Zhang, Chen, & Zou, 2014).

In conclusion, longitudinal research with older adults suggests that marital quality and depression interact with one another over time. However, there are conflicting results as to the directionality of these associations. Also, among the studies that tested for sex differences, two out of three of them found no sex differences in the magnitude of the associations between the study variables or on the direction of effects (Pruchno et al.,

2009; Whisman & Uebelacker, 2009). Moreover, these two studies included age into their models and found that age did not make a significant difference in the longitudinal association between marital quality and depressive symptoms (Pruchno et al., 2009; Whisman & Uebelacker, 2009). Neither did length of marital relationship (Pruchno et al., 2009). Finally, except for Whisman and Uebelacker's (2009) study which was done with an English sample, all other studies were performed with American samples.

2.5.3 Mediating and Moderating Variables of the Cross-sectional and Longitudinal Associations between Marital Quality and Depression in Older Adults

Only two studies that assess the potential moderators or mediators of the relation between marital quality and depression in late life have been found. Sandberg and Harper (1999) have measured hardiness as a potential mediator. Briefly, hardiness is defined as a pattern of personality characteristics that distinguishes persons who remain healthy under life stress. It would be an important factor in psychological resilience. The study found that for both husbands and wives, hardiness significantly (yet modestly) buffered the negative effects of depression on marital quality.

In their study assessing the cross-sectional association between marital discord and depressive symptoms, Whisman and colleagues (2006) found that sex was not a significant moderator of this association.

2.6 Conclusion

This review has shown that there is a well-established cross-sectional association between depression and marital quality in the general adult population, with higher

depressive symptoms or presence of major depressive episode associated with lower marital quality. The association between these two variables has also been assessed in longitudinal studies in order to understand how they interact over time as well as to estimate the direction of effects. A majority of longitudinal studies have focused on assessing the impact of initial marital dissatisfaction on later depression, generally finding significant results. The inverse path has received less attention. Moreover, studies assessing the impact of initial depression on later marital satisfaction have found more inconclusive results. Some studies suggest that these conflicting results could reflect sex differences. First, a majority of the studies used exclusively female samples. When men were included in the samples, some studies suggest that depression may have a significant impact on later marital satisfaction among them. On the other hand, many studies did not find any significant sex differences in either the cross-sectional or longitudinal association between the study variables. The majority of studies explore these associations in newlywed or recently wed samples. Nonetheless, the associations between marital quality and depression were also significant in “established couples”. Moreover, some cross-sectional studies suggest that age modifies the strength of the association between marital quality and depression. However, opposite results were found among these studies and it is therefore unclear whether age would be a protective or a risk factor. Lastly, the significant associations between marital quality and depression were replicated across different countries, particularly in cross-sectional studies, less so in studies of longitudinal design.

The three main interpersonal theories about how marital quality and depression may interact with one another were described. The results from empirical studies with younger adults offer more conclusive support for the marital discord model of depression. According to this theory, marital dissatisfaction and discord would precipitate depressive symptoms.

A large number of other potential mediator and moderator variables of the relation between marital quality and depression were reviewed. These were: the way couples communicate, interact and offer support to one another, marital attributions, chronic stress, coping, neuroticism, self-esteem, attachment styles and socio-demographic variables. It is hard at this time to get a definitive picture of which variables mediate or moderate the association between marital quality and depression. While some variables have received more attention than others, none of them have been assessed by many studies. Moreover, conflicting results were often reported between studies and counterintuitive results were also sometimes found. Therefore, further research in this area is needed to better determine the variables that mediate or moderate the association between marital quality and depression. This knowledge would help improve our understanding of the specific processes through which these variables interact. It would also help further refine the existing interpersonal models of depression or elaborate new ones.

The association between marital quality and depression in older adults was also reviewed. Most of the reviewed cross-sectional studies found a significant association between these variables. Those that didn't could be explained by cultural reasons. Research on the longitudinal associations between marital quality and depression in late-life is rather scarce. Two studies found that depression and change in depression predicted later marital dissatisfaction, but the association for the inverse path was not significant (Pruchno et al., 2009; Ulrich-Jakubowski et al., 1988). However, another study did find evidence for a significant association between marital satisfaction and change in marital satisfaction and later depression (Miller et al., 2004). Finally, the fourth study found that the longitudinal association between these variables was bidirectional (Whisman & Uebelacker, 2009). Considering the little attention this issue has received and the mixed results, it is clear that further research is needed in the area. Moreover, there is almost no data on mediator or moderator variables of the association

between marital quality and depression in older adults. Among older adults, there does not seem to be age differences in the magnitude or the direction of effects between marital quality and depression. Finally, research from different cultures other than the Anglo-Saxon are non-existent in this population, or at least it has not been published in either English or French.

There are different methodological factors that could help explain the mixed results found in longitudinal studies across all age groups. Longitudinal studies use different time lags to assess temporal associations. At this time, which is the optimal time lag to assess these associations is unknown. Too long or too short time lags might fail to fully capture how marital quality and depression can influence one another over time. Moreover, the optimal time lag to assess these associations might be different on older adults than in younger adults, considering that most of the elderly have been in their actual marital relationship for a very long time and that depressive episodes have probably occurred in the past. This may affect how depression and marital quality influence one another.

Results can also be different (both in cross-sectional and longitudinal studies) depending on the type of sample used. In the present review, most research was done with convenience, community samples. There were however some studies with probability samples as well as a few with clinical samples (treated for depression or marital difficulties). Another issue that can affect results is which aspects of marital quality were assessed and how they were measured. While many studies measured marital quality with standardized measures (mainly the DAS and the MAT) others did not, using as few- or single-item indicators, among others. It can therefore be hard to be sure that the same constructs are being measured. Furthermore, marital quality is rather a large construct that describes the varying degrees of positive affect (such as warmth, closeness, affection, satisfaction) and of negative affect (such as disaffection,

hostility, distance). Standardized measures are scored in a way to create single-dimension models of marital quality. It has been recently argued that doing so could obscure results and that measures of relationship quality should be two-dimensional, assessing separately its positive and negative dimensions (Fincham & Rogge, 2010). The magnitude of the association between marital quality and depression could therefore differ according to the way marital quality was measured. In a meta-analysis not cited in this review because it focused on personal well-being and not depression, it was found that the longitudinal association between marital quality and personal well-being was stronger when the valence of the marital quality measure was negative than when it was positive (Proulx, Helms, & Buehler, 2007). They also found that when marital quality was assessed by a standard measure instead of nonstandard measures, both the cross-sectional and longitudinal associations between marital quality and personal well-being were stronger.

In sum, this review shows that there is a well-established cross-sectional association between marital quality and depression in both the general adult population and older adults. Additional longitudinal research is needed to further understand the direction of effects, particularly the impact of depression on later marital quality since it has been less studied and inconclusive results were found. Further longitudinal research with older adults is needed. Not only it is lacking, the few results have been mixed as to the direction of effects. Furthermore, longitudinal research with more than two time measures would provide a greater understanding of how marital quality and depression interact with one another over time. This review also highlights the need for additional research on mediator and moderator variables. While this review addressed the current knowledge on the association between marital quality and depression, research on cross-spouse effects and depression contagion between spouses is also necessary to fully understand the interpersonal factors of depression in the context of marriage and further refine the interpersonal models of depression.

There are also clinical implications to this review's findings. Mainly, considering the strong evidence for a concurrent association between low marital quality and depression as well as the temporal effect marital dissatisfaction has on depressive symptoms, interventions aimed at improving marital quality should help alleviate or prevent the appearance of depressive symptoms. Currently, behavioral marital therapy (BMT; O'Leary & Beach, 1990) is the best- documented treatment for co-occurring marital discord and depression. BMT reduces depression and conflict in couples via increasing positive instrumental and affectional behaviors, decreasing the display of extremely aversive behaviors, and improving problem-solving and communication skills. Therefore, its effect on depression is mediated by changes in marital adjustment. This would be a good treatment option for patients with co-occurring marital dissatisfaction and depression.

2.7 References

- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., ... Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*(1), 3–21. <https://doi.org/10.1002/mpr.138>
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on well-being of older adults. *Applied Developmental Science*, *5*(2), 68–75. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0502_2
- Assh, S. D., & Byers, E. S. (1996). Understanding the co-occurrence of marital distress and depression in women. *Journal of Social and Personal Relationships*, *13*(4), 537–552.
- Atkins, D. C., Dimidjian, S., Bedics, J. D., & Christensen, A. (2009). Couple discord and depression in couples during couple therapy and in depressed individuals during depression treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(6), 1089–1099. <https://doi.org/10.1037/a0017119>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barrett, A. E. (2000). Marital trajectories and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, *41*(4), 451–464. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2676297>
- Beach, S. R. H., Davey, A., & Fincham, F. D. (1999). The time has come to talk of many things: a commentary on Kurdek (1998) and the emerging field of marital processes in depression. *Journal of Family Psychology*, *13*(4), 663–668.
- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, *20*(3), 355–371. <https://doi.org/10.1177/0265407503020003005>
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. W. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*(1), 77–100.
- Bookwala, J., & Franks, M. M. (2005). Moderating role of marital quality in older

- adults' depressed affect: Beyond the main-effects model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(6), P338–P341. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.P338>
- Bookwala, J., & Jacobs, J. (2004). Age, marital processes, and depressed affect. *The Gerontologist*, 44(3), 328–338. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.328>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Brown, S. L. (2000). The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabitators versus marrieds. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 241–255.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289–308.
- Cano, A., O'Leary, K. D., & Heinz, W. (2004). Short-term consequences of severe marital stressors. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(4), 419–430. <https://doi.org/10.1177/0265407504044838>
- Cano-Prous, A., Moyá-Querejeta, J., Alonso, Á., Martín-Lanas, R., & Cervera-Enguix, S. (2013). Personality: A determinant in marital dissatisfaction in individuals with major depression and their couples. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 340–348.
- Christian-Herman, J., O'Leary, K. D., & Avery-Leaf, S. (2001). The impact of severe negative events in marriage on depression. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 20(1), 24–40. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.24.22250>
- Clavarino, A., Hayatbakhsh, M. R., Williams, G. M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Najman, J. M. (2011). Depression following marital problems: Different impacts on mothers and their children? A 21-year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 833–841. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0253-8>
- Cotten, S. R., Burton, R. P. D., & Rushing, B. (2003). The mediating effects of attachment to social structure and psychosocial resources on the relationship between marital quality and psychological distress. *Journal of Family Issues*, 24(4), 547–577. <https://doi.org/10.1177/0192513X02250138>
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28–40.
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 26–37. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.1.26>
- Culp, L. N., & Beach, S. R. H. (1998). Marriage and depressive symptoms. The role and bases of self-esteem differ by gender. *Psychology of Women Quarterly*, 22,

- 647–663.
- Davila, J., Bradbury, T. N., Cohan, C. L., & Tochluk, S. (1997). Marital functioning and depressive symptoms: Evidence for a stress generation model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*(4), 849–861. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.849>
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *17*(4), 557–570. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.557>
- Dehle, C., & Weiss, R. L. (1998). Sex differences in prospective associations between marital quality and depressed mood. *Journal of Marriage and Family*, *60*(4), 1002–1011. <https://doi.org/10.2307/353641>
- Denton, W. H., Carmody, T. J., Rush, A. J., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Arnow, B. A., ... Keller, M. B. (2010). Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression. *Psychological Medicine*, *40*(3), 415–424. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990535>
- Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *25*(4), 531–540. <https://doi.org/10.1037/a0024216>
- Fagan, J. (2009). Relationship quality and changes in depressive symptoms among urban, married African Americans, hispanics, and whites. *Family Relations*, *58*(3), 259–274. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00551.x>
- Faulkner, R. A., Davey, M., & Davey, A. (2005). Gender-related predictors of change in marital satisfaction and marital conflict. *The American Journal of Family Therapy*, *33*, 61–83. <https://doi.org/10.1080/01926180590889211>
- Fincham, F., Beach, S., Harold, G., & Osborne, L. (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, *8*(5), 351–357. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00424.x>
- Fincham, F. D., & Rogge, R. (2010). Understanding relationship quality: Theoretical challenges and new tools for assessment. *Journal of Family Theory & Review*, *2*(December), 227–242. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00059.x>
- Fink, B. C., & Shapiro, A. F. (2013). Coping mediates the association between marital instability and depression, but not marital satisfaction and depression. *Couple & Family Psychology*, *2*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/a0031763>
- Gordon, K. C., Friedman, M. A., Miller, I. W., & Gaertner, L. (2005). Marital attributions as moderators of the marital discord–depression link. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *24*(6), 876–893. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.876>

- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1998). Consequences of depression during adolescence : Marital status and marital functioning in early adulthood. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(4), 686–690. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.4.686>
- Gove, W. R., & Shin, H.-C. (1989). The psychological well-being of divorced and widowed men and women. An empirical analysis. *Journal of Family Issues, 10*(1), 122–144.
- Gustavson, K., Roysamb, E., Soest, T. V., Helland, M. J., Karevold, E., & Mathiesen, K. S. (2012). Reciprocal longitudinal associations between depressive symptoms and romantic partners' synchronized view of relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships, 29*(6), 776–794. <https://doi.org/10.1177/0265407512448264>
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 555–561. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.555>
- Heene, E., Buysse, A., & van Oost, P. (2007). An interpersonal perspective on depression: The role of marital adjustment, conflict communication, attributions, and attachment within a clinical sample. *Family Process, 46*(4), 499–514.
- Heene, E., Buysse, A., & Van Oost, P. (2003). A categorical and dimensional perspective on depression within a nonclinical sample of couples. *Family Process, 42*(1), 133–149.
- Heene, E. L. D., Buysse, A., & Van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process, 44*(4), 413–440. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00070.x>
- Henderson, A. D., Sayger, T. V., & Horne, A. M. (2003). Mothers and sons: A look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression, and family cohesion. *The Family Journal, 11*(1), 33–41. <https://doi.org/10.1177/1066480702238469>
- Herr, N. R., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2007). Current and past depression as predictors of family functioning: a comparison of men and women in a community sample. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 21*(4), 694–702. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.694>
- Hollist, C. S., Miller, R. B., Falceto, O. G., & Fernandes, C. L. C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a Latino sample. *Family Process, 46*(4), 485–498. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00227.x>
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(3), 229–235. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.3.229>
- Joung, I. M. A., Strouks, K., Van de Mheen, H., Van Poppel, F. W. A., Van der Meer,

- J. B. W., & Mackenbach, J. P. (1997). The contribution of intermediate factors to marital status differences in self-reported health. *Journal of Marriage and the Family*, 59(2), 476–490.
- Karney, B. R. (2001). Depressive symptoms and marital satisfaction in the early years of marriage: Narrowing the gap between theory and research. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (pp. 45–68). Washington, DC, US: American Psychological Association. Retrieved from http://ucl-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&ct=display&fn=search&doc=TN_apa_books2000-00588-003&indx=1&recIds=TN_apa_books2000-00588-003&recIdxs=0&elementId=0&renderMode=poppedOut&displayMode=full&frbrV
- Kasen, S., Chen, H., Sneed, J. R., & Cohen, P. (2010). Earlier stress exposure and subsequent major depression in aging women. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 91–99. <https://doi.org/10.1002/gps.2304>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kim, H. K., & McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being. A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues*, 23(8), 885–911. <https://doi.org/10.1177/019251302237296>
- Kingsbury, A. M., Hayatbakhsh, R., Mamun, A. M., Clavarino, A. M., Williams, G., & Najman, J. M. (2014). Trajectories and Predictors of Women's Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 877–888. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1589-6>
- Kivelä, S. L., Luukinen, H., Viramo, P., & Koski, K. (1998). Depression in elderly spouse pairs. *International Psychogeriatrics / IPA*, 10(3), 329–338. <https://doi.org/10.1017/S1041610298005419>
- Kouros, C. D., & Mark Cummings, E. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 128–138. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x>
- Kouros, C. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 22(5), 667–677.

- <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.5.667>
- Kronmüller, K. T., Backenstrass, M., Victor, D., Postelnicu, I., Schenkenbach, C., Joest, K., ... Mundt, C. (2011). Quality of marital relationship and depression: Results of a 10-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders, 128*(1–2), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.026>
- Kung, W. W., & Elkin, I. (2000). Marital adjustment as a predictor of outcome in individual treatment of depression. *Psychotherapy Research, 10*(3), 267–278. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.267>
- Kurdek, L. A. (1998). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives. *Journal of Family Psychology, 12*(4), 494–510. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.4.494>
- Kurdek, L. A. (1999). More differences about gender differences in marriage: A reply to Beach, Davey, and Finchman. *Journal of Family Psychology, 13*(4), 669–674.
- Lagana, L., Spellman, T., Wakefield, J., & Oliver, T. (2011). Ethnic minority status, depression, and cognitive failures in relation to marital adjustment in ethnically diverse older women. *Clinical Gerontologist, 34*(3), 173–189. <https://doi.org/10.1080/07317115.2011.554627>
- Lapierre, T. A. (2009). Marital status and depressive symptoms over time: Age and gender variations. *Family Relations, 58*(4), 404–416. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00562.x>
- Lemmens, G. M. D., Buysse, A., Heene, E., Eisler, I., & Demyttenaere, K. (2007). Marital satisfaction, conflict communication, attachment style and psychological distress in couples with a hospitalized depressed patient. *Acta Neuropsychiatrica, 19*(2), 109–117. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2006.00168.x>
- Liu, R. X., & Chen, Z. Y. (2006). The effects of marital conflict and marital disruption on depressive affect: A comparison between women in and out of poverty. *Social Science Quarterly, 87*(2), 250–271. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2006.00379.x>
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251–255.
- Mackenzie, J., Smith, T. W., Uchino, B., White, P. H., Light, K. C., & Grewen, K. M. (2014). Depressive symptoms, anger/hostility, and relationship quality in young couples. *Journal of Social and Clinical Psychology, 33*(4), 380–396.
- Mamun, A. A., Clavarino, A. M., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan, M. J., & Bor, W. (2009). Maternal depression and the quality of marital relationship: A 14-year prospective study. *Journal of Women's Health (2002), 18*(12), 2023–2031. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1050>
- Marchand, J. F. (2004). Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attachment & Human Development, 6*(1), 99–112. <https://doi.org/10.1080/14616730310001659575>

- Miller, B., Townsend, A. L., & Ishler, K. J. (2004). Change in marital dissatisfaction, health, and depression in older married couples. *Journal of Mental Health and Aging, 10*(1), 65–77.
- Miller, R. B., Mason, T. M., Canlas, J. M., Wang, D., Nelson, D. A., & Hart, C. H. (2013). Marital satisfaction and depressive symptoms in China. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 27*(4), 677–82. <https://doi.org/10.1037/a0033333>
- Morry, M. M., Reich, T., & Kito, M. (2010). How do I see you relative to myself? Relationship quality as a predictor of self-and partner-enhancement within cross-sex friendships, dating relationships, and marriages. *The Journal of Social Psychology, 150*(4), 369–392.
- Moyá, J., Cano Prous, A., Seva Fernández, A., & Alonso, Á. (2010). The impact a first episode of major depression has on marital dissatisfaction: Is remission associated with improvement in dissatisfaction? *The European Journal of Psychiatry, 24*(1), 46–58. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632010000100006>
- Najman, J. M., Khatun, M., Mamun, A., Clavarino, A., Williams, G. M., Scott, J., ... Alati, R. (2014). Does depression experienced by mothers leads to a decline in marital quality: A 21-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(1), 121–132. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0749-0>
- O’Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *The American Journal of Psychiatry, 147*(2), 183–6.
- Parker, M. L., Tambling, R. B., & Campbell, K. (2013). Dyadic adjustment and depressive symptoms: The mediating role of attachment. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 21*(1), 28–34. <https://doi.org/10.1177/1066480712456674>
- Peterson-Post, K. M., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2014). Perceived criticism and marital adjustment predict depressive symptoms in a community sample. *Behavior Therapy, 45*(4), 564–575. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.002>
- Poyner-Del Vento, P. W., & Cobb, R. J. (2011). Chronic stress as a moderator of the association between depressive symptoms and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(9), 905–936. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.9.905>
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family, 69*(3), 576–593. <https://doi.org/10.2307/351841>
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. P. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 23*(4), 573–584. <https://doi.org/10.1037/a0015878>

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385–401.
- Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review, 28*(2), 179–198. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.007>
- Riso, L. P., Blandino, J. A., Hendricks, E., Grant, M. M., & Duin, J. S. (2002). Marital history and current marital satisfaction in chronic depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 32*(4), 291–295. <https://doi.org/10.1023/A:1020576927809>
- Sandberg, J. G., & Harper, J. M. (1999). Depression in mature marriages: Impact and implications for marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 25*(3), 393–406.
- Sandberg, J. G., & Harper, J. M. (2000). In search of a marital distress model of depression in older marriages. *Aging & Mental Health, 4*(3), 210–222. <https://doi.org/10.1080/713649929>
- Scott, R. L., & Cordova, J. V. (2002). The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 16*(2), 199–208. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.2.199>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*(1), 15–28.
- St John, P. D., & Montgomery, P. R. (2009). Marital status, partner satisfaction, and depressive symptoms in older men and women. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 54*(7), 487–492.
- Tower, R. B., & Krasner, M. (2006). Marital closeness, autonomy, mastery, and depressive symptoms in a U.S. Internet sample. *Personal Relationships, 13*(4), 429–449. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00128.x>
- Trevino, Y. A., Wooten, H. R., & Scott, R. E. (2007). A correlational study between depression and marital adjustment in Hispanic couples. *The Family Journal, 15*(1), 46–52. <https://doi.org/10.1177/1066480706294033>
- Uebelacker, L. a., Courtnage, E. S., & Whisman, M. a. (2003). Correlates of Depression and Marital Dissatisfaction: Perceptions of Marital Communication Style. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*(6), 757–769. <https://doi.org/10.1177/0265407503206003>
- Uebelacker, L. a, & Whisman, M. a. (2006). Moderators of the association between relationship discord and major depression in a national population-based sample. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 20*(1), 40–46. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.40>
- Ulrich-Jakubowski, D., Russell, D. W., & O'Hara, M. W. (1988). Marital adjustment difficulties: Cause or consequence of depressive symptomatology? *Journal of*

- Social and Clinical Psychology*, 7(4), 312–318.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1988.7.4.312>
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H., & Needham, B. (2006). You make me sick: Marital quality and health over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(1), 1–16.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386–392. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.386>
- Walker, R., Isherwood, L., Burton, C., Kitwe-Magambo, K., & Luszcz, M. (2013). Marital satisfaction among older couples: The role of satisfaction with social networks and psychological well-being. *International Journal of Aging & Human Development*, 76(2), 123–39. <https://doi.org/10.2190/AG.76.2.b>
- Wang, Q., Wang, D., Li, C., & Miller, R. B. (2014). Marital satisfaction and depressive symptoms among Chinese older couples. *Aging & Mental Health*, 18(1), 11–18. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.805730>
- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77(4), 445–451. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.4.445>
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 701–706. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.701>
- Whisman, M. A. (2001a). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 125–129. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.1.125>
- Whisman, M. A. (2001b). The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (p. p.3-24). Washington, DC, US: American Psychological Association. Retrieved from http://ucl-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&ct=display&fn=search&doc=TN_apa_books2000-00588-001&indx=2&recIds=TN_apa_books2000-00588-001&recIdxs=1&elementId=1&renderMode=poppedOut&displayMode=full&frbrV
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638–643. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638>
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 674–678. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.674>
- Whisman, M. A., Robustelli, B. L., Beach, S. R. H., Snyder, D. K., & Harper, J. M. (2014). Marital discord and depression in middle-aged and older couples: Is taxon status associated with depression? *Journal of Social and Personal*

- Relationships*, 31(7), 1–7. <https://doi.org/10.1177/0265407514554519>
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 803–808. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.4.803>
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 20(3), 369–377. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.369>
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 184–189. <https://doi.org/10.1037/a0014759>
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., Tolejko, N., Chatav, Y., & McKelvie, M. (2006). Marital discord and well-being in older adults: Is the association confounded by personality? *Psychology and Aging*, 21(3), 626–631. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.3.626>
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 830–838. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.830>
- Whitton, S. W., Stanley, S. M., Markman, H. J., & Baucom, B. R. (2008). Women's weekly relationship functioning and depressive symptoms. *Personal Relationships*, 15(4), 533–550. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2008.00214.x>
- Whitton, S. W., & Whisman, M. A. (2010). Relationship satisfaction instability and depression. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 24(6), 791–794. <https://doi.org/10.1037/a0021734>
- Wright, L. K. (1990). Mental health in older spouses: The dynamic interplay of resources, depression, quality of the marital relationship, and social participation. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 49–70.
- Zhang, N., Chen, H., & Zou, Y. (2014). A joint model of binary and longitudinal data with non-ignorable missingness, with application to marital stress and late-life major depression in women. *Journal of Applied Statistics*, 41(5), 1028–1039. <https://doi.org/10.1080/02664763.2013.859235>
- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., & Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 59(3), 205–215. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00153-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00153-6)

CHAPITRE III

DEUXIÈME ARTICLE

L'article présenté dans ce chapitre intitulé « Till depression do us part? Examining the prospective associations between depression and marital adjustment in older adults » a été soumis au périodique Revue Européenne de Psychologie Appliquée le 1er avril 2018.

Till depression do us part? Examining the prospective associations between
depression and marital adjustment in older adults.

Maria R. Goldfarb, Gilles Trudel, Richard Boyer, & Michel Prévile

3.1 Abstract

Little is known about the longitudinal associations between marital adjustment and depression in older adults. In this paper, the 12-month prospective associations between diagnostic depression and marital adjustment in a representative sample of community-dwelling older adults (age ≥ 65 years, $N = 847$) from Quebec, Canada, is presented. Cross-lagged, multiple-regression analyses indicated that marital adjustment predicted subsequent diagnostic depression but there was no support for the inverse path, suggesting a unidirectional relation between these variables. However, though significant, the association between initial marital adjustment and later depression was weak. Based on our and previously reported findings, the importance of the prospective relations between marital quality and depression in older adults is discussed.

Keywords: depression, marriage, couples, satisfaction, older adults, longitudinal

3.2 Introduction

The association between depression and marital functioning has interested clinical psychologists for several decades now. Over 35 years ago, Brown and Harris (1978) developed their seminal model of “psychosocial causation” of depression, in which they identified lack of an intimate relationship with one’s partner as a major vulnerability factor for depression in women. Almost a decade later, Weissman (1987) found in an epidemiologic study that there was a 25-fold increased risk of major depression for unhappy marriages. Research on the subject has grown significantly over the years and the link between marital factors and depressive symptoms is now well-established (for a review, see Goldfarb, Trudel, Boyer, & Prévile, 2007). For instance, according to a meta-analysis (Whisman, 2001), marital dissatisfaction explains 14% and 18% of the variance of depressive symptoms in men and women, respectively. Furthermore, the association between marital dissatisfaction and depressive symptoms falls between the medium-to-large effect size range.

Although these studies are important, they are based predominantly on cross-sectional data, allowing only to conclude that there is an association between depression and marital functioning. Longitudinal designs can help disentangle cause and effect. Fortunately, some longitudinal studies have been published but have yielded mixed results as to the causal ordering of these variables. Among these studies, many have found that marital dissatisfaction predicts increases in depressive symptoms (Beach & O’Leary, 1993b; Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Cano, Christian-Herman, O’Leary, & Avery-Leaf, 2002; Clavarino et al., 2011; Du Rocher Schudlich, Papp, & Cummings, 2011; Kurdek, 1998; Poyner-Del Vento & Cobb, 2011) and also increases significantly the likelihood of experiencing a major depressive episode (Whisman & Bruce, 1999). Research examining or finding evidence for the inverse path has been

scarcer (Beach & O'Leary, 1993a; Davila, Bradbury, Cohan, & Tochluk, 1997; Dehle & Weiss, 1998). Lastly, some longitudinal studies have found support for a bidirectional association between depressive symptoms and marital quality (Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Fincham, Beach, Harold, & Osborne, 1997; Karney, 2001; Kouros & Mark Cummings, 2011; Kouros, Papp, & Cummings, 2008; Mamun et al., 2009).

Interpersonal models of depression provide a framework from which to understand how marital functioning and depression might influence each other. As Rehman, Gollan, and Mortimer (2008) point out, in contrast to intrapersonal models of depression, interpersonal models are only at their beginnings (refer also to these authors for a more thorough description of these theories, their limitations as well as their empirical support). Briefly, three models stand out. The marital discord model of depression (Beach, Sandeen, & O'Leary, 1990) highlights the role of marital discord as a precursor of depression. With marital distress, there would be a reduction of support while stress and hostility would increase, contributing to the appearance or the increase of depressive symptoms. Coyne's (1976) interactional theory of depression and Hammen's (1991) stress generation model of depression describe, on the contrary, depression as a precursor of marital distress. In Coyne's model, marital discord would be caused or aggravated by depressive individuals since they elicit rejection from others through a series of mechanisms while in Hammen's model, depressive individuals behave in a way that increases stress, particularly interpersonal stress. Though these three models focus on a particular precursor, they do not contradict the idea that once marital discord and depression are installed, they can feed upon each other.

Finally, research assessing sex differences in both the cross-sectional and prospective association between marital quality and depression has yielded mixed results (Goldfarb et al., 2007).

Most of the studies assessing the relationship between marital quality and depression have been done with young or newlywed couples, while little research has examined this relationship with elderly couples. Moreover, research with a longitudinal design is particularly scarce. A variety of factors associated with this particular stage of life, the age of the individuals and the duration of their marital relationship (with older couples being generally involved in long-term relationships) can potentially change the way marital functioning and depression interact with one another. Depression seldom appears for the first time in late life. The age of onset of major depressive disorder is usually in the early twenties and is a highly chronic problem (Andrade et al., 2003). Therefore, older couples with a depressed spouse have most likely previously experienced depressive episodes throughout their relationship, and this can certainly be another factor that influences the way marital quality and depression impact one another by old age and throughout the marital life. For instance, it seems that experiencing high marital stress and increasing levels of marital stress through two or three decades can increase the risk of experiencing major depressive disorder for women once they have reached late middle-life and old age (Kasen et al., 2010; Zhang et al., 2014). In a population-based community sample, Whisman (2007) found that the association between marital dissatisfaction and depressive disorder became stronger with increasing age. Moreover, Bookwala and Jacobs (2004) compared the strength of the association between marital satisfaction and depressive symptoms across different age-cohorts, finding that this association was the strongest for older adults. In other studies with older samples, marital quality and depression appear to be significantly associated cross-sectionally (Antonucci, Lansford, & Akiyama, 2001; Bookwala & Franks, 2005; Kivelä, Luukinen, Viramo, & Koski, 1998; Lagana, Spellman, Wakefield, & Oliver, 2011; Sandberg & Harper, 1999, 2000; St John & Montgomery, 2009; Walker, Isherwood, Burton, Kitwe-Magambo, & Luszcz, 2013; Whisman, Robustelli, Beach, Snyder, & Harper, 2014; Whisman, Uebelacker, Tolejko, Chatav, & McKelvie, 2006; Wright, 1990) and prospectively (Miller, Townsend, & Ishler,

2004; Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2009; Ulrich-Jakubowski, Russell, & O'Hara, 1988; Whisman & Uebelacker, 2009).

As for sex differences, cross-sectional studies report inconsistent results. Among the four longitudinal studies with older adults, two of them did not find significant differences (Pruchno et al., 2009; Whisman & Uebelacker, 2009) while one of them was done with an all-male sample (Ulrich-Jakubowski et al., 1988). In the fourth study, analyses were run separately for men and women, results were somewhat different between them but the authors did not formally test for gender differences in the magnitude of the associations (Miller et al., 2004).

The present study assesses both the cross-sectional and longitudinal within-subject associations between marital adjustment and depression in a sample aged 65 years or more. It overcomes past limitations in different ways. First, it relies exclusively on an elderly sample. Among the four existing prospective studies with older samples, only half also focused exclusively on the elderly (Miller et al., 2004; Pruchno et al., 2009). Whisman and Uebelacker (2009) combined middle-aged and older adults in their prospective study; while in a study with retired men (Ulrich-Jakubowski et al., 1988), the sample had a mean age of 61 years. Since neither the standard deviations nor the age range were reported, it is hard to get a true idea of their sample's age. A mixed sample of middle-aged and older individuals is certainly more heterogeneous since middle-aged adults don't usually share the same characteristics, preoccupations and interests as older ones. Aside from age, there will most likely be important differences in the duration of the marital relationship, in their physical health, their level of income, if they are retired or are still on the work force, etc. Results may be expected to differ from those found when studying exclusively older adults. In a study with different age-cohorts, marital satisfaction was significantly associated with depression for young and older adults, but not for their middle-aged counterparts (Bookwala & Jacobs, 2004).

Additionally, one of the two studies focusing exclusively on older adults was done with couples where one spouse suffered from end-stage renal disease, limiting generalization to the general older adult population (Pruchno et al., 2009). Another strength of this study is that it was done with a large representative sample of community-dwelling older adults, which does allow generalizing results to the general population. Furthermore, the final way in which this study expands previous longitudinal research is by using a French-speaking sample representative of the older population of Quebec, Canada. It is the first non-English sample, allowing to assess the relation between the study variables in a different culture.

The present study attempted to address three issues. First, to determine if marital adjustment and depression were concurrently associated in older adults. Second, to assess if there was a temporal relation between these variables: if baseline (T1) marital adjustment and depression predicted subsequent (T2) marital adjustment and depression. Finally, we aimed at comparing if there was a difference in the strength of the temporal associations between T1 marital adjustment - T2 depression and T1 depression - T2 marital adjustment in order to determine if there is a stronger predictor. Based on previous findings in both old and younger adults, as well as considering the chronic nature of depression and the reciprocal influences depression and marital functioning seem to have upon each other, we expected marital adjustment and depression to be associated significantly both cross-sectional and longitudinally and that the magnitude of the prospective associations would be similar, suggesting a bidirectional process.

3.3 Method

3.3.1 Sample

Secondary analyses of data from the “*Étude sur la Santé des Aînés*” (ÉSA, Study of the Elderly’s Health) in Quebec, Canada, were made (for a complete description of this study, refer to Prévillé et al., 2010). Respondents were interviewed twice, on a 12-month period. Interviews took place between 2005 and 2008. For this study, selected data came from participants who were continuously married at both time points and that had completed both time measures (one spouse per couple; N = 847). The full ESA sample is a probability sample of almost 2800 older community dwelling adults, aged 65 years and over at study onset and able to speak and understand French (94% of the population of Quebec speaks French). Subjects living in northern regions of Quebec were excluded on feasibility grounds. In 2005, 10% of the elderly population was from these regions. A random dialing method was used to develop the sampling frame of the study, which included stratification according to three geographical areas: metropolitan, urban, and rural. In each geographical area, a proportional sample of households was constituted according to the 16 administrative regions of Quebec. A random sampling method was also used to select only one older adult (aged 65 years or older) within the household. One member per household was sufficient to address the research goals of the ESA study. The response rate for the ESA study was 78.5% (n = 2784) at T1, and 79.1% (n = 2203) of the respondents at T1 participated in the follow-up interview 12 months later.

3.3.2 Procedure

Data were collected as follows: First, a health professional contacted the potential respondents to describe the objectives and the length of the study, answer their questions and ask them to participate in an in-home interview. Next, a letter describing

the study was sent to reassure the potential participants of the credibility of the investigation and of the interviewer. Appointments were then made with those who volunteered. Face to face interviews were conducted at T1. The interviewers were health professionals (n=10), staff members of a national polling firm. In preparation for the interviews, they were given two days training on administration of the ESA computer assisted questionnaires. Subjects were met again at T2, 12 months after the T1 interview, to complete the same questionnaires. Respondents were offered \$15 compensation for their participation.

The in-home interview, which lasted 90 minutes on average, took place within the two weeks following contact by the health professionals. A written consent to conduct the interview was obtained at the beginning of the interview from all volunteers. Then, subjects were asked to respond to the Mini-Mental State Exam (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). As memory problems affect the accuracy of the information given and performance on psychological questionnaires (Burke, Houston, Boust, & Roccaforte, 1989; Kafonek et al., 1989), people presenting severe or moderate cognitive problems based on the MMSE (a score of less than 22) were excluded at the beginning of the interview (Crum, Anthony, Bassett, & Folstein, 1993). Thereafter, subjects presenting no moderate or severe cognitive problems were invited to respond to the ESA-Qs. Respondents were invited to participate in a similar in-home interview 12 months later. The research procedure was reviewed and authorized by the ethics committee of the Sherbrooke Geriatric University Institute.

3.3.3 Instruments

The French version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS, Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986; Spanier, 1976) was used to measure *marital adjustment*. The DAS

contains 32 items that yield four subscale scores (consensus, emotional expression, satisfaction, and cohesion) and an additive adjustment score. The total additive score provides a continuous measure of marital adjustment; higher scores reflect higher marital adjustment. Only the total adjustment score was used for different reasons. First, the subscale scores were significantly correlated (r ranging from .37 to .67, all $p < .001$). Also, confirmatory factor analyses have found the emotional expression subscale has reliability issues in older adults (Villeneuve et al., 2015) and suggest that the single factor solution would be more appropriate with this population (O'Rourke & Emery, 2001). The DAS is a widely used scale that has demonstrated to be reliable (Cronbach's alpha coefficient of .96) and valid (content, criterion and concomitant) measure of marital adjustment (Baillargeon et al., 1986; Spanier, 1976). In the present sample, Cronbach's alpha coefficients were .76. (T1) and .78 (T2).

The Diagnostic Questionnaire ESA (ESA-Q) (Préville et al., 2008) was used to measure the 12-month period diagnoses of major and minor depression. It was developed by the research team, based on the text revised 4th edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) criteria (American Psychiatric Association, 2000). The ESA-Q diagnostic component is similar to the Diagnostic Interview Schedule (DIS) and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), which demonstrated satisfactory reliability and validity (Erdman et al., 1992; Levitan, Blouin, Navarro, & Hill, 1991; Murphy, Monson, Laird, Sobol, & Leighton, 2000; Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981; Robins et al., 1985; Wittchen et al., 1991). The ESA-Q has an excellent reliability (Cronbach's alpha coefficient = .92).

3.3.4 Analyses

Data were weighted to ensure that the analysis reflected the true proportions of older adults in each region and each geographical area. Data were also weighted by sex and age of respondents to fully represent the study population. Weights were determined based on (1) the probability of selection of the administrative region in the geographic area [$\pi(a)$]; (2) the conditional probability of selection of the household in the administrative region [$\pi(b/a)$]; and (3) the conditional probability of selection of the subject in the household [$\pi(c/ab)$]. The weight (w) attributed to each subject represented the inverse of its probability of selection $\{1/[\pi(abc)]\}$. The mean and median sampling design effects were 0.94 and 0.95, respectively.

Missing data from the predictor variable were replaced using the *maximizing internal consistency* method for categorical data (van Buuren & van Rijckevorsel, 1992). This method was applied when only 10% or less of the data were missing, otherwise the participant was excluded from the analyses. In this way, the T1 sample consisted of 1178 (non-weighted) married participants. After excluding those with four or more missing DAS items, the sample was reduced to 1141. Among these, 220 subjects did not take part of the T2 survey, while 32 of them had perceived a change in their marital status (separation, divorce or death of spouse) or had their spouse institutionalized, further reducing the sample to 884 participants. After excluding those that at T2 had four or more missing DAS items, the final sample of 847 (non-weighted) participants was reached. Compared to participants who completed both time measures, those who only participated at T1 had a significant lower level of education. Otherwise, there were no significant differences between these groups on sociodemographic variables or on the study variables.

In order to account for the cross-sectional and longitudinal associations between marital adjustment and depression, six hierarchical linear regressions were performed.

Four of these were done with cross-sectional data, specifically two from T1 and two from T2, switching in both cases depression and marital adjustment as dependent and independent variables. Sex, age and length of marital relationship were considered potentially confounding variables and were included in the regression analyses if they correlated with either depression or marital adjustment. Cross-sectional regression had two steps: confounding variables were entered first, followed by the independent variable. The two longitudinal regressions had three steps: confounding variables first, followed by the dependent variable measured at T1, and lastly the independent variable (marital adjustment or depression at T2). Regressions were then redone only with the statistically significant predictors. The alpha level was set at .05 for every analysis unless otherwise specified. Statistical analyses were conducted using SPSS software version 20.0. Cohen's f^2 coefficient were computed for each hierarchical linear regression analysis and presented as measures of effect size. Cohen's f^2 statistic is particularly helpful in a hierarchical regression since it calculates the effect size attributable to the addition of the independent variable to the model.

Since the variable *dyadic adjustment* was not normally distributed at either T1 or T2, square root transformations were applied to normalize the distributions. The distribution of control variables *age* and *length of the marital relationship* were also normalized with a square root and a logarithmic transformation respectively.

3.4 Results

The weighted sample consisted of 846 participants, almost evenly distributed across sexes (50.3% were female). At study onset, participants were mainly retired (95.6%) and 51% of them had an annual income higher than \$35 000. The sample was fairly

educated: 41.7% had a high school diploma and 39.2% had some level of higher education. The mean age was 71.97 years (SD = 4.83) and the mean duration of the marital relationship was 44.07 years (SD = 10.82), ranging from 2 to 67 years.

The mean marital adjustment score was 118.29 (SD = 15.99) at T1. It was not significantly different than the marital adjustment score at T2 (M = 118.04, SD = 16.50), $t(845) = .69, p = .49$. When compared to the dyadic adjustment (DA) scores from normative data (with younger adult samples), the level of marital adjustment found in older adults was significantly higher than the level found in the American sample (M age = 35.1, M DA = 114.8, SD = 15.73; Spanier, 1976) and in the French Quebecer sample (M age = 37.6, M DA = 113.7, SD = 14.9; Baillargeon et al., 1986), $t(845) = 6.34, p < .001$ and $t(845) = 8.34, p < .001$, respectively.

Six percent (n = 51) of participants reported depressive symptoms that met criteria for DSM-IV diagnosis of major or minor depression at T1, while there were 4.5% (n = 38) at T2. Five participants reported depressive symptoms that met diagnostic criteria in both T1 and T2. Roughly for both time measures, among those with a diagnosis, 60% were diagnosed with minor depression, 40% with major depression. At T1, participants with depression had a significantly lower level of marital adjustment (M = 111.64, SD = 15.88) than their non-depressed counterparts (M = 118.71 SD = 15.91), $t(844) = 3.08, p < .05$. Table 1 shows the intercorrelations among the study variables and the covariates.

-Insert Table 1 around here-

Sex and *length of marital relationship* were significantly associated with some of the study variables, supporting the control of these variables in subsequent analyses. In order to decide whether to test sex as a possible moderator of the associations between

marital adjustment and depression, the significance of the difference between the correlation coefficients found in men and women for marital adjustment and depression at both time measures were tested using the Fisher r-to-z transformation. None of the coefficients were significantly different (results not shown). Therefore, sex was kept in the regression as a confounding variable but not tested as a potential moderator. Finally, *age* was not included in the regression analyses since it did not correlate with either of the study variables.

In order to test the transversal adjusted relationship between marital adjustment and depression, marital adjustment was regressed onto depression and depression was regressed onto marital adjustment. This was done in four parallel analyses, two with T1 data and the other two with T2's. When marital adjustment was regressed onto depression, control variables were entered first, followed by depression. Results were significant: the best fitting model for predicting marital adjustment was a linear combination of sex and diagnostic depression (T1: $R^2 = .045$, $\Delta R^2 = .010$, $F(2,843) = 24.574$, $p < .001$; T2: $R^2 = .024$, $\Delta R^2 = .028$, $F(2,843) = 22.943$, $p < .001$). Effect sizes attributable to the addition of depression to the model were small (Cohen's f^2 : .011 at T1 and .029 at T2). Depression was regressed onto marital adjustment as well. As in the previous analyses, control variables were entered first and then marital adjustment. Marital adjustment was the only variable to significantly predict depression (T1: $R^2 = .012$, $F(1,844) = 10.445$, $p < .001$; T2: $R^2 = .030$, $F(1,844) = 26.233$, $p < .001$). Effect sizes were small (Cohen's f^2 : .012 at T1 and .031 at T2). As presented in Figure 1, the presence of depression and marital adjustment were negatively associated. The negative β values suggest that marital adjustment is significantly lower in depressed people compared to those with no depression.

Then, a cross-lagged modeling technique was used to compare the directionality of effects, with T2 marital adjustment and T2 depression as criterion variables on each

followed by the criterion variable measured at T1, and then the independent variable. Results of the regression analyses provided partial confirmation for the research hypotheses. T2 depression was significantly predicted by T1 marital adjustment ($R^2 = .017$, $F(1,844) = 14.382$, $p < .001$). Effect size was small (Cohen's f^2 : .017). On the other hand, T2 marital adjustment was significantly predicted by sex, length of marital relationship and T1 marital adjustment ($R^2 = .028$, $\Delta R^2 = .502$, $F(3,840) = 315.339$, $p < .001$); including T1 depression did not make a significant contribution to the model ($\Delta R^2 = .001$, $F_{\text{change}}(1,839) = 1.215$, $p < .05$). The standardized beta values for the study variables are depicted in Figure 1.

-Insert Figure 1 around here-

3.5 Discussion

In the present study, we assessed the cross-sectional and prospective associations between marital adjustment and depression in older adults. Our longitudinal design with two waves of data from a large community-dwelling sample of older adults allowed us to extend knowledge in this area by using a representative sample composed of exclusively older adults.

Consistent with previous studies with older adults (Antonucci et al., 2001; Kivelä et al., 1998; Lagana et al., 2011; Sandberg & Harper, 1999; Sandberg & Harper, 2000; St John & Montgomery, 2009; Walker et al., 2013; Whisman et al., 2014; Whisman et al., 2006), our results suggest a cross-sectional association between marital adjustment and depression. As for the prospective longitudinal analyses, contrary to our hypothesis of a bidirectional relationship, we found that baseline marital adjustment significantly

predicted subsequent depression, but there was no significant relationship for the inverse path, suggesting that the relationship between these variables is unidirectional. Because of these results, the third hypothesis was not tested since it was only relevant had the relationship between the study variables been bidirectional. In other words, presence of major or minor depression is associated with concurrent lower marital adjustment but it does not significantly predict decreased levels of marital adjustment over time. On the contrary, a decline in marital adjustment significantly predicts later incidence of major or minor depression.

Previous longitudinal research with older adults had yielded mixed results as to the direction of effects. Most notably, both Ulrich-Jakubowski and colleagues (1988) and Pruchno and colleagues (2009) had found the opposite results of ours, with depression predicting subsequent marital adjustment but not the inverse. On the contrary, Miller and colleagues (2004) had found that greater marital discord at baseline and increases in marital discord predicted greater increases in depressive symptoms (though they did not test the inverse path); while Whisman and colleagues' (2009) findings suggested a bidirectional association between depressive symptoms and marital discord. When the scope is enlarged and we take into account the findings of longitudinal studies with adults in general, we can see that many studies have found data that support and highlight the importance of marital problems as a precursor of depressive symptoms (Beach & O'Leary, 1993; Beach et al., 2003; Cano et al., 2002; Clavarino et al., 2011; Du Rocher Schudlich et al., 2011; Poyner-Del Vento & Cobb, 2011). Our results add to the evidence in support of the marital discord model of depression (Beach et al., 1990), which underscores the role of marital discord as a precursor of depression.

The results found in this study are also congruent with previous research evaluating incidence of a major depressive episode associated with marital quality. In cross-sectional studies, marital dissatisfaction was significantly associated with presence of major depression in samples with community-dwelling younger adults (older adults

major depression in samples with community-dwelling younger adults (older adults were excluded) (Whisman, Sheldon, & Goering, 2000; Whisman, 1999), in a nationally representative sample that included older adults (Whisman, 2007), as well as in an elderly community-dwelling representative sample from Finland (though results were only significant for men; Kivelä et al., 1998). In the only longitudinal study that we are aware of that measured incidence of major depression at a 12-month follow-up period in a community sample (older adults were excluded from sample), maritally dissatisfied spouses were almost 2.4 time more likely to develop major depression at follow-up than their maritally satisfied counterparts, even after controlling for history of major depression (Whisman & Bruce, 1999).

However, considering that depression is generally a chronic condition and that the age of episode onset of depression tends to be in the early adulthood (Andrade et al., 2003; Coyne & Benazon, 2001), marital quality should probably be interpreted as a potential risk factor for relapse of major or minor depression in older adults. Unfortunately, this hypothesis could not be tested since participants from our study were not questioned about past episodes of depression. In a study that followed inpatients with major depression 1, 2 and 10 years after discharge from the hospital, 90% of patients who reported marital dissatisfaction at follow-up had a recurrence within the follow-up period, while only 31% of patients who reported to be maritally satisfied had suffered a recurrence (Kronmüller et al., 2011). Moreover, another study (Whisman & Bruce, 1999) found that prior history of depression increased the risk of incidence of major depression at follow-up by 11.51-fold.

Finally, consistent with earlier longitudinal research with older adults, preliminary analyses of our data suggested no significant gender differences in the associations between marital adjustment and depression in the elderly.

That said, the clinical importance or relevance of our findings should be tempered. Though we had some significant findings, effect sizes were small. While it makes intuitive sense to think that marital quality and depression interact with one another both concurrently and over time, maybe the importance of this association has been overestimated, at least among the older adults. We suggest this not only based on our own results, but also from those reported by previous longitudinal research with older adults. For instance, in Whisman and Uebelacker's (2009) study, they did different nested path models and found a model that presented a good fit, with explained variance ranging from 22% to 50% depending on the predicted variable. Their results suggested a significant bi-directional relation between marital discord and depressive symptoms for both husbands and wives, with T1 marital discord significantly predicting T2 depressive symptoms and T1 depressive symptoms significantly predicting T2 marital discord. However, a closer look at their path coefficients between these variables showed that these were actually quite small (ranging from .04 to .12) and therefore what actually accounted for most of the variance was the strong effect marital discord and depression had on themselves over time. As mentioned, their sample included middle-aged participants, and results may have differed had they focused only on older adults. A similar pattern of results was reported in Ulrich-Jakubowski and colleague's (1988) study with retired men. Nevertheless, their path coefficient ($\beta = -.225$) between initial depression and subsequent decline in marital adjustment was somewhat superior to the one found in both Whisman and Uebelacker's (2009) study and ours (but still somewhere between the small to medium effect range). However, their model did not control for the confounding effect of any variable. This can result in an overestimation of the associations between marital quality and depression. In Miller and colleague's (2004) study, using OLS regression methods, they ran separate analyses for husbands and wives and also separated depressive symptoms into two categories : mood symptoms and somatic symptoms. For wives, higher marital dissatisfaction at baseline and T1-T2 change in marital dissatisfaction were associated with more negative mood symptoms (but not somatic symptoms). For husbands, only

T1-T2 change in marital dissatisfaction predicted increases in mood symptoms. The explained variance in each regression ranged from 10% to 46%. It is hard to know the unique contribution of marital dissatisfaction since regressions were not hierarchical and demographic variables as well as physical health variables were also included as potential predictors of depressive symptoms. Another issue is possible, namely multicollinearity. The variable *Change in marital dissatisfaction* was created by subtracting T1 marital dissatisfaction scores from T2's. There is hence a risk that these variables could be significantly correlated. Correlation among study variables were not reported, so it is unknown if there were any problems of multicollinearity. If this were the case, the individual importance of each variable (semi-partial correlation) would be hard to assess and the estimated values of regression coefficients would be less reliable since they could be interchangeable and unstable from sample to sample. Finally, the fourth study was done with 315 patients with end-stage renal disease and their spouses (Pruchno et al., 2009). There were three time measures, each one-year apart. Similarly to Ulrich-Jakubowski and colleagues' (1988) results, they found that time-varying depressive symptoms of both patients and spouses were associated with their own marital satisfaction but that time-varying marital satisfaction did not affect depressive symptoms for either patients or spouses. However, the authors acknowledged that though statistically significant, the effects had to be considered modest. Furthermore, these results are difficult to generalize considering the nature of their sample.

A hypothesis as to why depression and marital functioning may have a weak effect on one another in older adults could be associated to the aforementioned chronic nature of depression. Older couples where one or both of the spouses have experienced depressive episodes in the past may have learned to cope with it and hence limit the influence it could have on their relationship quality. Inversely, couples may learn to deal with marital stress in more constructive ways, weakening its impact on subsequent mood. In support of this, research has found that compared with young adults, older

couples display less overt hostility and greater affection during disagreements (Carstensen et al., 1995) as well as report less emotional distress (Levenson et al., 1994). The couples that have stayed together for so long may be the resilient ones, while the younger couples where marital functioning and depression had a stronger influence on one another may have separated before reaching old age. In our sample, even though participants suffering from a depressive disorder had a significantly lower level of marital adjustment than those without it, their level of marital adjustment was still high compared to normative data (Baillargeon et al., 1986; Spanier, 1976).

Another possible explanation for the weak findings is that the time lags used to measure the temporal relations between depression and marital quality weren't the optimal ones. Twelve months may represent a too short time frame to fully capture how major or minor depression and marital adjustment influence one another over time in couples that have been together for so many years (the mean length of marital relationship was 44 years). However, which time lag is the best to fully capture how these variables interact with one another over time is unknown (Fincham et al., 1997). Furthermore, there was a range in the time lag used by the present study and the four existing ones, ranging from one year to three. Considering the wide range that was covered, it seems unlikely that the weak prospective associations between depression and marital quality would be explained by this reason.

It is also important to point out some limitations of the present study. Data was gathered with self-report measures, which can be a potential source of different biases. Also, although the ESA-Q is similar to the Diagnostic Interview Schedule and the Composite International Diagnostic Interview, its validity has not been directly demonstrated. Another aspect to point out is that the percentage of cases with diagnostic depression was rather small, creating a disproportion between both group sizes. This would have reduced the correlation between this variable and others. The usual solution to this

problem is to recruit an equal number of participants for both groups. However, in the context of this study doing so would negatively affect the external validity of the research since the sample would no longer be representative. Results may have also been stronger if a continuous measure of depressive symptoms had been used since that kind of scale would have provided more variability. In that sense, the use of a dichotomous measure can be seen as a limitation. With a continuous measure, symptoms could have been split into somatic or mood symptoms and their particular associations with marital adjustment could have been assessed. It has been suggested that marital adjustment is only associated with mood symptoms in the elderly (Miller et al., 2004; Wright, 1990).

The fact that this study is a secondary analysis of data also presents some limitations since data were collected to answer different research questions and objectives. Because of this, useful data for our own research questions were not available, such as questioning participants about past episodes of major or minor depression and about previous marital relationships. Also, data from only one spouse were collected. Dyadic data would have allowed to measure partner effects in the associations between depression and marital quality. This additional information is particularly useful for enriching the interpersonal theories about marital functioning and depression. A final limitation associated with the original ESA study is that interviews lasted 90 minutes on average. This can be a long time for the elderly, causing fatigue, loss of attention and of interest on the task, which can make responses less precise.

However, the use of a representative community sample is a strength of this study since it allows to generalize conclusions to the population. It is also the first longitudinal study to do so in a non-English elderly population. As it has been pointed out, research in this field with older adults has been scarce. Another strength of this research is the use of a validated questionnaire to measure marital adjustment. Previous research on

this subject has often relied on scales with unknown reliability and validity (e.g. Miller et al., 2004; Whisman & Uebelacker, 2009).

Future research is needed to better understand the way depression and marital functioning interact with each other among older adults. A multi-wave study could possibly better explain the way depression and marital functioning influence one another over time in this age group. Also, it would be important to know if these results would be replicated in a clinical sample of married older adults suffering from depression. While research on the prospective association between depression and marital functioning has not yet been done in a clinical sample of older adults, it seems that marital conflict can undermine the efficacy of treatment. In a large clinical sample of older adults who had received treatment for major depression, those who endorsed frequent couple conflict during the 24-month follow-up had worst depression outcomes (measured by number of depression-free days) than those who never reported frequent couple conflict (Park & Unützer, 2014).

In summary, the present study suggests that depression and marital adjustment influence each other concomitantly. Prospectively, suffering from a depressive episode does not significantly affect subsequent marital adjustment, but lower marital adjustment significantly predicts the incidence of major or minor depressive episode in the elderly. The magnitude of these associations is however low. Hypotheses that may explain this phenomenon have been advanced. However, further research would be needed to test them. Such information could shed light on protective factors found among the “resilient couples” that could then be integrated into existing marital therapies in order to help couples with coexisting depression and marital distress or those at risk of developing it.

3.6 References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th editio). Washington, DC, US: APA.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., ... Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*(1), 3–21. <https://doi.org/10.1002/mpr.138>
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on well-being of older adults. *Applied Developmental Science*, *5*(2), 68–75. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0502_2
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *18*(1), 25–35. <https://doi.org/doi:10.1037/h0079949>
- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, *20*(3), 355–371. <https://doi.org/10.1177/0265407503020003005>
- Beach, S. R. H., & O'Leary, K. D. (1993a). Dysphoria and marital discord: Are dysphoric individuals at risk for marital maladjustment? *Journal of Marital and Family Therapy*, *19*(4), 355–368. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1993.tb00998.x>
- Beach, S. R. H., & O'Leary, K. D. (1993b). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptomatology? *Journal of Social and Personal Relationships*, *10*(3), 405–420. <https://doi.org/10.1177/0265407593103007>
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Bookwala, J., & Franks, M. M. (2005). Moderating role of marital quality in older adults' depressed affect: Beyond the main-effects model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *60*(6), P338–P341. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.P338>
- Bookwala, J., & Jacobs, J. (2004). Age, marital processes, and depressed affect. *The Gerontologist*, *44*(3), 328–338. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.328>
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression : A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- Burke, W. J., Houston, M. J., Boust, S. J., & Roccaforte, W. H. (1989). Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American Geriatrics Society*, *37*(9), 856–60. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2760379>

- Cano, A., Christian-Herman, J., O'Leary, K. D., & Avery-Leaf, S. (2002). Antecedents and consequences of negative marital stressors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(2), 145–151.
- Carstensen, L. L., Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10(1), 140–149.
- Clavarino, A., Hayatbakhsh, M. R., Williams, G. M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Najman, J. M. (2011). Depression following marital problems: Different impacts on mothers and their children? A 21-year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 833–841. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0253-8>
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28–40.
- Coyne, J. C., & Benazon, N. R. (2001). Not agent blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (pp. 25–43). Washington, DC, US.
- Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Journal of the American Medical Association*, 269(18), 2386–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8479064>
- Davila, J., Bradbury, T. N., Cohan, C. L., & Tochluk, S. (1997). Marital functioning and depressive symptoms: Evidence for a stress generation model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 849–861. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.849>
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 17(4), 557–570. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.557>
- Dehle, C., & Weiss, R. L. (1998). Sex differences in prospective associations between marital quality and depressed mood. *Journal of Marriage and Family*, 60(4), 1002–1011. <https://doi.org/10.2307/353641>
- Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 25(4), 531–540. <https://doi.org/10.1037/a0024216>
- Erdman, H. P., Klein, M. H., Greist, J. H., Skare, S. S., Husted, J. J., Robins, L. N., ... Miller, J. P. (1992). A comparison of two computer-administered versions of the NIMH Diagnostic Interview Schedule. *Journal of Psychiatric Research*,

- 26(1), 85–95. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1560412>
- Fincham, F., Beach, S., Harold, G., & Osborne, L. (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, 8(5), 351–357. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00424.x>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/0022-3956(75)90026-6) [pii]
- Goldfarb, M. R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévaille, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 109–126. <https://doi.org/10.1080/14681990600861040>
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 555–561. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.555>
- Kafonek, S., Ettinger, W. H., Roca, R., Kittner, S., Taylor, N., & German, P. S. (1989). Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(1), 29–34. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb01565.x>
- Karney, B. R. (2001). Depressive symptoms and marital satisfaction in the early years of marriage: Narrowing the gap between theory and research. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (pp. 45–68). Washington, DC, US: American Psychological Association. Retrieved from http://ucl-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&ct=display&fn=search&doc=TN_apa_books2000-00588-003&indx=1&recIds=TN_apa_books2000-00588-003&recIdxs=0&elementId=0&renderMode=poppedOut&displayMode=full&frbrV
- Kasen, S., Chen, H., Sneed, J. R., & Cohen, P. (2010). Earlier stress exposure and subsequent major depression in aging women. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 91–99. <https://doi.org/10.1002/gps.2304>
- Kessler, R. C., Helzer, J. E., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Blazer, D. G., Burnami, A., & et al. (1985). The Diagnostic Interview Schedule. In W. W. Eaton & R. C. Kessler (Eds.), *Epidemiologic field methods in psychiatry* (pp. 143–170). New York: Academic Press.
- Kivelä, S. L., Luukinen, H., Viramo, P., & Koski, K. (1998). Depression in elderly spouse pairs. *International Psychogeriatrics / IPA*, 10(3), 329–338. <https://doi.org/10.1017/S1041610298005419>
- Kouros, C. D., & Cummings, M. E. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 128–138. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x>
- Kouros, C. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2008). Interrelations and

- moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 22(5), 667–677.
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.5.667>
- Kronmüller, K. T., Backenstrass, M., Victor, D., Postelnicu, I., Schenkenbach, C., Joest, K., ... Mundt, C. (2011). Quality of marital relationship and depression: Results of a 10-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 128(1–2), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.026>
- Kurdek, L. A. (1998). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives. *Journal of Family Psychology*, 12(4), 494–510. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.4.494>
- Lagana, L., Spellman, T., Wakefield, J., & Oliver, T. (2011). Ethnic minority status, depression, and cognitive failures in relation to marital adjustment in ethnically diverse older women. *Clinical Gerontologist*, 34(3), 173–189.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2011.554627>
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1994). The influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: A study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 56–68.
- Levitan, R. D., Blouin, A. G., Navarro, J. R., & Hill, J. (1991). Validity of the computerized DIS for diagnosing psychiatric patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 728–731.
- Mamun, A. A., Clavarino, A. M., Najman, J. M., Williams, G. M., O’Callaghan, M. J., & Bor, W. (2009). Maternal depression and the quality of marital relationship: A 14-year prospective study. *Journal of Women’s Health (2002)*, 18(12), 2023–2031. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1050>
- Miller, B., Townsend, A. L., & Ishler, K. J. (2004). Change in marital dissatisfaction, health, and depression in older married couples. *Journal of Mental Health and Aging*, 10(1), 65–77.
- Murphy, J. M., Monson, R. R., Laird, N. M., Sobol, A. M., & Leighton, A. H. (2000). A comparison of diagnostic interviews for depression in the Stirling County study: Challenges for psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 57(3), 230–236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.3.230>
- O’Rourke, N., & Emery, P. C. (2001). Factor structure of the Dyadic Adjustment Scale among older adults. In *Poster session presented at the annual meeting of the American Psychological Association*. San Francisco (CA).
- Park, M., & Untützer, J. (2014). Hundred forty eight more days with depression: The association between marital conflict and depression-free days. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 1271–1277.
<https://doi.org/10.1002/gps.4107>
- Poyner-Del Vento, P. W., & Cobb, R. J. (2011). Chronic stress as a moderator of the association between depressive symptoms and marital satisfaction. *Journal of*

- Social and Clinical Psychology*, 30(9), 905–936.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.9.905>
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., ... Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822–832.
- Préville, M., Boyer, R., Vasiliadis, H., Grenier, S., Voyer, P., Hudon, C., ... Scientific Committee of the ESA study. (2010). One-year incidence of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(7), 449–457.
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. P. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 23(4), 573–584. <https://doi.org/10.1037/a0015878>
- Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 179–198. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.007>
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6260053>
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Blazer, D. G., & Burnam, A. (1985). The Diagnostic Interview Schedule. In W. W. Eaton & L. G. Kessler (Eds.), *Epidemiologic field methods in psychiatry* (pp. 143–170). New York: Academic Press.
- Sandberg, J. G., & Harper, J. M. (1999). Depression in mature marriages: Impact and implications for marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(3), 393–406.
- Sandberg, J. G., & Harper, J. M. (2000). In search of a marital distress model of depression in older marriages. *Aging & Mental Health*, 4(3), 210–222. <https://doi.org/10.1080/713649929>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15–28.
- St John, P. D., & Montgomery, P. R. (2009). Marital status, partner satisfaction, and depressive symptoms in older men and women. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(7), 487–492.
- Ulrich-Jakubowski, D., Russell, D. W., & O'Hara, M. W. (1988). Marital adjustment difficulties: Cause or consequence of depressive symptomatology? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7(4), 312–318. <https://doi.org/10.1521/jscp.1988.7.4.312>
- van Buuren, S., & van Rijkevorsel, J. L. A. (1992). Imputation of missing categorical data by maximizing internal consistency. *Psychometrika*, 57(4), 567–

580.

- Villeneuve, L., Trudel, G., Prévile, M., Dargis, L., Boyer, R., & Bégin, J. (2015). Dyadic Adjustment Scale: a validation study among older French-Canadians living in relationships. *Canadian Journal on Aging. La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 34(1), 26–35. <https://doi.org/10.1017/S0714980814000269>
- Walker, R., Isherwood, L., Burton, C., Kitwe-Magambo, K., & Luszcz, M. (2013). Marital satisfaction among older couples: The role of satisfaction with social networks and psychological well-being. *International Journal of Aging & Human Development*, 76(2), 123–39. <https://doi.org/10.2190/AG.76.2.b>
- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77(4), 445–451. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.4.445>
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 701–706. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.701>
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (p. p.3-24). Washington, DC, US: American Psychological Association. Retrieved from http://ucl-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&ct=display&fn=search&doc=TN_apa_books2000-00588-001&indx=2&recIds=TN_apa_books2000-00588-001&recIdxs=1&elementId=1&renderMode=poppedOut&displayMode=full&frbrV
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638–643. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638>
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 674–678. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.674>
- Whisman, M. A., Robustelli, B. L., Beach, S. R. H., Snyder, D. K., & Harper, J. M. (2014). Marital discord and depression in middle-aged and older couples: Is taxon status associated with depression? *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(7), 1–7. <https://doi.org/10.1177/0265407514554519>
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 803–808. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.4.803>
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24(1), 184–189. <https://doi.org/10.1037/a0014759>
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., Tolejko, N., Chatav, Y., & McKelvie, M.

- (2006). Marital discord and well-being in older adults: Is the association confounded by personality? *Psychology and Aging, 21*(3), 626–631.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.3.626>
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., & Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials [published erratum appears in Br J Psychiatry 1992 Jan;160:136]. *The British Journal of Psychiatry, 159*(5), 645–653.
<https://doi.org/10.1192/bjp.159.5.645>
- Wright, L. K. (1990). Mental health in older spouses: The dynamic interplay of resources, depression, quality of the marital relationship, and social participation. *Issues in Mental Health Nursing, 11*, 49–70.
- Zhang, N., Chen, H., & Zou, Y. (2014). A joint model of binary and longitudinal data with non-ignorable missingness, with application to marital stress and late-life major depression in women. *Journal of Applied Statistics, 41*(5), 1028–1039.
<https://doi.org/10.1080/02664763.2013.859235>

Table 1

Intercorrelations among marital adjustment, depression and covariates

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Covariates							
1. Age	-						
2. Sex	-.003	-					
3. Length relationship	.484**	.245**	-				
T1							
4. Marital adjustment	.054	-.212**	-.064	-			
5. Depression	-.009	.045	.083*	-.111**	-		
T2							
6. Marital adjustment	-.002	-.155**	-.098**	.725**	-.059	-	
7. Depression	-.052	-.049	.020	-.129**	.072*	-.174**	-

* $p < .05$. ** $p < .001$.

3.9 Figure 1. Cross-sectional and cross-lagged relations between marital adjustment and depression.

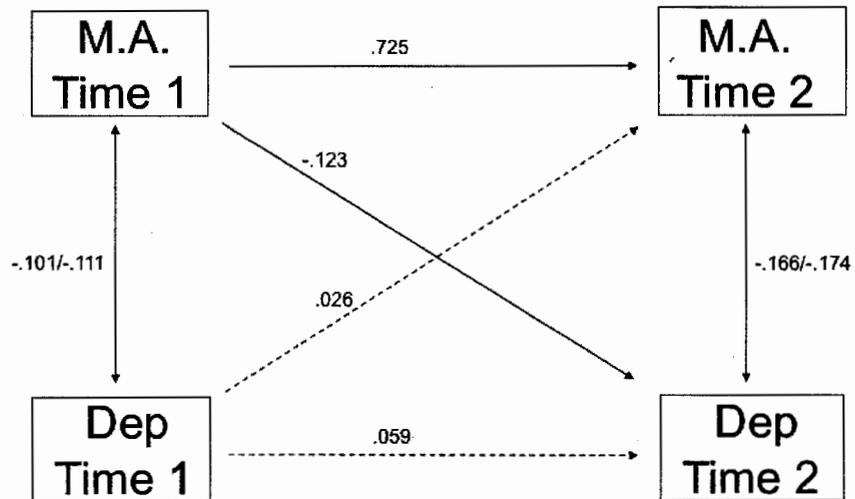


Figure 1. Cross-sectional and cross-lagged relations between marital adjustment and depression. M.A. = Marital adjustment, Dep = Depression. Significant paths are indicated by solid lines, which were all significant at $p < .01$ level. Dashed lines indicated estimated but nonsignificant paths. Control variables are not shown.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce dernier chapitre dresse un bilan de la présente thèse et se divise en trois sections. Tout d'abord, les objectifs et les résultats contenus dans les articles seront présentés accompagnés de leur interprétation. La deuxième section aborde les limites de l'étude et offre des pistes pour les recherches futures. Enfin, le chapitre se terminera par une conclusion générale se penchant sur les contributions de la présente thèse aux domaines de la dépression et de la qualité de la relation conjugale chez les aînés.

DISCUSSION GÉNÉRALE

4.1. Rappel des objectifs, de leurs résultats et de leurs interprétations

4.1.1. Premier article

Le premier article de thèse visait à recenser les études publiées qui se sont attardées au lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les adultes de tous âges ainsi que chez les aînés. Pour être incluses, les études devaient avoir au moins une mesure de dépression (soit de symptômes dépressifs ou d'un diagnostic de dépression majeure ou mineure) et de la qualité de la relation conjugale. De plus, elles devaient rapporter des analyses statistiques pour mesurer le lien entre ces variables. La qualité de la relation conjugale est un terme général, multidimensionnel, qui englobe différents aspects positifs ou négatifs de la relation conjugale, tels que la satisfaction, l'ajustement, le bonheur ou bien l'insatisfaction, la discorde, l'hostilité, etc. Puisque l'intérêt était de focaliser sur la perception personnelle de la qualité de la relation conjugale, les articles qui avaient uniquement des mesures d'interactions conjugales, résolution de problèmes, conflits, critiques, soutien et émotions exprimées ont été exclus. En outre, les études avec moins de 30 participants ont été exclues.

L'article présent un résumé des trois principales théories interpersonnelles qui élaborent comment la dépression et le fonctionnement conjugal s'influencent dans le temps. Ensuite, les études de nature transversale et longitudinale ont été recensées, pour finir avec les études sur les variables modératrices et médiatrices du lien transversal ou

longitudinal entre la dépression et la qualité de la relation conjugale. Les résultats de ces études ont été décrits d'abord chez les adultes plus jeunes (âge moyen ≤ 50 ans) et ensuite chez les aînés (âge moyen ≥ 60 ans). Le premier constat de cette recension est qu'il y a beaucoup plus de recherches sur le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les jeunes couples que chez les aînés.

Toutes les études transversales recensées ont rapporté une association significative entre les variables d'intérêt chez les personnes plus jeunes (Assh & Byers, 1996; Bookwala & Jacobs, 2004; Coyne, Thompson, & Palmer, 2002; Fink & Shapiro, 2013; Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1998; Heene, Buysse, & Van Oost, 2003, 2007; Henderson, Sayger, & Horne, 2003; Herr, Hammen, & Brennan, 2007; Hollist, Miller, Falceto, & Fernandes, 2007; Lemmens, Buysse, Heene, Eisler, & Demyttenaere, 2007; Mackenzie, Smith, Uchino, White, & Light, 2014; Marchand, 2004; Miller et al., 2013; Parker, Tambling, & Campbell, 2012; Poyner-Del Vento & Cobb, 2011; Tower & Krasner, 2006; Trevino, Wooten, & Scott, 2007; Whisman, 1999; Whisman, 2007; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004; Zlotnick, Kohn, Keitner, & Della Grotta, 2000). Autrement dit, une perception plus négative de la qualité de la relation conjugale serait associée à des symptômes dépressifs plus élevés. Ce résultat a été retrouvé dans des échantillons cliniques et non cliniques. De plus, cette perception négative serait aussi associée avec la présence d'un trouble dépressif et serait plus intense chez des patients avec une dépression majeure que chez les personnes sans ce diagnostic.

Les études longitudinales sur le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression permettent de mieux connaître la direction des effets entre ces variables. C'est-à-dire, l'effet direct qu'une variable a sur l'autre peut seulement être mieux compris par ce type de devis de recherche. Les études recensées peuvent être classifiées dans trois catégories : les études qui ont mesuré uniquement l'impact de la qualité de la relation conjugale sur la dépression, les études qui ont mesuré seulement l'impact de

la dépression sur la qualité de la relation conjugale et finalement, les études qui ont mesuré les deux directions des liens. Chez les adultes plus jeunes, une grande proportion des études s'est attardée à l'impact de la qualité de la relation conjugale sur la dépression. Elles ont généralement trouvé que cette association était significative (Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Cano, O'Leary, & Heinz, 2004; Clavarino et al., 2011; Du Rocher Schudlich, Papp, & Cummings, 2011; Fagan, 2009; Hollist et al., 2007; Kim & McKenry, 2002; Kingsbury et al., 2014; Peterson-Post, Rhoades, Stanley, & Markman, 2014). Les résultats concernant l'impact de la dépression sur la qualité de la relation conjugale subséquente sont moins concluants. Les quelques études qui ont mesuré exclusivement ce lien ont rapporté des résultats significatifs (Davila et al., 1997; Faulkner, Davey, & Davey, 2005; Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1998). Parmi les études qui ont fait des analyses bidirectionnelles, la plupart rapportent que le lien est bidirectionnel (Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Dehle & Weiss, 1998; Gustavson et al., 2012; Karney, 2001; Kouros, Papp, & Cummings, 2008; Mamun et al., 2009; Najman et al., 2014). Néanmoins, il y en a qui ont trouvé que la qualité de la relation conjugale prédit la dépression, mais pas le contraire (Christian-Herman, O'Leary, & Avery-Leaf, 2001; Poyner-Del Vento & Cobb, 2011).

Quelques études ont souligné des différences de sexe, soit l'association était uniquement significative chez les hommes (Marchand, 2004), chez les femmes (Whisman, 1999) ou que la magnitude du lien était plus forte chez les femmes que chez les hommes (Herr, Hammen, & Brennan, 2007; Whisman, 2001). Cependant, d'autres études n'ont pas trouvé de différence de sexe dans la magnitude du lien (Lemmens et al., 2007; Miller et al., 2013; Tower & Krasner, 2006; Whisman et al., 2004; Whisman, 2007; Zlotnick et al., 2000). En bref, les résultats ne sont pas concluants concernant les différences de sexe dans les liens transversaux et longitudinaux entre la qualité de la relation conjugale et la dépression.

Chez les aînés, la plupart des études transversales ont aussi rapporté une association significative entre la qualité de la relation conjugale et la dépression (Antonucci, Lansford, & Akiyama, 2001; Bookwala & Franks, 2005; Kivelä, Luukinen, Viramo, & Koski, 1998; Lagana, Spellman, Wakefield, & Oliver, 2011; Sandberg & Harper, 1999, 2000; St John & Montgomery, 2009; Walker, Isherwood, Burton, Kitwe-Magambo, & Luszcz, 2013; Whisman, Robustelli, Beach, Snyder, & Harper, 2014; Whisman, Uebelacker, Tolejko, Chatav, & McKelvie, 2006; Wright, 1990). Exceptionnellement, une étude chinoise n'aurait pas trouvé de lien significatif entre la satisfaction conjugale et la dépression (Wang et al., 2014). Il est possible que ces résultats soient expliqués par des différences culturelles. Comme les auteurs expliquent, dans la culture chinoise les parents ont des liens très serrés avec leurs enfants qui deviennent une grande source de soutien. Ce soutien pourrait atténuer l'association entre la détresse conjugale et les symptômes dépressifs. Ceci pourrait être particulièrement vrai dans les plus vieilles cohortes qui seraient plus traditionalistes et moins perméables aux influences de l'occident. D'ailleurs, l'association entre la qualité de la relation conjugale et les symptômes dépressifs serait significative dans une plus jeune cohorte chinoise (Miller et al., 2013). En outre, une étude finlandaise aurait trouvé que l'ajustement conjugal était significativement associé à l'apparition d'un épisode dépressif majeur chez les hommes, mais pas chez les femmes (Kivelä et al., 1998). Cette étude a été la seule à évaluer le lien entre la qualité de la relation conjugale et un diagnostic de dépression majeure (contrairement aux autres études qui ont mesuré des symptômes dépressifs). La prévalence de la dépression majeure était de 16%, des différences de sexe dans le taux n'ont pas été rapportées. C'est une prévalence élevée. Selon les résultats d'une méta-analyse, la prévalence ponctuelle d'un épisode dépressif majeur variait entre 4,6% et 9,3% (Luppa et al., 2012). Il est donc probable que des différences culturelles expliquent ce taux élevé ainsi que les différences de sexe retrouvées. Les chercheurs de l'étude n'ont pas émis d'hypothèses sur ce plan. Il est aussi possible que le lien entre la qualité de la relation conjugale et un épisode de dépression majeure soit différent du lien avec des symptômes dépressifs. Les personnes avec un diagnostic représentent

généralement des cas de dépression plus sévères. Il est donc possible que cela modifie l'association avec la qualité de la relation conjugale. Plus de recherches là-dessus seraient nécessaires pour l'explorer.

Parmi les recherches qui ont trouvé une association significative entre la qualité de la relation conjugale et les symptômes dépressifs, quelques résultats souligneraient l'importance de ce lien chez les aînés. Par exemple, une étude a rapporté que les symptômes dépressifs étaient la seule variable significativement associée à la satisfaction conjugale. La satisfaction en lien avec les autres relations (les enfants, la famille et les amis), la perception de santé physique et des variables sociodémographiques (l'âge, le sexe, la durée de la relation conjugale et le niveau d'éducation) ne l'étaient pas (Walker et al., 2013). De plus, une autre étude aurait trouvé que l'association entre la satisfaction conjugale et les symptômes dépressifs chez les aînés était significative même après avoir statistiquement contrôlé l'effet des cinq grands facteurs de personnalité (les *Big five*; soit l'ouverture, la conscienciosité, l'extraversion, l'agréabilité et le névrosisme; Goldberg, 1990) sur la satisfaction conjugale (Whisman et al., 2006). En bref, sauf des exceptions qui pourraient être expliquées par des différences culturelles, le lien transversal entre la qualité de la relation conjugale et les symptômes dépressifs chez les aînés semble être bien établi.

La présente recension des écrits a répertoriée quatre études longitudinales sur les associations entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés. Parmi elles, trois ont fait des analyses pour déterminer si le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression était bidirectionnel. Deux de ces études ont trouvé que la dépression initiale prédisait significativement une diminution de la qualité de la relation conjugale, mais qu'il n'y avait pas d'association significative entre la qualité initiale et la dépression ultérieure (Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2009; Ulrich-Jakubowski, Russell, & O'Hara, 1988). La troisième étude a rapporté que

l'association entre ces variables était bidirectionnelle et d'une magnitude similaire (Whisman & Uebelacker, 2009). Finalement, une quatrième étude aurait trouvé que la qualité de la relation conjugale initiale avait un impact sur les symptômes affectifs de la dépression (Miller, Townsend, & Ishler, 2004). L'étude de Whisman et Uebelacker (2009) a la principale force d'avoir utilisé un échantillon populationnel, ce qui permet une généralisation de leurs résultats à la population. Du côté opposé, l'étude de Pruchno et ses collègues (2009) a été réalisée avec des patients dans la phase terminale d'une maladie rénale, ce qui limite grandement la généralisation des résultats. Par contre, cette étude était la seule à avoir trois temps de mesure, plutôt que deux. Elle a donc la possibilité de mieux identifier la dynamique temporelle du lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression.

En ce qui a trait aux différences de sexe, bien qu'il soit prématuré de tirer des conclusions basées sur un petit nombre d'études longitudinales, les résultats semblent suggérer que les hommes et les femmes ont des résultats similaires pour ce qui est du lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés.

En outre, dans les études avec les aînés, l'âge des participants a été inclus comme variable dans les analyses de trois études longitudinales (Miller et al., 2004; Pruchno et al., 2009; Whisman & Uebelacker, 2009) et dans quelques études transversales (Antonucci et al., 2001; Lagana et al., 2011; Walker et al., 2013; Whisman et al., 2014; Wright, 1990). L'effet de l'âge n'était pas significatif dans aucune étude. Ce résultat suggère que parmi les personnes âgées, le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression ne varie pas significativement avec l'âge. Par ailleurs, quelques études s'étaient attardées à l'effet de l'âge dans des échantillons plus jeunes. Des résultats contradictoires ont été rapportés. Une étude avec un échantillon national et populationnel des couples américains avait trouvé que l'association entre la discorde conjugale et un trouble dépressif majeur augmentait avec l'âge (Whisman, 2007). Par

contre, les couples âgés de 65 ans et plus étaient sous représentés. Cette tendance en ce qui trait à l'âge pourrait donc s'estomper après l'âge moyen. En contrepartie des résultats rapportés Whisman (2007), deux études avec des plus jeunes adultes soulèvent que le lien transversal entre la dépression et la qualité de la relation conjugale serait moins intense chez les participants plus âgés. En bref, plus d'études sont nécessaires pour comprendre l'effet de l'âge dans les associations entre la qualité de la relation conjugale. Parmi les aînés, l'âge ne semblerait pas être un facteur qui influence ces liens, mais plus d'études seraient nécessaires plus répliquer ce résultat.

Par ailleurs, selon une étude avec des adultes dans la fin trentaine qui étaient en couple depuis en moyenne 13,25 ans, les hommes engagés dans une relation conjugale plus longue présentaient plus de symptômes dépressifs dans le contexte de difficultés conjugales que ceux impliqués dans une relation depuis moins longtemps (Kouros et al., 2008). Cependant, seulement deux études avec des aînés ont aussi inclus la durée de la relation conjugale comme covariable dans leurs modèles (Pruchno et al., 2009; Walker et al., 2013). Elles ont trouvé que la durée de la relation n'était pas significative. La plupart des aînés sont dans une relation conjugale de longue date. Plus d'études seraient nécessaires pour mieux comprendre si, tel que ces deux études suggèrent, dans les relations à long terme la durée de la relation n'a pas d'effet sur l'intensité du lien entre la dépression et la qualité de la relation conjugale.

Finalement, la recension des écrits s'est intéressée aux variables modératrices et variables médiatrices du lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression. La différence dans la quantité d'études entre les plus jeunes et les aînés est flagrante. Chez les plus jeunes, différents modérateurs et médiateurs ont été testés : différentes façons de communiquer et d'interagir entre les conjoints, les attributions maritales, le stress chronique, le *coping*, le névrosisme, l'estime de soi, les styles d'attachement et des variables sociodémographiques. Bien que certaines variables aient reçu plus

d'attention que d'autres (par exemple, les interactions des conjoints et le névrosisme), aucune d'entre elles n'a été évaluée par de nombreuses études. Qui plus est, les résultats rapportés sont parfois contradictoires. Ils ne permettent pas, pour l'instant, de tirer des conclusions certaines sur les variables modératrices ou médiatrices du lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression. Chez les aînés, il y a seulement deux études qui ont évalué des variables médiatrices ou modératrices. La robustesse (*Hardiness*) serait une variable de médiation de la relation transversale entre la dépression et la détresse maritale, tandis que le sexe ne serait pas une variable modératrice du lien entre ces variables (Sandberg & Harper, 1999; Whisman et al., 2006).

En conclusion, les écrits scientifiques portant spécifiquement sur les aînés se sont avérés insuffisants pour dresser des conclusions définitives quant aux liens longitudinaux entre la qualité de la relation conjugale et la dépression ainsi que sur les variables médiatrices ou modératrices de ces liens. Les données sur une relation transversale entre la dépression et la qualité de la relation conjugale chez les aînés sont plus concluantes. L'âge ne semblerait pas être un facteur qui influence l'intensité du lien entre les deux variables dans cette population. Plus d'études sont nécessaires pour connaître le rôle potentiel de la durée de la relation conjugale ainsi que celui de sexe. D'ailleurs, des études pourraient évaluer si les associations entre la qualité de la relation conjugale et un diagnostic de dépression diffèrent des associations entre la qualité de la relation conjugale et les symptômes dépressifs.

Le présent manuscrit a aussi permis de constater la grande quantité de termes et de mesures qui existent dans le domaine de la qualité de la relation conjugale. Ceci constitue une limite importante puisque la comparaison des résultats devient hasardeuse et la certitude de mesurer les mêmes concepts est ébranlée. Les associations entre la qualité de la relation conjugale et la dépression pourraient différer selon les

dimensions de la qualité qui ont été évaluées et selon les instruments choisis. Par exemple, il resterait à vérifier si le lien entre la dépression et le bonheur conjugal est le même que le lien entre la dépression et la discorde conjugale. De plus, les résultats entre les études longitudinales peuvent différer parce qu'elles utilisent différents délais entre les temps de mesure pour évaluer les associations temporelles. À l'heure actuelle, le délai optimal pour évaluer ces associations est inconnu. Des décalages de temps trop longs ou trop courts peuvent faire en sorte qu'il soit difficile de saisir pleinement comment la qualité de la relation conjugale et la dépression peuvent s'influencer au fil du temps. Le délai optimal pour mesurer l'impact de la qualité de la relation conjugale sur la dépression n'est nécessairement pas le même que celui pour mesurer l'effet de la dépression sur la qualité de la relation conjugale (Fincham, Beach, Harold, & Osborne, 1997). Par contre, il n'y aurait pas d'hypothèse théorique pour appuyer la réflexion sur l'intervalle optimal pour mesurer un impact dans le temps. D'ailleurs, cet article a été publié il y a 21 ans. Nous n'avons pas trouvé de recherche plus récente qui se soit intéressée à ce sujet.

4.1.2. Deuxième article

Le second article avait d'abord comme objectif de mesurer le lien transversal entre l'ajustement conjugal et la dépression majeure ou mineure chez les aînés. Ensuite, l'étude visait à déceler les liens longitudinaux entre ces variables. C'est-à-dire, le lien entre la dépression au T1 et l'ajustement conjugal au T2 ainsi que le lien entre l'ajustement conjugal au T1 et la dépression au T2. Le troisième et dernier objectif était de comparer la magnitude de ces liens. Les résultats confirment la première hypothèse : il existe un lien transversal significatif entre l'ajustement conjugal et la dépression. Ce résultat vient appuyer les écrits scientifiques autant chez les personnes plus jeunes que chez les aînés. Par contre, contrairement à la deuxième hypothèse qui postulait une

relation longitudinale bidirectionnelle, l'ajustement conjugal initial prédit la dépression subséquente, mais à l'inverse la dépression n'a pas d'impact sur l'ajustement conjugal ultérieur. Ces résultats suggèrent que la relation entre ces variables est donc unidirectionnelle. En raison de ces résultats, la troisième hypothèse n'a pas été testée, car elle était seulement pertinente si la relation entre les variables de l'étude était bidirectionnelle. Les écrits scientifiques sur le lien longitudinal avec des échantillons âgés avaient trouvé des résultats mixtes et généralement différents de ceux de la présente étude. Contrairement à nos résultats, deux études avaient rapporté que la dépression au T1 prédisait la qualité de la relation conjugale au T2, mais le lien inverse n'était pas significatif (Pruchno et al., 2009; Ulrich-Jakubowski et al., 1988). Il est possible que les types d'échantillons expliquent cette différence. Ces études ont été faites avec des échantillons non probabilistes, l'une avec des hommes qui participaient dans un projet de recherche sur la retraite et l'autre, des patients avec une maladie rénale grave qui participaient dans un projet sur les effets d'une maladie chronique sur les couples âgés. Au contraire, notre étude pallie à cette lacune puisque l'échantillon est probabiliste et ses résultats peuvent se généraliser à la population. Par ailleurs, l'échantillon de l'étude de Ulrich-Jakubowski et ses collègues (1988) avait des niveaux d'ajustement conjugal plutôt bas comparés aux normes, tandis que ceux de notre échantillon étaient élevés. Cela aurait pu aussi influencer les résultats. Une troisième étude avait trouvé que la relation entre les variables était bidirectionnelle (Whisman & Uebelacker, 2009). Finalement, en accord avec nos résultats, la dernière étude avait trouvé un impact significatif entre la qualité de la relation conjugale et la dépression ultérieure, quoique la direction contraire n'avait pas été mesurée (Miller et al., 2004).

Néanmoins, même si nos résultats diffèrent avec ceux retrouvés dans la recherche longitudinale sur le lien entre la qualité de la relation conjugale et les symptômes dépressifs chez les aînés, ils rejoignent ce qui a généralement été rapporté dans la recherche longitudinale avec des plus jeunes adultes (Beach, Katz, Kim, & Brody,

2003; Cano, O'Leary, & Heinz, 2004; Christian-Herman, O'Leary, & Avery-Leaf, 2001; Clavarino et al., 2011; Du Rocher Schudlich, Papp, & Cummings, 2011; Fagan, 2009; Hollist, Miller, Falceto, & Fernandes, 2007; Kim & McKenry, 2002; Kingsbury et al., 2014; Peterson-Post, Rhoades, Stanley, & Markman, 2014; Poyner-Del Vento & Cobb, 2011). Dans une étude longitudinale qui avait mesuré l'incidence de la dépression majeure après une période de 12 mois chez des adultes plus jeunes vivant dans la communauté, les personnes maritalement insatisfaites étaient presque 2,4 fois plus susceptibles de développer un épisode dépressif majeur que les personnes satisfaites de leur relation conjugale (Whisman & Bruce, 1999). Les résultats sont conformes aussi au modèle de la discorde conjugale de la dépression (Beach, Sandeen, & O'Leary, 1990) qui soutient que les personnes qui vivent de la discorde ou l'insatisfaction conjugale sont plus à risque de développer des symptômes dépressifs. Plus précisément, les résultats de la présente étude suggèrent qu'un plus faible ajustement conjugal prédit significativement l'incidence d'un épisode dépressif majeur ou mineur. Nos résultats n'appuient pas la théorie interpersonnelle de la dépression (Coyne, 1976) ni le modèle de génération de stress de la dépression (Davila et al., 1997; Hammen, 1991). Selon ces modèles, la dépression serait un antécédent de la diminution de la qualité de la relation conjugale. Par contre, à partir des résultats de la présente étude nous ne sommes pas en mesure de déterminer les processus spécifiques qui ont lieu dans les mariages qui présenteraient une dépression subséquente.

En outre, l'effet du sexe comme modérateur des associations entre l'ajustement conjugal et la dépression n'a pas été vérifié, car des analyses préliminaires suggéraient qu'il n'y a pas de différence de sexe dans les corrélations entre les variables de l'étude (ajustement conjugal T1 et T2 et dépression T1 et T2). Ceci viendrait appuyer ce que les écrits scientifiques sur les aînés suggèrent déjà : les liens transversaux et longitudinaux entre la qualité de la relation conjugale et la dépression ne seraient pas significativement différents selon le sexe du partenaire. Une explication possible serait

que les différences de sexe s'estompent avec l'âge. Après la retraite, les rôles dans le couple doivent se réorganiser et ils ont le potentiel de devenir plus égalitaires (Beach et al., 2003). Les couples deviennent plus orientés vers la famille et le temps passé ensemble (Levenson, Carstensen, & Gottman, 1993). Les hommes et les femmes aînés auraient donc tendance à s'investir dans leur relation conjugale d'une façon similaire et prendraient la responsabilité de leur bonheur conjugal et celui du partenaire (Beach et al., 2003). Puisqu'il n'y aurait pas de différence de sexe dans les associations entre la qualité de la relation conjugale et la dépression, le modèle de la discorde conjugale de la dépression serait donc applicable chez les aînés autant chez les hommes que chez femmes.

En outre, l'âge et la durée de la relation conjugale n'ont pas été des variables significatives dans les associations transversales et longitudinales entre la qualité de la relation conjugale et la dépression majeure et mineure. Ces résultats répliquent ceux trouvés dans les recherches avec des aînés qui ont inclus l'une ou les deux variables dans leurs analyses (Antonucci et al., 2001; Lagana et al., 2011; Miller et al., 2004; Pruchno et al., 2009; Walker et al., 2013; Whisman et al., 2014; Whisman & Uebelacker, 2009; Wright, 1990). La plupart des participants étaient en couple depuis très longtemps (durée moyenne de la relation de 44,07 ans, avec un écart-type de 10,82 ans). D'ailleurs, dans toutes les recherches avec des aînés les participants étaient en couple en moyenne depuis aussi longtemps. Par contre, dans une étude de partenaires âgés dans la trentaine et la quarantaine, les maris engagés dans une relation à plus long terme étaient plus vulnérables aux symptômes dépressifs dans le contexte des problèmes conjugaux (Kouros et al., 2008). Il est donc possible qu'après avoir dépassé un plus long laps de temps, la durée de la relation conjugale ne soit plus un facteur aggravant dans le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression. Il y a trop peu d'études pour se prononcer à ce sujet. Par ailleurs, puisque les aînés sont

généralement dans des relations de très long terme, les effets de l'âge et de la durée de la relation conjugale sont difficiles à démêler.

Cependant, la pertinence clinique des résultats retrouvés dans la présente étude doit être tempérée. Même si les résultats suggèrent une association transversale significative entre l'ajustement conjugal et la dépression et une direction d'effets significatifs entre l'ajustement conjugal initial et la dépression subséquente, la variance expliquée était modeste. Dans les analyses transversales au T1 et T2, la variance expliquée fluctuait entre 1% et 3%. De la même manière, 1.7% de la variance de la dépression au T2 était expliquée par l'ajustement conjugal au T1. Une analyse plus détaillée des données rapportées dans les études empiriques dans cette population suggère que les résultats modestes de la présente étude ne sont pas une exception. D'abord, contrairement à la présente étude, aucune des quatre études longitudinales avec des aînés ne rapporte la variance expliquée uniquement par la variable indépendante d'intérêt. Par exemple, dans l'étude de Whisman et Uebelacker (2009), la variable dépendante avec le plus de variance expliquée était la discorde conjugale des femmes au T2 avec 50% de variance expliquée. Leurs variables prédictives (toutes au T1) et leurs coefficients standardisés (tous significatifs) étaient les suivants : la discorde conjugale (0.66), les symptômes dépressifs (0.04), la discorde conjugale du conjoint (0.07) et les symptômes dépressifs du conjoint (0.02). Ces résultats suggèrent que la discorde conjugale des femmes au T2 semble surtout être expliquée par leur propre discorde conjugale au T1. L'analyse détaillée des résultats des autres études suggère aussi que les liens temporels entre la dépression et la qualité de la relation conjugale sont plutôt faibles. Leurs grands pourcentages de variance expliquée seraient donc principalement causés par les effets que les variables ont sur elles-mêmes dans le temps. Dans les études transversales avec des personnes âgées, il y a plus de variabilité dans la force du lien rapporté dans les différentes études. Par contre, dans la plupart de ces dernières, il est observé que la force de l'association entre les variables d'intérêt est faible ou modérée. De façon

similaire, une méta-analyse des études sur le lien entre la qualité de la relation conjugale et le bien-être, la taille d'effet des études transversales sur le sujet était modérée, tandis que celle des études longitudinales était de petite à modérée (Proulx, Helms, & Buehler, 2007).

Il y a différentes hypothèses pour expliquer ces résultats. Compte tenu de la nature chronique de la dépression majeure et en raison du fait que les individus ont leur premier épisode habituellement dans la trentaine (Andrade et al., 2003; Coyne & Benazon, 2001), il est très probable que les aînés aux prises avec un trouble dépressif en ont déjà vécu. Le couple aurait donc déjà traversé l'épreuve d'un trouble dépressif et aurait appris à composer avec cette problématique d'une façon qui protège la qualité de la relation conjugale. De plus, les couples peuvent apprendre à faire face au stress conjugal de manière plus constructive, ce qui aiderait à diminuer ultérieurement son impact sur l'humeur dépressive. Cette hypothèse est reliée à la théorie de la sélectivité socioémotionnelle (TSS) et plusieurs études de validation de cette théorie. Selon ces recherches, les couples âgés mettent davantage l'accent sur les aspects positifs de leur relation conjugale et moins sur les aspects négatifs (Carstensen, Gottman, & Levenson, 1995; Henry, Berg, Smith, & Florsheim, 2007; Story et al., 2007). Les couples d'aînés rapportent une satisfaction conjugale plus élevée et une perception plus positive de leurs interactions conjugales même lorsqu'ils vivent autant de désaccords que les couples plus jeunes (Bookwala & Jacobs, 2004; Smith et al., 2009; Story et al., 2007). Dans ce contexte, la qualité de la relation conjugale serait moins perméable aux symptômes dépressifs. Par ailleurs, les couples d'aînés sont généralement ensemble depuis longtemps. Ils représentent vraisemblablement des couples relativement stables et résilients, capables de mieux gérer ensemble les défis de la vie, tels que les conflits conjugaux et les troubles dépressifs, tandis que d'autres couples moins habiles à s'y adapter se sont peut-être séparés bien avant.

Ces hypothèses suggèreraient qu'il y a potentiellement des variables médiatrices du lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés, comme la gestion des problèmes ou des conflits. Par ailleurs, chez des couples plus jeunes, quelques styles de résolution de conflit agiraient comme médiateurs des liens longitudinaux entre l'ajustement conjugal et les symptômes dépressifs (Du Rocher Schudlich et al., 2011). Chez des couples dont l'union était d'une durée moyenne de 13 ans, le lien entre la satisfaction conjugale initiale et la dépression subséquente était plus fort chez les couples avec des niveaux élevés de conflit conjugal (Kouros et al., 2008). Il est donc possible que les liens entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés se manifestent surtout de façon indirecte, donc à travers des variables médiatrices. Selon le modèle de la discorde conjugale de la dépression (Beach et al., 1990), l'insatisfaction conjugale ferait diminuer les interactions positives entre les conjoints et augmenterait des comportements négatifs tels que l'agression, la critique et le blâme. Les types d'interactions entre les conjoints pourraient médier le lien entre l'insatisfaction conjugale et la dépression. Des recherches sur ces médiateurs de la relation entre la qualité de la relation initiale et la dépression subséquente pourraient bonifier l'appui empirique du modèle.

Il y a aussi potentiellement des variables modératrices et donc, pour certains sous-groupes, les associations entre la qualité de la relation conjugale et la dépression seraient plus fortes. Selon nos résultats et ceux des autres recherches sur le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression, le sexe, l'âge, la durée de la relation conjugale ne seraient pas des modérateurs potentiels du lien entre ces variables dans la population âgée. Par contre, nous suggérons de vérifier si le niveau socioéconomique ou la présence de maladies chroniques ou de l'invalidité peuvent agir comme des modérateurs. Tel qu'exposé au chapitre I de la présente thèse, ces variables sont associées à la dépression. Leurs liens avec la qualité de la relation conjugale semblent être plus complexes, particulièrement les associations longitudinales entre la santé physique et la satisfaction conjugale. Néanmoins, elles sont très pertinentes pour ce

groupe d'âge. La retraite vient souvent accompagnée d'un ajustement dans les finances personnelles. De plus, les aînés vivent généralement un déclin de leur santé physique. Il est donc possible qu'elles modèrent le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés. En conclusion, même si les résultats retrouvés dans la présente étude et dans les recherches publiées avec des aînés suggèrent que les liens directs entre les variables sont modestes ou même non significatifs, il ne faut pas écarter la possibilité qu'ils soient plus forts dans certains sous-groupes ou que les liens se manifestent surtout de façon indirecte (médiation).

En même temps, les résultats des recherches sur le lien entre la maladie physique et la qualité de la relation conjugale peuvent aussi offrir des pistes pour interpréter les résultats de la présente étude. Les écrits scientifiques sur le sujet suggèrent que chez les aînés, la maladie physique n'est pas nécessairement associée à une diminution de la satisfaction conjugale (Yorgason, Booth, & Johnson, 2008). Chez les couples plus jeunes, le lien entre la maladie physique et la diminution de la satisfaction conjugale serait en partie expliqué par les changements financiers et les ajustements dans les rôles et les tâches du couple que la maladie imposerait (Booth & Johnson, 1994). Ces changements seraient moins pertinents chez les couples d'aînés qui auraient déjà vécu des changements dans les rôles conjugaux lorsque leurs enfants ont quitté le nid familial et à leur retraite. De la même façon, il est possible que les symptômes dépressifs aient moins de répercussions sur la vie quotidienne des couples et, en conséquence, moins d'impact sur l'ajustement conjugal. Selon Coyne, Thompson, et Palmer (2002), les effets de la dépression sur la discorde conjugale peuvent être surtout prononcés pour les couples plus jeunes, car la dépression peut affecter le fonctionnement conjugal de plusieurs façons, dont interférer avec les rôles de parent ou une diminution de la libido. Ces aspects seraient moins pertinents pour les couples aînés. Ceci pourrait expliquer qu'il n'y ait pas de lien significatif dans la présente étude entre la dépression initiale et l'ajustement conjugal subséquent. Par ailleurs, de façon

similaire à nos résultats, des recherches longitudinales qui se sont attardées à l'impact de la qualité de la relation conjugale initiale sur les maladies physiques subséquentes ont trouvé que ce lien était significatif (Baker et al., 2000; Gallo et al., 2003; Smith et al., 2011; Roni Beth Tower, Kasl, & Darefsky, 2002). Qui plus est, l'impact de la discorde conjugale sur la santé perçue était plus fort que l'impact de la santé perçue sur la discorde conjugale (Umberson, Williams, Powers, Liu, & Needham, 2006).

Par contre, quelques études suggèrent que la maladie physique aurait plus d'impact négatif sur la qualité de la relation conjugale du conjoint qui n'est pas malade qu'elle n'en a sur la personne malade elle-même (Booth & Johnson, 1994; Yorgason et al., 2008). Il est donc possible que les effets entre la dépression et la qualité de la relation conjugale soient plus forts entre les conjoints (c'est-à-dire, les effets interpartenaire). Chez les aînés, une étude transversale aurait trouvé que la détresse conjugale des hommes était associée aux symptômes dépressifs de leur conjointe (Sandberg & Harper, 2000). Deux études longitudinales ont aussi mesuré les effets inter-partenaire dans leurs analyses. L'une d'entre elles est une étude avec des patients (et leurs partenaires) qui souffrent d'une maladie rénale terminale (Pruchno et al., 2009). Les symptômes dépressifs du partenaire du patient étaient significativement associés de façon transversale et longitudinale à la satisfaction conjugale du patient. Par contre, les symptômes dépressifs des patients n'avaient pas de lien significatif avec la satisfaction conjugale de leurs partenaires. De plus, il n'y avait pas d'effet interpartenaire significatif entre la satisfaction conjugale au T1 et la dépression au T2 ni pour les patients ni pour leurs partenaires. Dans la deuxième étude longitudinale, la dépression d'un partenaire au T1 était significativement associée à la satisfaction conjugale de l'autre au T2, mais la direction contraire n'était pas significative (Whisman & Uebelacker, 2009). Les chercheurs n'ont pas comparé si les effets significatifs interpartenaire avaient une force différente des effets intrapartenaire. Cependant, les coefficients des effets interpartenaires rapportés étaient petits. Ces résultats

n'appuieraient pas l'hypothèse que la dépression d'un conjoint aurait surtout un effet négatif sur la satisfaction conjugale du partenaire ou vice versa. Néanmoins, le fait d'avoir le couple comme unité d'analyse aurait permis une meilleure compréhension des dynamiques conjugales en jeu dans le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression et aurait le potentiel d'enrichir davantage les modèles interpersonnels sur le lien entre ces variables.

En terminant, il est possible aussi que les résultats significatifs, mais modestes et les résultats non significatifs de cette étude soient mieux expliqués par des aspects méthodologiques. En conséquence, ils ne reflèteraient pas adéquatement la réalité de la population ainée que cette étude souhaite représenter. Cette étude mesure la présence ou l'absence d'un diagnostic de dépression majeure ou mineure. Les résultats pourraient être différents si l'on avait utilisé une échelle continue d'intensité et de fréquence des symptômes dépressifs, car comme il y aurait eu plus de variabilité avec ce type d'échelle, les effets auraient pu être plus importants. Il est possible que le lien entre la dépression initiale et l'ajustement conjugal subséquent serait devenu significatif avec ce type d'échelle. Dans ce cas, nos résultats auraient ressemblé davantage aux résultats des études précédentes. Ceci demeure malheureusement spéculatif. Par contre, la recherche dans le domaine avec cette population a utilisé ce type de questionnaires et la force des associations trouvées est aussi modeste.

L'outil diagnostique présente d'autres désavantages. La dépression chez les personnes âgées aurait parfois des manifestations plus somatiques, avec moins de symptômes affectifs comme la tristesse ou la perte d'intérêt (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009; Serby & Yu, 2003). Puisque l'ESA-Q suit les critères diagnostiques de dépression majeure et mineure du DSM-IV-TR, il est possible qu'une dépression caractérisée principalement par des symptômes somatiques (c.-à-d., sans humeur très dépressive ou perte d'intérêt marquée) ne soit pas diagnostiquée. L'utilisation d'une échelle continue des

symptômes dépressifs aurait été aussi utile pour contourner ce problème et détecter ainsi la dépression avec une prépondérance de manifestations somatiques et les dépressions sous-cliniques (où il y a des symptômes dépressifs, mais ils ne s'ajustent pas aux critères diagnostics d'une dépression mineure). Par ailleurs, il serait aussi pertinent avec les aînés de séparer les symptômes en deux catégories, soit les symptômes somatiques et ceux émotifs (Fonda & Herzog, 2001). Ces catégories seraient associées à des facteurs différents. Dans les études qui ont fait cette séparation, la qualité de la relation conjugale était associée uniquement aux symptômes émotifs (Miller et al., 2004; Wright, 1990).

L'ajustement conjugal a été mesuré avec une échelle validée pour la population québécoise (DAS; Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986; Spanier, 1976). Cette échelle est l'une des plus utilisées dans le domaine et cela permet de faire des comparaisons plus faciles entre les résultats des différentes recherches qui l'utilisent. Par contre, cet outil n'est pas exempt de critiques. Quelques chercheurs critiquent l'utilisation des mesures globales, unidimensionnelles (tel que l'échelle d'ajustement dyadique, DAS) pour mesurer la qualité de la relation conjugale (Fincham & Rogge, 2010). Selon ces auteurs, les personnes dans les relations amoureuses peuvent ressentir à la fois des sentiments positifs et négatifs par rapport à leur relation et leur partenaire de manière quelque peu indépendante, en fonction de certains aspects différents de leur relation. En conséquence, contraindre l'évaluation de la qualité de la relation conjugale à une seule dimension peut masquer la réalité. Ils soutiennent que les mesures de la qualité des relations devraient être bidimensionnelles, en évaluant séparément les dimensions positives et négatives. L'ampleur de l'association entre la qualité de la relation conjugale et la dépression pourrait donc différer selon la manière dont la qualité du mariage est mesurée. Parmi les quatre études longitudinales sur le lien entre ces variables chez les personnes âgées, l'une a utilisé le DAS, une autre la sous-échelle de satisfaction conjugale du DAS et les autres, deux mesures non standardisées avec

quatre et six items chacune. Même si la qualité de la relation conjugale a été mesurée avec différents questionnaires, toutes les recherches ont utilisé une mesure unidimensionnelle. C'est-à-dire, les aspects négatifs et positifs de la relation ont été additionnés pour créer un score global. En bref, il est donc possible que les liens entre la dépression et la qualité de la relation conjugale soient en fait plus puissants, mais que les outils utilisés n'aient pas permis de les saisir adéquatement.

En dernier lieu, il est possible qu'une période de 12 mois ne soit pas adéquate pour mesurer le lien longitudinal entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés. En fait, le meilleur intervalle de temps pour mesurer ce lien demeure inconnu (Beach, Davey, & Fincham, 1999). En conséquence, il se pourrait que les liens longitudinaux entre les variables soient plus forts s'ils sont mesurés avec un autre intervalle. D'ailleurs, l'ajustement conjugal et la dépression n'ont pas le même type d'évolution dans le temps. L'ajustement conjugal aurait généralement une évolution plus stable versus la nature plus changeante dans le temps des symptômes dépressifs. Rappelons que Fincham et ses collègues (1997) signalaient que l'intervalle optimal pour mesurer l'impact de la qualité de la relation conjugale sur la dépression n'est pas nécessairement le même que celui pour mesurer l'impact de la dépression sur la qualité de la relation conjugale. Nous estimons qu'un intervalle plus long offrirait plus de temps pour l'apparition de potentiels épisodes dépressifs. De plus, il est possible que pour des personnes qui sont dans une relation conjugale depuis aussi longtemps, un intervalle plus long soit nécessaire pour que la dépression et la qualité de la relation conjugale s'influencent dans le temps. Par exemple, dans une étude avec des couples d'âge moyen, les symptômes dépressifs du T1 prédisaient une augmentation des conflits maritaux au T2 (intervalle de cinq ans entre T1 et T2) et les conflits maritaux au T2 prédisaient une augmentation des symptômes dépressifs au T3 (intervalle de 10 ans entre T2 et T3) (Choi & Marks, 2008). Cependant, des études longitudinales sur le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés ont utilisé

des intervalles de temps variés (spécifiquement 12 et 15 mois ainsi que deux et trois ans) et aucunes n'a trouvé des liens longitudinaux forts. De plus, cet aspect n'expliquerait pas le faible lien transversal rapporté dans la présente étude.

4.2. Limites méthodologiques et pistes de recherche futures

Il est important de souligner certaines limites de la présente thèse. D'abord, la recension des écrits n'a pas respecté tous les critères nécessaires pour être qualifiée de recension systématique, selon les étapes et caractéristiques énumérées par Khan, Kunz, Kleijnen et Antes (2003) et par Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman et The PRISMA Group (2009). Principalement, la méthodologie retenue ne gardait pas la liste détaillée du nombre d'articles retrouvés dans les recherches électroniques des bases de données PsycNET et PubMed/MEDLINE ni des articles rejetés ou gardés à travers les différentes étapes d'identification d'articles pertinents. Cela limite la possibilité de reproduire la recherche. De plus, les articles qui répondaient aux critères de recherche n'ont pas été résumés sous forme de tableau principalement pour une question d'espace. L'article était déjà très long. Une approche descriptive a été priorisée avec une explication plus détaillée des résultats plus saillants. Enfin, les articles n'ont pas été classifiés selon leur qualité (élevée, modérée ou faible). Cependant, comme Khan et collègues (2003) expliquent, cette classification est surtout importante à faire lorsque les articles recensés décrivent des études randomisées, mais elle est moins pertinente pour les études observationnelles (qui composent la plupart des études recensées dans le premier article). Les articles de la recension des écrits ont été séparés selon leur devis de recherche (les études longitudinales étant considérées de qualité supérieure aux études transversales dans le sens où elles peuvent confirmer ou infirmer une relation transversale et ce, à travers le temps). Cependant, ils n'ont pas été classifiés selon leur

contrôle statistique de variables confondantes, car ils n'avaient pas nécessairement les mêmes variables confondantes. Néanmoins, une analyse plus méticuleuse de la qualité des études a été faite pour les études longitudinales avec des aînés. De plus, le choix d'exclure des études avec moins de 30 participants par groupe a été fait pour s'assurer que les études recensées avaient un minimum de puissance dans leurs analyses. Souvent, les chercheurs ne font pas un calcul de puissance de leurs analyses. Nous avons donc suivi les règles empiriques basées sur les principes de puissance exposées par Wilson Von Voorhis et Morgan (2007) qui suggèrent un minimum de 30 participants par groupe (ce nombre devrait conduire à environ 80% de puissance).

Dans le deuxième article, l'emploi d'un questionnaire sur l'ajustement dyadique autorapporté a pu induire des biais dans l'étude. En effet, ce type d'instrument mesure la perception des participants par rapport à leur problématique de couple et cette réalité perçue peut être distorsionnée. De plus, dans une entrevue diagnostique portant sur les problèmes de santé mentale, il peut aussi y avoir un biais d'informations lié à l'attitude des répondants concernant la divulgation de leurs symptômes dépressifs, les aînés ayant souvent des préjugés contre le fait de présenter ou de souffrir d'un trouble de santé mentale (Lebowitz & Olin, 2004). Ce phénomène pourrait avoir conduit à une sous-estimation des taux de prévalence réels de la dépression au sein de cette population. Par ailleurs, bien que l'ESA-Q soit une entrevue diagnostique semblable au DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) et au CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), la validité n'a pas été directement démontrée. Qui plus est, comme il a été mentionné dans la section précédente, puisque l'ESA-Q suit les critères diagnostiques de dépression majeure et mineure du DSM-IV-TR, une dépression caractérisée principalement par des symptômes somatiques et qui ne répond pas aux critères A du DSM-IV-TR (humeur dépressive ou perte d'intérêt ou de plaisir) ne serait pas détectée. De futures recherches pourraient donc s'intéresser à élaborer des outils plus adaptés à la présentation clinique de la dépression chez les aînés.

En ce qui a trait à l'évaluation de la qualité de la relation conjugale, comme nous avons souligné, il existe une multitude de termes et de concepts autour de la qualité de la relation conjugale. Ces termes sont souvent utilisés de façon interchangeable. Fincham et Rogge (2010) nomment cette confusion conceptuelle l'ennemi du progrès scientifique. Ces auteurs soutiennent que les qualités négatives et positives d'une relation conjugale représentent deux dimensions indépendantes de la qualité. Chacune aurait sa propre information unique qui contribue à la compréhension du fonctionnement de la relation conjugale. Une telle distinction aurait été ignorée par l'hypothèse largement répandue que les évaluations positives et négatives de la relation conjugale sont simplement des points opposés sur une seule dimension et peuvent donc être évaluées avec une seule échelle, telle que le DAS ou le MAT (Fincham & Rogge, 2010). Quelques études sur l'association entre la qualité de la relation conjugale et la dépression suggèrent que la force de l'association dépende de la dimension ou de l'aspect de la qualité de la relation qui a été mesuré (Antonucci et al., 2001; Bookwala & Franks, 2005; Kouros & Cummings, 2011). Nous suggérons que les recherches futures utilisent des échelles qui puissent évaluer séparément les dimensions positives et négatives de la qualité de la relation conjugale. Nous ajoutons aussi l'utilité de séparer ce qui est en lien avec la perception du mariage ou du partenaire (un aspect intrapersonnel) et ce qui est en lien avec les aspects interpersonnels, tels que le conflit, l'accord et la communication. Il y a une distinction conceptuelle à ces deux aspects, mais ils sont aussi mesurés ensemble dans les échelles unidimensionnelles telles que le DAS et le MAT. De cette manière, les dimensions ou aspects spécifiques qui s'associent à la dépression seront identifiés et les conceptualisations théoriques seront enrichies.

Le devis longitudinal constituait une force de cette étude. Par contre, deux temps de mesure séparés de 12 mois ne sont peut-être pas suffisants pour bien cerner la façon

dont la qualité de la relation conjugale et la dépression s'influencent dans le temps chez les aînés. D'abord, comme nous avons expliqué dans la section précédente, il est possible qu'un intervalle plus long soit mieux adapté pour identifier les associations temporelles entre les deux variables. Identifier l'intervalle idéal est certes une tâche complexe et ce serait avantageux que des recherches futures se penchent sur cet aspect. De plus, des études longitudinales avec plus de deux temps de mesure seraient utiles pour mieux cerner comment la qualité de la relation conjugale et la dépression s'influencent dans le temps. Il est possible qu'avec plus de temps de mesure un patron plus cyclique entre la qualité de la relation conjugale et la dépression apparaisse.

Une autre limite méthodologique à souligner est le fait que le pourcentage de cas de dépression majeure et mineure était plutôt petit (6% au T1 et 4,5% au T2), ce qui a entraîné une disproportion entre le groupe avec un diagnostic de dépression majeure ou mineure et le groupe sans diagnostic. Cette disparité entre les deux N diminue la corrélation maximale entre la variable dépression et d'autres variables. C'est une limite au niveau de la conclusion, car elle diminue la capacité à détecter des associations plus fortes. La solution habituelle à ce problème est de recruter un nombre égal ou similaire de participants pour les deux groupes. Cependant, dans le contexte de cette étude, cela aurait affecté négativement la validité externe de la recherche puisque l'échantillon ne serait plus représentatif. Le pourcentage de personnes mariées avec une dépression majeure ou mineure de l'étude est représentatif de celui de la population âgée du Québec. Par ailleurs, étant donné que l'échantillon provenait de la communauté et n'était pas clinique, il aurait aussi été utile de mesurer le nombre et l'intensité des symptômes dépressifs à l'aide d'une échelle telle que le CES-D en plus de mesurer les diagnostics de dépression majeure et mineure. L'utilisation d'une échelle continue apporte plus de variabilité et les effets auraient pu être plus importants. Cela aurait permis d'intégrer aux analyses les aînés avec une symptomatologie sous-clinique ou avec plus de manifestations somatiques. Il est important d'investiguer davantage la

dépression sous-clinique car elle est aussi associée à des problèmes de santé tels que l'invalidité fonctionnelle (Lyness et al., 2007). Des analyses pour évaluer si l'ajustement conjugal est associé différemment aux symptômes somatiques ou aux symptômes émotifs auraient pu être faits. Nous croyons que les prochaines recherches, surtout si elles sont faites avec des échantillons non cliniques, auraient plus d'avantages à utiliser une échelle continue qu'une échelle diagnostique dichotomique.

La présente étude s'est greffée au projet de recherche ÉSA qui avait l'objectif principal de mesurer la prévalence et l'incidence de plusieurs troubles psychologiques chez les aînés québécois ainsi que leur utilisation des services de santé. Puisqu'il s'agit d'une analyse secondaire d'une étude plus large avec d'autres objectifs, des informations qui auraient été pertinentes pour la présente recherche n'ont pas été collectées, telles que l'historique d'un diagnostic dépressif et le nombre de mariages précédents. Ces informations auraient été importantes pour interpréter les résultats obtenus. D'ailleurs, comme mentionné plus haut, l'ajout d'une échelle de symptômes dépressifs aurait été désirable pour mieux répondre à nos questions de recherche. Finalement, l'échantillon du projet ESA était composé d'une personne par ménage. Cela ne nous a pas permis d'obtenir des données du couple. Le couple comme unité d'analyse permet de comprendre comment la qualité de la relation conjugale et la dépression de chaque partenaire s'influencent mutuellement. Ces informations ont le potentiel d'enrichir davantage les modèles interpersonnels sur les liens entre la qualité de la relation conjugale et la dépression. Pour faire ce type d'analyse, les couples étant réputés de partager des caractéristiques similaires, des analyses dyadiques doivent être réalisées afin de tenir compte de la non-indépendance des données, tel que le recommandent dans leur modèle d'interdépendance acteur-partenaire (Kenny, Kashy, & Cook, 2006). Cette stratégie d'analyse permet de mesurer simultanément les effets d'acteur et les effets de partenaire. Nous suggérerons que les recherches futures incluent le couple

comme unité de mesure et fassent ce type d'analyse des dyades pour pouvoir tirer des conclusions sur la vie conjugale des aînés.

Les recherches futures pourraient en outre s'intéresser aux variables potentiellement modératrices ou médiatrices du lien entre la dépression et la qualité de la relation conjugale. Comme nous l'avons déjà mentionné, le niveau socioéconomique et la présence de maladies chroniques ou de l'invalidité pourraient modérer le lien entre les variables d'intérêt. Par exemple, il est possible que l'association entre les variables soit plus forte chez des couples qui vivent du stress financier. Nous proposons que les échanges, les styles de communication et de résolution des conflits soient étudiés comme potentielles variables médiatrices chez les aînés. Cela permettrait de vérifier nos hypothèses qui expliquent les faibles associations entre la qualité de la relation conjugale et la dépression chez les aînés et d'enrichir les modèles théoriques sur ces associations. De plus, si des médiateurs étaient identifiés, ils pourraient être visés dans les psychothérapies dans le but de diminuer la détresse conjugale et la dépression chez les aînés.

Les chercheurs pourront s'intéresser à étudier le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression dans un échantillon clinique de personnes âgées. Le lien entre ces variables pourrait différer de celui d'un échantillon de la communauté. Il est possible que la dépression soit plus sévère et plus incapacitante dans cette population. Le lien entre la dépression initiale sur l'ajustement conjugal subséquent pourrait alors être significatif et plus fort dans cette population.

Finalement, il est possible que d'autres facteurs aient un impact plus fort sur la qualité de la relation conjugale ou sur la dépression chez les aînés. Toujours dans le but d'améliorer la qualité de vie des aînés, ce serait important que ces facteurs soient bien identifiés. Par exemple, les résultats sur les associations entre la maladie physique ou

l'invalidité et la qualité de la relation conjugale ont trouvé des résultats mixtes. Plus de recherches seraient nécessaires pour arriver à une meilleure compréhension. D'ailleurs, le désaccord conjugal aurait un rôle modérateur de l'association entre l'invalidité physique et la dépression, de façon que l'effet négatif de l'invalidité sur l'humeur dépressive était plus fort chez les couples aînés avec plus de désaccords (Bookwala & Franks, 2005). Le bonheur conjugal et le temps passé ensemble n'étaient pas des modérateurs significatifs. C'est-à-dire, ils ne protégeaient pas les aînés de l'effet négatif de l'invalidité physique sur les symptômes dépressifs. Ces résultats soulignent qu'il est important de mesurer les dimensions négatives et positives de la qualité de la relation conjugale séparément.

4.3. Contributions scientifiques de la thèse et conclusion générale

Malgré les limites mentionnées dans la section précédente, la présente thèse comprend des améliorations méthodologiques et offre des contributions théoriques et cliniques.

Tout d'abord, plusieurs améliorations méthodologiques ont été apportées en comparaison aux études déjà existantes sur le sujet. Premièrement, cette étude a été réalisée avec un échantillon représentatif de la population aînée francophone vivant à domicile au Québec. L'échantillon représente de façon équitable les aînés des régions urbaines, métropolitaines et rurales. L'immense avantage est qu'il permet de produire des estimations fiables et faire des inférences au sujet de la population.

Par ailleurs, c'est la première étude longitudinale à s'intéresser au sujet dans une culture autre qu'anglo-saxonne. De plus, l'échantillon est composé exclusivement de personnes âgées. En bref, non seulement cette étude s'est intéressée à une population méconnue sur le plan de la dépression et sur le plan conjugal, elle l'a fait de façon

longitudinale et dans un échantillon probabiliste.

Malgré le débat exposé précédemment sur les mesures de la qualité de la relation conjugale (unidimensionnelle vs bidimensionnelle), la présente étude utilise une mesure de la qualité conjugale standardisée tandis que plusieurs recherches dans le domaine utilisent des questionnaires non standardisés, dont la validité et la fiabilité n'ont pas été établies.

La recension des écrits constitue une contribution à la recherche en résumant ce qui a été publié dans le domaine dans les 20 dernières années. Même si notre intérêt principal repose sur les aînés, l'inclusion des études sur le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression à tous âges a permis de mieux comprendre comment ce lien peut changer dans le temps et selon les cycles de vie. Elle a permis aussi de constater les lacunes dans la recherche, particulièrement avec les aînés.

En ce qui a trait aux implications théoriques, les données n'appuient pas la théorie interpersonnelle de la dépression (Coyne, 1976) ni le modèle de génération de stress de la dépression (Davila et al., 1997; Hammen, 1991). Selon ces modèles, la dépression serait un antécédent de la diminution de la qualité de la relation conjugale. Les résultats de la présente thèse soutiennent davantage le modèle de la discorde conjugale de la dépression (Beach et al., 1990) qui suggère que la discorde ou l'insatisfaction conjugale entraîne une dépression subséquente. Par contre, les données significatives sont trop limitées pour affirmer qu'elles appuient solidement le modèle. Par ailleurs, les trois modèles théoriques élaborent aussi sur les mécanismes qui agissent comme médiateurs entre la dépression et la détresse conjugale. Des études sur les variables de médiation pourraient donc enrichir davantage les théories.

Par ailleurs, si les liens directs entre la qualité de la relation conjugale et la dépression

majeure et mineure chez les aînés sont faibles, cela pourrait impliquer que les couples aînés ont des qualités et des forces qui leur permettent de protéger le lien conjugal des effets négatifs de la dépression. Ces forces les aideraient aussi à diminuer la probabilité de développer une dépression majeure ou mineure lorsqu'il y a un déclin de la qualité de la relation conjugale. De plus, cette étude a trouvé que les aînés mariés rapportent un ajustement conjugal élevé. Ces informations aident à construire une vision plus optimiste des aînés québécois vivant à domicile, contrairement à la vision négative du vieillissement, qui est souvent caractérisée par des pertes sociales, physiques et cognitives. Par contre, il est possible que cet ajustement conjugal élevé soit une particularité de cette cohorte d'aînés et qu'elle ne représente pas nécessairement une tendance évolutive, comme le suggèrent les recherches longitudinales sur l'évolution de la satisfaction maritale dans le temps. De futures recherches longitudinales pourront clarifier ce sujet.

Les connaissances qui ressortent permettent de mieux guider les prochaines recherches. Si le lien direct entre la qualité de la relation conjugale et la dépression est modeste, est-ce qu'il y a des liens indirects (médiateurs) entre ces variables ? Il y a aussi peut-être des sous-groupes d'aînés (par exemple ceux dans une situation financière précaire) pour lesquels le lien entre la qualité de la relation conjugale et la dépression serait plus fort. Des pistes de recherche futures ont été avancées.

Finalement, même si le lien entre l'ajustement conjugal initial et la dépression subséquente était modeste, les résultats de la présente étude suggèrent que des interventions qui visent à augmenter la qualité de la relation conjugale pourraient être utiles dans le traitement de la dépression chez les aînés. La thérapie de couple pour la dépression (TCD) s'est avérée efficace pour les personnes qui vivent une dépression et de la détresse conjugale (Whisman & Beach, 2012). La thérapie maritale comportementale pour la dépression (TCM) serait à l'heure actuelle l'intervention de

choix lorsque la détresse maritale prédomine et que la dépression est un facteur aggravant (Bélanger, El-Baalbaki, Leduc, & Coyne, 2008). Lorsque la dépression est centrale et qu'elle crée et maintient la détresse conjugale la TCD, où le partenaire devient un pair aidant dans le traitement de la dépression de son conjoint, serait proposée. Des résultats consistants provenant de plusieurs études avec des échantillons composés de personnes âgées aideraient à établir les directives de meilleures pratiques en ce qui concerne les stratégies d'intervention pour la dépression ou la détresse conjugale auprès des aînés. De plus, il serait aussi important de sensibiliser les professionnels de la santé qui sont le plus souvent en contact avec les aînés, soient les médecins de famille ou les infirmières, d'être plus à l'affût des symptômes dépressifs et des difficultés conjugales puisque ces dernières peuvent contribuer au développement d'une dépression majeure ou mineure. Nous espérons que les résultats de la présente thèse contribuent au dialogue sur la relation entre la dépression et la qualité de la relation conjugale chez les aînés et qu'elles rapprochent les chercheurs du but ultime de développer des stratégies pour améliorer la qualité de vie des aînés.

APPENDICE A

ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES REVUES SCIENTIFIQUES

A.1. Accusé de réception de la revue *Marriage & Family Review*

A.2. Accusé de réception de la *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*

A.1.

31-Jul-2017

Dear Miss Goldfarb:

Your manuscript entitled "Marital Quality and Depression: A Review" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Marriage & Family Review.

Your manuscript ID is WMFR-2017-0057.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/wmfr> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/wmfr>.

Thank you for submitting your manuscript to Marriage & Family Review.

Sincerely,
Marriage & Family Review Editorial Office

A.2.

📧 Responder a todos | 🗑️ Eliminar Correo no deseado | ⋮ ✕

ERAP - Submission Confirmation



European Review of Applied Psychology <eesserver@eesmail.elsevier.com>

dom: 01/04/2018 11:00 a.m.

Para: Goldfarb, Maria Rocio

Cc: trudel.gilles@uqam.com; richard.boyer@umontreal.ca; michel.preville@usherbrooke.ca

📧 Responder a todos | ⌵

Bandeja de entrada

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM

European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée

Till depression do us part? Examining the prospective associations between depression and marital adjustment in older adults. Jusqu'à ce que la dépression nous sépare ? Étude des associations prospectives entre la dépression et l'ajustement conjugal chez les aînés.

Miss Maria R Goldfarb

Dear Miss Maria R Goldfarb,

Your submission entitled "Till depression do us part? Examining the prospective associations between depression and marital adjustment in older adults. Jusqu'à ce que la dépression nous sépare ? Étude des associations prospectives entre la dépression et l'ajustement conjugal chez les aînés." has been received by European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author. The URL is <https://ees.elsevier.com/erap/>.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System

European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée

TECHNICAL TIPS:

- 1) Please ensure that your e-mail server allows receipt of e-mails from the domain "elsevier.com", otherwise you may not receive vital e-mails.
- 2) We would strongly advise that you download the latest version of Acrobat Reader, which is available free at: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>
- 3) To allow some windows of Elsevier Editorial System, you need to activate the "pop up". Please check the configuration of your browser Internet, and which of any extra tool bar as "Yahoo! Bar" or "Google bar". For these tool bars, please ensure that the control of the pop up is not activated.
- 4) For first-time users of Elsevier Editorial System, detailed instructions and a 'Tutorial for Reviewers' are available at: <https://ees.elsevier.com/erap/>.

APPENDICE B

B.1. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR
SELON LE DSM-IV-TR

B.2. CRITÈRES DE RECHERCHE POUR LE TROUBLE DÉPRESSIF MINEUR
SELON LE DSM-IV-TR

B.1. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SELON LE DSM-IV-TR

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B.: Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
 - C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
 - E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

B.2. CRITÈRES DE RECHERCHE POUR LE TROUBLE DÉPRESSIF MINEUR SELON LE DSM-IV-TR

A. Une perturbation de l'humeur définie par :

(1) Au moins deux (mais moins que cinq) des symptômes suivants ont été présents pendant la même période d'au moins deux semaines et constituent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; l'un des symptômes est nécessairement (a) ou (b).

(a) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure).

N.-B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(b) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(c) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **N.-B.:** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(d) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(e) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(f) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(g) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(h) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision

presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

- (i) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir),
idées

suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- (2) Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- (3) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- (4) Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

B. Il n'existe pas d'Épisode dépressif majeur antérieur et les critères d'un Trouble dysthymique ne sont pas remplis.

C. Il n'existe pas d'Épisode maniaque antérieur, d'Épisode mixte ou d'Épisode hypomaniaque et les critères d'un Trouble cyclothymique ne sont pas remplis.

N.-B. : Ne pas appliquer ce critère d'exclusion lorsque les épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes ont toujours été déclenchés par une prise de substance ou un traitement.

D. La perturbation de l'humeur ne survient pas exclusivement au cours d'une Schizophrénie, d'un Trouble schizophréniforme, d'un Trouble schizo-affectif, d'un Trouble délirant ou d'un Trouble psychotique non spécifié.

APPENDICE C

CERTIFICAT D'ACCEPTATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

Centre de santé et de services sociaux –
 Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
 Health and Social Services Centre –
 University Institute of Geriatrics of Sherbrooke

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE
 EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS**

Le Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke atteste :

1. Qu'il exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques ;
2. Qu'aucun des membres n'était en conflit d'intérêt lors de l'évaluation des documents soumis par le chercheur ;
3. Qu'il a dûment évalué et approuvé les documents qui lui ont été soumis.

Titre du projet de recherche

Programme de recherche sur l'épidémiologie de la détresse psychologique modérée et sévère et sur l'étude des facteurs associés à l'utilisation des services de santé pour ces symptômes et à la consommation de psychotropes chez les personnes âgées vivant dans la communauté : l'esa

Cette approbation a été demandée par :

Chercheur principal :

Dr Michel Périvie, Ph.D., Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine

Co-chercheurs :

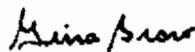
Dr Richard Boyer, Université de Montréal
 Dre Dominique Lorrain, Université de Sherbrooke
 Dr Guilhème Pérodeau, Université du Québec en Outaouais
 Dr Gilles Trudel, Université du Québec à Montréal
 Dr Philippe Vaynr, Université Laval
 Dre Sophie Desjardins, Université du Québec à Trois-Rivières
 Dre Micheline Dubé, Université du Québec à Trois-Rivières
 Dre Marie-Franco Dubois, Université de Sherbrooke
 Dr Carol Hudon, Université Laval
 Dre Sylvie Lapierre, Université du Québec à Trois-Rivières
 Dre Helen-Maria Vasiladlis, Université de Sherbrooke
 Dre Maria-Viktoria Zunzunegui, Université de Montréal

Le numéro de dossier attribué à ce projet par le CÉR est le 2003-26

Documents évalués :

- Protocole complet
- Formulaire de consentement
- Questionnaire(s)
- Amendement
- Autre :
 - Demande de renouvellement annuel de l'approbation éthique

L'approbation éthique pour ce projet de recherche est valide jusqu'au 30 septembre 2010



Dre Gina Bravo, Ph.D.

Présidente

Hôpital
 et centre d'hébergement D'Youville

Comité d'éthique de la recherche sur le vieillissement

1036, rue Belvédère Sud
 Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Téléphone : (819) 823-1170 poste 45246
 Télécopieur : (819) 829-7141

APPENDICE D

QUESTIONNAIRES ET ENTREVUE DIAGNOSTIQUE DE L'ÉTUDE

D. 1. Mini Mental State Evaluation (MMSE)

D.2. ESA-Q DÉPRESSION

D.3. Échelle d'Ajustement Dyadique (DAS)

D.1. MMSE

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions pour vérifier votre mémoire, votre attention et votre concentration. Certaines d'entre elles vont vous sembler faciles, d'autres plus difficiles.

1- En quelle année sommes-nous?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

2- Quelle est la saison?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

3- Quelle est la date?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

4- quel jour de la semaine sommes-nous?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

5- Quel est le mois?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

6- Pouvez-vous me dire dans quel pays nous sommes?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

7- Dans quelle province sommes-nous?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

8- Dans quelle ville (ou village) sommes-nous?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

9- Quel est le nom de la rue ou l'adresse de l'endroit où nous sommes?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

10- À quel étage sommes-nous?

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

Enregistrement :

Je vais vous dire trois mots dont vous devez vous rappeler. Répétez-les quand j'aurai fini de les dire tous les trois.

INTERVIEWER

Lecture des 3 mots :

CHEMISE, BLEU, HONNÉTÉTÉ

Quels sont les mots que je viens de dire?

(Donner 1 point pour chaque réponse correcte au premier essai. Nommer les mots jusqu'à quatre fois pour que le sujet les sache)

11- Chemise

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

12- Bleu

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

13- Honnêteté

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

14- Veuillez maintenant épeler le mot « MONDE » à l'endroit.
Maintenant, épelez-le à l'envers, en commençant par la dernière lettre.
(Si le répondant est incapable d'épeler le mot « MONDE » à l'endroit, épelez-le une fois avec un intervalle de temps de 1,5 secondes entre chaque lettre)

Réponse :
E D N O M
(Nombre de lettres données dans le bon ordre)

Réponse : 0
 1
 2
 3
 4
 5

Quels sont les trois mots que je vous ai demandé de mémoriser un peu plus tôt?

15 – Chemise

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

16 – Bleu

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

17 – Honnêteté

Réponse : Mauvaise réponse

Bonne réponse

18 – Comment cet objet s'appelle-t-il?
(montrer une montre)

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

19 – Comment cet objet s'appelle-t-il? (présenter un crayon)

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

20 – J'aimerais que vous répétiez une phrase après moi.
"Pas de si ni de mais"
(ne permettre qu'un seul essai)

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

21 – dites "S'il-vous-plaît, faites ceci" et montrez "FERMEZ LES YEUX"
(donner 1 point si la personne ferme les yeux)

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

22 – Je vais vous donner une feuille de papier. Prenez-là de la main gauche (ou main non dominante), pliez-là en deux et mettez-là sur vos genoux.

(Lire toutes les instructions, puis tendre la feuille de papier. Ne pas répéter les instructions ou guider la personne. Donner 1 point par étape correcte)

Réponse : 0
 1
 2
 3

23 – J'aimerais que vous écriviez une phrase complète sur une feuille de papier.
(ne pas dicter la phrase. La personne doit écrire la phrase spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et doit avoir un sens. La grammaire, la ponctualité ou l'orthographe ne comptent pas)

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

24 – Voici un dessin. Je veux que vous copiez ce dessin sur la même feuille.
(Donner un point si les figures à cinq côtés s'intersectent pour former une figure à quatre côtés et si tous les angles sont conservés. Les tremblements ou rotations ne comptent pas).

Réponse : Mauvaise réponse
 Bonne réponse

Calcul du score total :

D.2. ESA-Q. DÉPRESSION

Variable
INTRO

SECTION E: LA DÉPRESSION

LES SYMPTÔMES ESSENTIELS DE LA DÉPRESSION

J'aimerais maintenant explorer avec vous si vous avez connu au cours de la dernière année ou auparavant dans votre vie, des périodes de dépression.

La dépression peut se manifester par de la tristesse, se sentir abattu, vide, de mauvaise humeur, avoir envie de pleurer, être irritable etc.

D'autres personnes semblent perdre l'intérêt aux activités, aux choses ou aux personnes qui les intéressaient habituellement; elles semblent moins s'amuser; elles cessent des activités qu'elles aimaient faire auparavant.

INTERVIEWER: pressez sur <ENTER> pour continuer

Réponse: _____

Variable TRISTE12

Donc, au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins 2 semaines d'affilée (consécutives) pendant laquelle vous vous sentiez triste, vide ou déprimé ?

Réponse:

- OUI
 - NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS
-

Variable INTERET12

Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins 2 semaines d'affilée (consécutives) pendant laquelle vous aviez perdu intérêt pour tout ou perdu plaisir pour les choses que vous aimiez faire habituellement ?

Réponse:

- OUI

- NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS
-

Variable
DUREEJOUR

SECTION Eb: L'ÉPISODE DE DÉPRESSION LE PLUS SÉVÈRE (Au cours des 12 derniers mois)

Pensez à la période de 2 semaines d'affilée au cours des 12 derniers mois pendant laquelle ces sentiments étaient les plus sévères. Est-ce que vous généralement toute la journée, la majeure partie de la journée, environ la moitié de la journée ou moins de la moitié de la journée ?

- Réponse:* Toute la journée
- La majeure partie de la journée
 - Environ la moitié de la journée
 - Moins de la moitié de la journée
 - Ne s'applique pas
-

Variable
FREQUENCE1

Au cours de ces 2 semaines d'affilée, vous sentiez-vous ainsi tous les jours, presque tous les jours ou moins souvent ?

- Réponse:* Tous les jours
- Presque tous les jours
 - Moins souvent
 - Ne s'applique pas
-

Variable
APPETIT12

Au cours de cette période de 2 semaines d'affilée, aviez-vous, presque tous les jours, beaucoup moins d'appétit ou beaucoup plus d'appétit que d'habitude ?

- Réponse:* PLUS d'appétit
- MOINS d'appétit
 - AUCUN changement
 - Ne sait pas

- Refus
- Ne s'applique pas

Variable PERTPDS

Avez-vous perdu du poids sans le vouloir ?

Réponse: OUI

- NON
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

Variable
COMB1

Combien de livres ou de kilos
avez vous perdus ?

INTERVIEWE

R:

si le répondant ne sait pas ou refuse de répondre, entrez 777

Réponse: _____

unité de la variable COMB1

INTERVIEWER:

quelle est l'unité de la perte de poids utilisée par le répondant ?

Réponse: Livres

- kilos
- Ne s'applique pas

Variable GAINPDS

Avez-vous pris du poids, sans le vouloir ?

Réponse: OUI

- NON
- Ne sait pas
- Refus

Ne s'applique pas

Variable COMB2

Combien de livres/kilos avez-vous pris
?

INTERVIEWER:

si le répondant ne sait pas ou refuse de répondre, entrez 777

Réponse: _____

Variable COMB2UNI

INTERVIEWER:

quelle est l'unité de la perte de poids utilisée par le répondant ?

Réponse: Livres^{*}
 kilos
 Ne s'applique pas

Variable
SOMMOINS

Au cours de cette période de deux semaines où vous , aviez-vous, presque toutes les nuits, plus de difficultés que d'habitude à vous endormir, vous réveilliez-vous

au cours de la nuit, ou vous réveilliez-vous trop tôt ?

Réponse: OUI
 NON
 Ne sait pas
 Refus
 Ne s'applique pas

Variable REV2HEURE

Vous réveilliez-vous au moins deux heures avant que vous ne le vouliez, presque tous les matins ?

Réponse: OUI
 NON

- Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SOMMTROP

Durant ces deux semaines, dormiez-vous beaucoup trop presque tous les jours ?

- Réponse:* OUI
- NON
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable LENTEUR

Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude ou avec difficulté, presque tous les jours pendant au moins 2 semaines ?

- Réponse:* OUI
- NON
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable LENTAUTRE

Est-ce que quelqu'un d'autre a remarqué que vous parliez ou vous déplaciez plus lentement ?

- Réponse:* OUI
- NON
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable AGITATION

Etiez-vous, presque tous les jours, beaucoup plus agité ou nerveux que d'habitude ?

- Réponse:* OUI
- NON
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas

Variable AGITAUTRE

Est-ce que quelqu'un d'autre a remarqué que vous étiez plus nerveux ou agité ?

- Réponse: OUI
- NON
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

**Variable
ENERGIE**

Pendant cette période de 2 semaines où vous , manquez-vous d'énergie ou vous sentiez-vous beaucoup plus fatigué que d'habitude, tout le temps, presque tous

les jours, même sans avoir travaillé très dur ?

- Réponse: OUI
- NON
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable MALREVEIL

Vous sentiez-vous particulièrement mal au réveil le matin, mais alliez-vous mieux plus tard durant la journée ?

- Réponse: OUI
- NON
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

**Variable
BONARIEN**

Au cours de cette période de 2 semaines, vous sentiez-vous sans valeur, presque tous les jours ?

- Réponse: OUI
- NON

- NE SAIT PAS
- REFUS
- Ne s'applique pas

Variable RAISON

Aviez-vous une raison particulière de vous sentir bon à rien? Si OUI, laquelle?

Réponse:

Variable RAIS2DEP

Le sentiment d'être bon à rien concernait-il uniquement le fait d'être handicapé par une dépression ?

- Réponse:* OUI
- NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - Ne s'applique pas

Variable COUPABLE

Au cours de cette période de 2 semaines, vous sentiez-vous coupable, presque tous les jours ?

- Réponse:* OUI
- NON
 - REFUS
 - Ne s'applique pas

Variable RAISON2

Aviez-vous une raison particulière de vous sentir coupable ? si OUI, laquelle ?

Réponse:

Variable RAISONDEP

Le sentiment de culpabilité concernait-il uniquement le fait d'être handicapé par une dépression ?

- Réponse: OUI
- NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS
-

Variable CONCENTR

Au cours de cette période de 2 semaines où vous , aviez-vous, presque tous les jours, beaucoup plus de difficultés que d'habitude à vous concentrer ?

- Réponse: OUI
- NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS
-

Variable RAPPEL

Aviez-vous, presque tous les jours, des difficultés inhabituelles à vous rappeler de certaines choses?

- Réponse: OUI
- NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS
 - NE SAIT PAS
-

Variable
CONFUS

Vos pensées vous venaient-elles beaucoup plus lentement que d'habitude, ou vous semblaient-elles confuses presque tous les jours ?

- Réponse: OUI
- NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS

Variable DECISION

Étiez-vous incapable de prendre des décisions à propos de choses qui ne vous posaient habituellement aucun problème de décision ?

- Réponse: OUI
 NON
 NE SAIT PAS
 REFUS
 NE S'APPLIQUE PAS
-

Variable MORT

Pendant cette période de 2 semaines, avez-vous souvent pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ?

- Réponse: OUI
 NON
 NE SAIT PAS
 REFUS
 NE S'APPLIQUE PAS
-

Variable DAVQ1

À quel point les problèmes que vous ressentiez ont-ils troublé vos activités quotidiennes, que ce soient :

vos capacités à faire vos soins personnels
(vous laver, vous habiller, vous nourrir, prendre vos médicaments)

vos capacités à communiquer
(voir, parler, entendre)

vos capacités à vous déplacer dans la maison ou à l'extérieur (marcher, se déplacer, monter un escalier, vous pencher, utiliser les moyens de transports
(automobile, taxi, autobus)

vos capacités à faire de gros travaux d'entretien
(faire le ménage de printemps ou travailler dans la cour)

vous rendre à des rendez-vous ?

- Réponse: PAS DU TOUT
- UN PEU
 - MOYENNEMENT
 - BEAUCOUP
 - EXTRÊMEMENT
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS
-

Variable
DAVQ2

À quel point les problèmes que vous ressentiez ont-ils eu un impact sur votre capacité à accomplir vos tâches domestiques ?

(préparer les repas, faire l'épicerie, entretenir la maison, faire les lessives, vous occuper de vos finances personnelles comme faire des transactions bancaires ou des paiements de factures, gérer votre budget, utiliser le téléphone)

- Réponse: PAS DU TOUT
- UN PEU
 - MOYENNEMENT
 - BEAUCOUP
 - EXTRÊMEMENT
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS
-

Variable
DAVQ3

À quel point les problèmes que vous ressentiez ont-ils eu un impact (en terme de conséquences) sur votre capacité à maintenir vos activités sociales et de loisirs ?

Avez-vous, par exemple, réduit la quantité ou le genre d'activités de loisirs (aller au club de l'âge d'or, au bingo, à la danse sociale...)

Réponse: PAS DU TOUT

- UN PEU
- MOYENNEMENT
- BEAUCOUP
- EXTRÊMEMENT
- NE SAIT PAS
- REFUS
- NE S'APPLIQUE PAS

Variable
DAVQ4

À quel point les problèmes que vous ressentiez ont-ils troublé vos relations avec vos proches ?

(votre capacité à établir ou maintenir des relations proches avec les autres), que ce soit votre conjoint, votre famille proche (frères et soeurs, parents), vos amis, vos voisins.

exemple: changement de fréquences dans la participation à des réunions familiales, ou dans les contacts avec les membres de votre famille ou vos amis

Réponse: PAS DU TOUT

- UN PEU
- MOYENNEMENT
- BEAUCOUP
- EXTRÊMEMENT
- NE SAIT PAS
- REFUS
- NE S'APPLIQUE PAS

Variable DSCAUSPH

Le médecin vous a-t-il indiqué que cet épisode était dû à une maladie physique?

- Réponse: OUI
- NON

- NE SAIT PAS
- REFUS
- NE S'APPLIQUE PAS

Variable DCAUSEMD

Pensez-vous ou un médecin vous a-t-il indiqué que cet épisode pouvait être dû à la prise de médicaments ?

- Réponse: OUI
- NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS

Variable DSDEUIL

Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après le décès d'un de vos proches ?

- Réponse: OUI
- NON
 - NE SAIT PAS
 - REFUS
 - NE S'APPLIQUE PAS

D.3. DAS

Variable SPA1

SECTION P: SATISFACTION CONJUGALE

Certaines questions peuvent vous paraître délicates, c'est le cas pour beaucoup de personnes, prenez votre temps pour répondre.

La plupart des couples vivent des désaccords. Veuillez indiquer le degré approximatif de d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire dans les domaines suivants.

1- Le budget familial

Réponse:

- Toujours d'accord
- Presque toujours d'accord
- Parfois en désaccord

- Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA2

2- Les loisirs

Réponse:

- Toujours d'accord
- Presque toujours d'accord
- Parfois en désaccord
- Souvent en désaccord
- Presque toujours en désaccord
- Toujours en désaccord
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

Variable SPA3

3- La religion

Réponse:

- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA4

- 4- Les marques d'affection
- Réponse:
- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA5

- 5- Les amis
- Réponse:
- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA6

- 6- Les relations sexuelles
- Réponse:
- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus

Ne s'applique pas

Variable SPA7

- 7- Les conventions sociales
- Réponse:
- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA8

- 8- La philosophie de la vie
- Réponse:
- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA9

- 9- Les façons d'agir avec les parents ou les beaux-parents
- Réponse:
- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord

- Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA10

10- Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie
Réponse:

- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA11

11- La quantité de temps passé ensemble
Réponse:

- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA12

12- Les prises de décisions importantes
Réponse:

- Toujours d'accord

- Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA13

13- Les tâches ménagères

Réponse:

- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA14

14- Les intérêts et les activités pendant les temps libres

Réponse:

- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA15

15- Les décisions à propos du travail

Réponse:

- Toujours d'accord
 - Presque toujours d'accord
 - Parfois en désaccord
 - Souvent en désaccord
 - Presque toujours en désaccord
 - Toujours en désaccord
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA16

16- À quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation?

Réponse:

- Toujours
 - La plupart du temps
 - Assez souvent
 - À l'occasion
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA17

17- À quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute?

Réponse:

- Toujours
- La plupart du temps
- Assez souvent
- À l'occasion
- Rarement
- Jamais
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

Variable SPA18

18- En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire?

Réponse:

- Toujours
 - La plupart du temps
 - Assez souvent
 - À l'occasion
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA19

19- Vous confiez-vous à votre partenaire?

Réponse:

- Toujours
 - La plupart du temps
 - Assez souvent
 - À l'occasion
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA20

20- Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié(e) (ou de vivre ensemble)?

Réponse:

- Toujours
- La plupart du temps
- Assez souvent
- À l'occasion

- Rarement
 - Jamais
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA21

21- À quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire?

Réponse:

- Toujours
 - La plupart du temps
 - Assez souvent
 - À l'occasion
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA22

22- À quelle fréquence vous et votre partenaire vous tapez-vous sur les nerfs?

Réponse:

- Toujours
 - La plupart du temps
 - Assez souvent
 - À l'occasion
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA23

23- Embrassez-vous votre partenaire?

Réponse:

- À chaque jour
 - Presqu'à chaque jour
 - À l'occasion
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA24

24- Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison?

Réponse:

- Tous
 - Presque tous
 - Quelques-uns
 - Très peu
 - Aucun
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

Variable SPA25

25- Avoir un échange d'idée stimulant

Réponse:

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une ou deux fois par mois
- Une ou deux fois par semaine
- Une fois par jour
- Plus d'une fois par jour
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

Variable SPA26

26- Rire ensemble

Réponse:

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une ou deux fois par mois
- Une ou deux fois par semaine
- Une fois par jour
- Plus d'une fois par jour
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

Variable SPA27

27- Discuter calmement

Réponse:

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une ou deux fois par mois
- Une ou deux fois par semaine
- Une fois par jour
- Plus d'une fois par jour
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

Variable SPA28

28- Travailler ensemble à un projet

Réponse:

- Jamais
 - Moins d'une fois par mois
 - Une ou deux fois par mois
 - Une ou deux fois par semaine
 - Une fois par jour
 - Plus d'une fois par jour
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA29

Voici quelques situations où les couples sont parfois d'accord et parfois en désaccord. Indiquez si oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation pendant les dernières semaines.

29- Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles

Réponse:

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

Variable SPA30

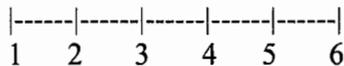
30- Ne pas manifester d'affection

Réponse:

- Non
- Oui
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

Variable SPA31

31- Les points de la ligne suivante représentent différents degrés dans votre relation. Le point central heureux représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez me dire le point qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation considérée globalement.



Réponse:

- 1-Extrêmement malheureux
- 2-Passablement malheureux
- 3-Un peu malheureux
- 4-Heureux
- 5-Très heureux

- 6-Extrêmement heureux
 - Ne sait pas
 - Refus
 - Ne s'applique pas
-

Variable SPA32

32- Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez par rapport à l'avenir de votre relation:

- 1- Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferai tout pour cela.
- 2- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- 3- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- 4- Ça serait bien si ma relation réussissait et je peux faire beaucoup plus que je fais actuellement pour cela.
- 5- Ça serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- 6- Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

Réponse:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- Ne sait pas
- Refus
- Ne s'applique pas

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Kalayam, B., Kakuma, T., Gabrielle, M., ... Hull, J. (2000). Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, *57*(3), 285–90.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. a. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, *109*((Suppl. 420)), 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th edition). Washington, DC, US: APA.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., ... Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*(1), 3–21. <https://doi.org/10.1002/mpr.138>
- Antonucci, T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on well-being of older adults. *Applied Developmental Science*, *5*(2), 68–75. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0502_2
- Assh, S. D., & Byers, E. S. (1996). Understanding the co-occurrence of marital distress and depression in women. *Journal of Social and Personal Relationships*, *13*(4), 537–552.
- Atkins, D. C., Dimidjian, S., Bedics, J. D., & Christensen, A. (2009). Couple discord and depression in couples during couple therapy and in depressed individuals during depression treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(6), 1089–1099. <https://doi.org/10.1037/a0017119>
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *18*(1), 25–35. <https://doi.org/doi:10.1037/h0079949>
- Baker, B., Paquette, M., Szalai, J. P., Driver, H., Perger, T., Helmers, K., ... Tobe, S. (2000). The influence of marital adjustment on 3-year left ventricular mass and ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Archives of Internal Medicine*, *160*(22), 3453–8.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, *55*(1), 122–136. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.122>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173–

1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barrett, A. E. (2000). Marital trajectories and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(4), 451–464. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2676297>
- Barry, L. C., Allore, H. G., Guo, Z., Bruce, M. L., & Gill, T. M. (2008). Higher burden of depression among older women. *Archives of General Psychiatry*, 65(2), 172. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.17>
- Beach, S. R. H., Davey, A., & Fincham, F. D. (1999). The time has come to talk of many things: a commentary on Kurdek (1998) and the emerging field of marital processes in depression. *Journal of Family Psychology*, 13(4), 663–668.
- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 355–371. <https://doi.org/10.1177/0265407503020003005>
- Beach, S. R. H., & O’Leary, K. D. (1993). Dysphoria and marital discord: Are dysphoric individuals at risk for marital maladjustment? *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(4), 355–368. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1993.tb00998.x>
- Beach, S. R. H., & O’Leary, K. D. (1993). Marital discord and dysphoria: For whom does the marital relationship predict depressive symptomatology? *Journal of Social and Personal Relationships*, 10(3), 405–420. <https://doi.org/10.1177/0265407593103007>
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E., & O’Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. W. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100.
- Beekman, A., Deeg, D., Geerlings, R., Schoevers, R. A., Smit, J. H., & Van Tilburg, W. (2001). Emergence and persistence of late life depression: A 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 131–138.
- Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D. J. H., Smit, J. H., Schoevers, R. S., de Beurs, E., ... van Tilburg, W. (2002). The natural history of late-life depression: A 6-year prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry*, 59(July), 605–611. Retrieved from WWW.ARCHGENPSYCHIATRY.COM
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89–95.
- Beekman, A. T., Deeg, D. J., Braam, A. W., Smit, J. H., & Van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability,

- well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27(6), 1397–1409. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005734>
- Bélanger, C., El-Baalbaki, G., Leduc, A., & Coyne, J. C. (2008). Couples et dépression. Évaluation et traitement. In J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (Presses de, pp. 623–655). Québec.
- Blazer, D. G. (2002). *Depression in late life* (3rd Edition). New York: Springer.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241–1252. <https://doi.org/doi:10.1017/S0033291705004411>
- Bogner, H. R., Morales, K. H., Reynolds, C. F., Cary, M. S., & Bruce, M. L. (2012). Prognostic factors, course, and outcome of depression among older primary care patients: The PROSPECT Study. *Aging & Mental Health*, 16(4), 452–461. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.638904>
- Bookwala, J., & Franks, M. M. (2005). Moderating role of marital quality in older adults' depressed affect: Beyond the main-effects model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(6), P338–P341. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.6.P338>
- Bookwala, J., & Jacobs, J. (2004). Age, marital processes, and depressed affect. *The Gerontologist*, 44(3), 328–338. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.328>
- Booth, A., & Johnson, D. R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and Family*, 56(1), 218–223.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, S. L. (2000). The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabitators versus marrieds. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 241–255.
- Brown, S. L., & Lin, I. (2012). The gray divorce revolution: Rising divorce among middle-aged and older adults, 1990-2010. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(6), 731–741. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs089>
- Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S., & Blazer, D. G. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur studies of successful aging. *American Journal of Public Health*, 84(11), 1796–1799. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.11.1796>
- Burke, W. J., Houston, M. J., Boust, S. J., & Roccaforte, W. H. (1989). Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(9), 856–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2760379>

- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*(3), 289–308.
- Butters, M. A., Whyte, E. M., Nebes, R. D., Begley, A. E., Dew, M. A., Mulsant, B. H., ... Becker, J. T. (2004). The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. *Archives of General Psychiatry, 61*(6), 587–95.
- Byers, A. L., Vittinghoff, E., Lui, L.-Y., Hoang, T., Blazer, D. G., Covinsky, K. E., ... Yaffe, K. (2012). Twenty-year depressive trajectories among older women. *Archives of General Psychiatry, 69*(10), 1073–1079.
- Cano-Prous, A., Moyá-Querejeta, J., Alonso, Á., Martín-Lanas, R., & Cervera-Enguix, S. (2013). Personality : A determinant in marital dissatisfaction in individuals with major depression and their couples. *Actas Españolas de Psiquiatría, 41*(6), 340–348.
- Cano, A., Christian-Herman, J., O’Leary, K. D., & Avery-Leaf, S. (2002). Antecedents and consequences of negative marital stressors. *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(2), 145–151.
- Cano, A., O’Leary, K. D., & Heinz, W. (2004). Short-term consequences of severe marital stressors. *Journal of Social and Personal Relationships, 21*(4), 419–430. <https://doi.org/10.1177/0265407504044838>
- Carrière, I., Farré, A., Proust-Lima, C., Ryan, J., Ancelin, M. L., & Ritchie, K. (2017). Chronic and remitting trajectories of depressive symptoms in the elderly. Characterisation and risk factors. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 26*(2), 146–156. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001122>
- Carstensen, L. L., Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging, 10*(1), 140–149.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.54.3.165>
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(4), 644–655. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.644>
- Choi, H., & Marks, N. F. (2008). Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment. *Journal of Marriage and Family, 70*(2), 377–390. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00488.x>
- Christian-Herman, J., O’Leary, K. D., & Avery-Leaf, S. (2001). The impact of severe negative events in marriage on depression. *Journal of Social & Clinical Psychology, 20*(1), 24–40. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.24.22250>
- Clavarino, A., Hayatbakhsh, M. R., Williams, G. M., Bor, W., O’Callaghan, M., & Najman, J. M. (2011). Depression following marital problems: Different impacts on mothers and their children? A 21-year prospective study. *Social Psychiatry*

- and *Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 833–841. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0253-8>
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147–1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Comijs, H. C., Nieuwesteeg, J., Kok, R., van Marwijk, H. W., van der Mast, R. C., Naarding, P., ... Stek, M. L. (2015). The two-year course of late-life depression; results from the Netherlands study of depression in older persons. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0401-5>
- Cotten, S. R., Burton, R. P. D., & Rushing, B. (2003). The mediating effects of attachment to social structure and psychosocial resources on the relationship between marital quality and psychological distress. *Journal of Family Issues*, 24(4), 547–577. <https://doi.org/10.1177/0192513X02250138>
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28–40.
- Coyne, J. C., & Benazon, N. R. (2001). Not agent blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (pp. 25–43). Washington, DC, US.
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 26–37. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.1.26>
- Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Journal of the American Medical Association*, 269(18), 2386–91. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8479064>
- Culp, L. N., & Beach, S. R. H. (1998). Marriage and depressive symptoms. The role and bases of self-esteem differ by gender. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 647–663.
- Davila, J., Bradbury, T. N., Cohan, C. L., & Tochluk, S. (1997). Marital functioning and depressive symptoms: Evidence for a stress generation model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 849–861. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.849>
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 17(4), 557–570. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.557>
- Dehle, C., & Weiss, R. L. (1998). Sex differences in prospective associations between marital quality and depressed mood. *Journal of Marriage and Family*,

- 60(4), 1002–1011. <https://doi.org/10.2307/353641>
- Denton, W. H., Carmody, T. J., Rush, A. J., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Arnow, B. A., ... Keller, M. B. (2010). Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression. *Psychological Medicine*, 40(3), 415–424. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990535>
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372–387. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>
- Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 25(4), 531–540. <https://doi.org/10.1037/a0024216>
- Erdman, H. P., Klein, M. H., Greist, J. H., Skare, S. S., Husted, J. J., Robins, L. N., ... Miller, J. P. (1992). A comparison of two computer-administered versions of the NIMH Diagnostic Interview Schedule. *Journal of Psychiatric Research*, 26(1), 85–95. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1560412>
- Fagan, J. (2009). Relationship quality and changes in depressive symptoms among urban, married African Americans, hispanics, and whites. *Family Relations*, 58(3), 259–274. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00551.x>
- Faulkner, R. A., Davey, M., & Davey, A. (2005). Gender-related predictors of change in marital satisfaction and marital conflict. *The American Journal of Family Therapy*, 33, 61–83. <https://doi.org/10.1080/01926180590889211>
- Fincham, F., Beach, S., Harold, G., & Osborne, L. (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science*, 8(5), 351–357. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00424.x>
- Fincham, F. D., & Rogge, R. (2010a). Understanding relationship quality: theoretical challenges and new tools for assessment. *Journal of Family Theory & Review*, 2, 227–242. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00059.x>
- Fincham, F. D., & Rogge, R. (2010b). Understanding relationship quality: Theoretical challenges and new tools for assessment. *Journal of Family Theory & Review*, 2(December), 227–242. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00059.x>
- Fink, B. C., & Shapiro, A. F. (2013). Coping mediates the association between marital instability and depression, but not marital satisfaction and depression. *Couple & Family Psychology*, 2(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/a0031763>
- Fiske, A., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2003). Depressive symptoms and aging: The effects of illness and non-health-related events. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), 320–8.
- Fiske, A., Wetherell, J. I., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>. Depression

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189–198. [https://doi.org/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/0022-3956(75)90026-6) [pii]
- Fonda, S. J., & Herzog, A. R. (2001). Patterns and risk factors of change in somatic and mood symptoms among older adults. *Annals of Epidemiology*, *11*(6), 361–368.
- Gallagher, D., Savva, G. M., Kenny, R., & Lawlor, B. a. (2013). What predicts persistent depression in older adults across Europe? Utility of clinical and neuropsychological predictors from the SHARE study. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1–3), 192–197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.037>
- Gallo, L. C., Troxel, W. M., Kuller, L. H., Sutton-Tyrrell, K., Edmundowicz, D., & Matthews, K. A. (2003). Marital status, marital quality, and atherosclerotic burden in postmenopausal women. *Psychosomatic Medicine*, *65*(6), 952–962.
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, *13*(3), 190–200.
- Glenn, N. D. (1990). Quantitative research on marital quality in the 1980s : A critical review. *Journal of Marriage and Family*, *52*(4), 818–831. <https://doi.org/10.2307/353304>
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big Five factor structure. *Journal of Psychology and Social Psychology*, *59*(6), 1216–1229. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.59.6.1216>
- Goldfarb, M. R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévaille, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, *22*(1), 109–126. <https://doi.org/10.1080/14681990600861040>
- Goldman, N., Korenman, S., & Weinstein, R. (1995). Marital status and health among the elderly. *Social Science and Medicine*, *40*(12), 1717–1730.
- Gordon, K. C., Friedman, M. A., Miller, I. W., & Gaertner, L. (2005). Marital attributions as moderators of the marital discord–depression link. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *24*(6), 876–893. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.876>
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1998). Consequences of depression during adolescence : Marital status and marital functioning in early adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(4), 686–690. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.4.686>
- Gove, W. R., & Shin, H.-C. (1989). The psychological well-being of divorced and widowed men and women. An empirical analysis. *Journal of Family Issues*, *10*(1), 122–144.
- Gurland, B. J. (1992). The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, *8*, 377–386.
- Gustavson, K., Roysamb, E., Soest, T. V., Helland, M. J., Karevold, E., & Mathiesen,

- K. S. (2012). Reciprocal longitudinal associations between depressive symptoms and romantic partners' synchronized view of relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships, 29*(6), 776–794. <https://doi.org/10.1177/0265407512448264>
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 555–561. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.555>
- Harden, J. K., Northouse, L. L., & Mood, D. W. (2006). Qualitative analysis of couples' experience with prostate cancer by age cohort. *Cancer Nursing, 29*(5), 367–77.
- Heene, E., Buysse, A., & van Oost, P. (2007). An interpersonal perspective on depression: The role of marital adjustment, conflict communication, attributions, and attachment within a clinical sample. *Family Process, 46*(4), 499–514.
- Heene, E., Buysse, A., & Van Oost, P. (2003). A categorical and dimensional perspective on depression within a nonclinical sample of couples. *Family Process, 42*(1), 133–149.
- Heene, E. L. D., Buysse, A., & Van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process, 44*(4), 413–440. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00070.x>
- Hellstrom, I., Nolan, M., & Lundh, U. (2005). Awareness context theory and the dynamics of dementia: Improving understanding using emergent fit. *Dementia, 4*(2), 269–295. <https://doi.org/10.1177/1471301205051096>
- Henderson, A. D., Sayger, T. V., & Horne, A. M. (2003). Mothers and sons: A look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression, and family cohesion. *The Family Journal, 11*(1), 33–41. <https://doi.org/10.1177/1066480702238469>
- Henry, N. J. M., Berg, C. a, Smith, T. W., & Florsheim, P. (2007). Positive and negative characteristics of marital interaction and their association with marital satisfaction in middle-aged and older couples. *Psychology and Aging, 22*(3), 428–441. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.428>
- Herr, N. R., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2007). Current and past depression as predictors of family functioning: a comparison of men and women in a community sample. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 21*(4), 694–702. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.694>
- Heyman, R. E., Sayers, S. L., & Bellack, A. S. (1994). Global marital satisfaction versus marital adjustment: An empirical comparison of three measures. *Journal of Family Psychology, 8*(4), 432–446. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.8.4.432>
- Hollist, C. S., Miller, R. B., Falceto, O. G., & Fernandes, C. L. C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a Latino sample. *Family Process, 46*(4), 485–498. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00227.x>

- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(3), 229–235. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.98.3.229>
- Institut de la Statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2011-2012. Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité* (Vol. 2).
- Johnson, D. R., Amoloza, T. O., & Booth, A. (1992). Stability and developmental change in marital quality: A three-wave panel analysis. *Journal of Marriage and the Family, 54*(3), 582–594. <https://doi.org/10.2307/353244>
- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine, 30*, 11–22.
- Joung, I. M. A., Strouks, K., Van de Mheen, H., Van Poppel, F. W. A., Van der Meer, J. B. W., & Mackenbach, J. P. (1997). The contribution of intermediate factors to marital status differences in self-reported health. *Journal of Marriage and the Family, 59*(2), 476–490.
- Kafonek, S., Ettinger, W. H., Roca, R., Kittner, S., Taylor, N., & German, P. S. (1989). Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *Journal of the American Geriatrics Society, 37*(1), 29–34. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb01565.x>
- Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J. C., & Timonen, V. (2013). Depressive symptoms among older adults: The impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging & Mental Health, 17*(3), 349–57. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.747078>
- Karney, B. R. (2001). Depressive symptoms and marital satisfaction in the early years of marriage: Narrowing the gap between theory and research. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (pp. 45–68). Washington, DC, US: American Psychological Association. Retrieved from http://ucl-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&ct=display&fn=search&doc=TN_apa_books2000-00588-003&indx=1&recIds=TN_apa_books2000-00588-003&recIdxs=0&elementId=0&renderMode=poppedOut&displayMode=full&frbrV
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin, 118*(1), 3–34. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>
- Kasen, S., Chen, H., Sneed, J. R., & Cohen, P. (2010). Earlier stress exposure and subsequent major depression in aging women. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(1), 91–99. <https://doi.org/10.1002/gps.2304>
- Kaup, A. R., Byers, A. L., Falvey, C., Simonsick, E. M., Satterfield, S., Ayonayon, H.

- N., ... Yaffe, K. (2016). Trajectories of depressive symptoms in older adults and risk of dementia. *JAMA Psychiatry*, *73*(5), 525–531.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0004>.Trajectories
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. (Guilford Press, Ed.). New York, NY.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, *34*, 119–38.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kessler, R. C., Helzer, J. E., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Blazer, D. G., Burnami, A., & et al. (1985). The Diagnostic Interview Schedule. In W. W. Eaton & R. C. Kessler (Eds.), *Epidemiologic field methods in psychiatry* (pp. 143–170). New York: Academic Press.
- Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J., & Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *96*(3), 118–121.
<https://doi.org/10.1258/jrsm.96.3.118>
- Kim, E. (2012). Marital adjustment and depressive symptoms in Korean Americans. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(6), 370–376.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.656822>
- Kim, H. K., & McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being. A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues*, *23*(8), 885–911. <https://doi.org/10.1177/019251302237296>
- Kingsbury, A. M., Hayatbakhsh, R., Mamun, A. M., Clavarino, A. M., Williams, G., & Najman, J. M. (2014). Trajectories and Predictors of Women’s Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study. *Maternal and Child Health Journal*, *19*(4), 877–888. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1589-6>
- Kirby, M., Bruce, I., Radic, A., Coakley, D., & Lawlor, B. A. (1997). Mental disorders among the community-dwelling elderly in Dublin. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 369–372.
- Kivelä, S. L., Luukinen, H., Viramo, P., & Koski, K. (1998). Depression in elderly spouse pairs. *International Psychogeriatrics / IPA*, *10*(3), 329–338.
<https://doi.org/10.1017/S1041610298005419>
- Kouros, C. D., & Cummings, M. E. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*(1), 128–138. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x>
- Kouros, C. D., & Mark Cummings, E. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*(1), 128–138. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x>

- Kouros, C. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *22*(5), 667–677. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.5.667>
- Kronmüller, K. T., Backenstrass, M., Victor, D., Postelnicu, I., Schenkenbach, C., Joest, K., ... Mundt, C. (2011). Quality of marital relationship and depression: Results of a 10-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, *128*(1–2), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.026>
- Kulik, L. (2002). Marital equality and the quality of long-term marriage in later life. *Ageing & Society*, *22*(August 2002), 459–481. <https://doi.org/10.1017/s0144686x02008772>
- Kung, W. W., & Elkin, I. (2000). Marital adjustment as a predictor of outcome in individual treatment of depression. *Psychotherapy Research*, *10*(3), 267–278. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.267>
- Kurdek, L. A. (1998). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives. *Journal of Family Psychology*, *12*(4), 494–510. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.4.494>
- Kurdek, L. A. (1999). More differences about gender differences in marriage: A reply to Beach, Davey, and Finchman. *Journal of Family Psychology*, *13*(4), 669–674.
- Lagana, L., Spellman, T., Wakefield, J., & Oliver, T. (2011). Ethnic minority status, depression, and cognitive failures in relation to marital adjustment in ethnically diverse older women. *Clinical Gerontologist*, *34*(3), 173–189. <https://doi.org/10.1080/07317115.2011.554627>
- Lapierre, T. A. (2009). Marital status and depressive symptoms over time: Age and gender variations. *Family Relations*, *58*(4), 404–416. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00562.x>
- Layman, D. E., Dijker, M. P. J. M., & Ashman, T. A. (2005). Exploring the impact of traumatic brain injury on the older couple: “Yes, but how much of it is age, I can’t tell you...”. *Brain Injury*, *19*(11), 902–923.
- Lebowitz, B. D., & Olin, J. T. (2004). The social and financial burden of late-life depression to society and individuals. In S. P. Roose & H. A. Sackeim (Eds.), *Late-Life Depression* (pp. 12–16). Oxford University Press.
- Lemmens, G. M. D., Buysse, A., Heene, E., Eisler, I., & Demyttenaere, K. (2007). Marital satisfaction, conflict communication, attachment style and psychological distress in couples with a hospitalized depressed patient. *Acta Neuropsychiatrica*, *19*(2), 109–117. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2006.00168.x>
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., ... Reynolds, C. F. 3rd. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 722–8.

- Lesser, I. M., Boone, K. B., Mehringer, C. M., Whol, M. A., Miller, B. L., & Berman, N. G. (1996). Cognition and white matter hyperintensities in older depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, *153*(10), 1280–7.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, *8*(2), 301–313. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.301>
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1994). The influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: A study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(1), 56–68.
- Levitin, R. D., Blouin, A. G., Navarro, J. R., & Hill, J. (1991). Validity of the computerized DIS for diagnosing psychiatric patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, *36*, 728–731.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1986). *Control Your Depression* (2nd ed.). New York, NY: Prentice Hall Press.
- Licht-Strunk, E., Beekman, A. T. F., de Haan, M., & van Marwijk, H. W. J. (2009). The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1–3), 310–315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.006>
- Liu, R. X., & Chen, Z. Y. (2006). The effects of marital conflict and marital disruption on depressive affect: A comparison between women in and out of poverty. *Social Science Quarterly*, *87*(2), 250–271. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2006.00379.x>
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, *21*, 251–255.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 212–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>
- Lyness, J. M., Chapman, B. P., McGriff, J., Drayer, R., & Duberstein, P. R. (2009). One-year outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients. *International Psychogeriatrics*, *21*(1), 60–68. <https://doi.org/10.1017/S1041610208007746>
- Lyness, J. M., Kim, J., Tu, X., Conwell, Y., King, D. A., & Caine, E. D. (2007). The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(3), 214–223. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000235763.50230.83>
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (1999). Do family physicians treat older patients with mental disorders differently from younger patients? *Canadian Family Physician*, *45*, 1219–1224.
- Mackenzie, J., Smith, T. W., Uchino, B., White, P. H., Light, K. C., & Grewen, K. M. (2014). Depressive symptoms, anger/hostility, and relationship quality in young couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *33*(4), 380–396.
- Mamun, A. A., Clavarino, A. M., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan, M.

- J., & Bor, W. (2009). Maternal depression and the quality of marital relationship: A 14-year prospective study. *Journal of Women's Health* (2002), 18(12), 2023–2031. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1050>
- Manzoli, L., Villari, P., Pirone, G., & Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 64(1), 77–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.031>
- Marchand, J. F. (2004). Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attachment & Human Development*, 6(1), 99–112. <https://doi.org/10.1080/14616730310001659575>
- Martire, L. M., Keefe, F. J., Schulz, R., Ready, R., R, B. S., Rudy, T. E., & Starz, T. W. (2006). Older spouses' perceptions of partners' chronic arthritis pain: Implications for spousal responses, support provision, and caregiving experiences. *Psychology and Aging*, 21(2), 222–30.
- Miller, B., Townsend, A. L., & Ishler, K. J. (2004). Change in marital dissatisfaction, health, and depression in older married couples. *Journal of Mental Health and Aging*, 10(1), 65–77.
- Miller, R. B., Mason, T. M., Canlas, J. M., Wang, D., Nelson, D. A., & Hart, C. H. (2013). Marital satisfaction and depressive symptoms in China. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 27(4), 677–82. <https://doi.org/10.1037/a0033333>
- Moen, P., Jungmeen, E. K., & Hofmeister, H. (2001). Couples' work/retirement transitions, gender, and marital quality. *Social Psychology Quarterly*, 64(1), 55–71.
- Moen, P., Robison, J., & Dempster-McLain, D. (1995). Caregiving and women's well-being : A life course approach. *Journal of Health and Social Behaviour*, 36(3), 259–273.
- Mogilner, C., Kamvar, S. D., & Aaker, J. (2011). The shifting meaning of happiness. *Social Psychological and Personality Science*, 2(4), 395–402. <https://doi.org/10.1177/1948550610393987>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2004). Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: Prevalence and 2- and 4-year follow-up symptoms. *Psychological Medicine*, 34(4), 623–634.
- Morry, M. M., Reich, T., & Kito, M. (2010). How do I see you relative to myself? Relationship quality as a predictor of self-and partner-enhancement within cross-sex friendships, dating relationships, and marriages. *The Journal of Social Psychology*, 150(4), 369–392.
- Morse, J. Q., & Lynch, T. R. (2004). A preliminary investigation of self-reported

- personality disorders in late life: Prevalence, predictors of depressive severity, and clinical correlates. *Aging & Mental Health*, 8(4), 307–315.
<https://doi.org/10.1080/13607860410001709674>
- Moyá, J., Cano Prous, A., Seva Fernández, A., & Alonso, Á. (2010). The impact a first episode of major depression has on marital dissatisfaction: Is remission associated with improvement in dissatisfaction? *The European Journal of Psychiatry*, 24(1), 46–58. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632010000100006>
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333–1349. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.5.1333>
- Murphy, J. M., Monson, R. R., Laird, N. M., Sobol, A. M., & Leighton, A. H. (2000). A comparison of diagnostic interviews for depression in the Stirling County study: Challenges for psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 57(3), 230–236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.3.230>
- Myers, S. M., & Booth, A. (1996). Men's retirement and marital quality. *Journal of Family Issues*, 17(3), 336–357.
- Naarding, P., Schoevers, R. A., Janzing, J. G., Jonker, C., Koudstaal, P. J., & Beekman, A. T. (2005). A study on symptom profiles of late-life depression: The influence of vascular, degenerative and inflammatory risk indicators. *Journal of Affective Disorders*, 88, 155–62.
- Najman, J. M., Khatun, M., Mamun, A., Clavarino, A., Williams, G. M., Scott, J., ... Alati, R. (2014). Does depression experienced by mothers leads to a decline in marital quality: A 21-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 121–132. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0749-0>
- National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of depression.* (2006). *Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Âgées. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health.* Retrieved from [http://www.ccsmh.ca/pdf/final supplement.pdf](http://www.ccsmh.ca/pdf/final%20supplement.pdf)
- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17(1), 116–124. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.17.1.116>
- O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 183–6.
- O'Rourke, N., & Emery, P. C. (2001). Factor structure of the Dyadic Adjustment Scale among older adults. In *Poster session presented at the annual meeting of the American Psychological Association*. San Francisco (CA).
- Olin, J. T., Schneider, L. S., Katz, I. R., Meyers, B. S., Alexopoulos, G. S., Breitner, J. C., ... Lebowitz, B. D. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(2), 125–8.
- Orbuch, T. L., House, J. S., Mero, R. P., & Webster, P. S. (1996). Marital quality over the life course. *Social Psychology Quarterly*, 59(2), 162.

- <https://doi.org/10.2307/2787050>
- Ostbye, T., Kristjansson, B., Hill, G., Newman, S. C., Brouwer, R. N., & McDowell, I. (2005). Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: The Canadian Study of Health and Aging. *Chronic Diseases in Canada*, 26(4), 93–99. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16390626>
- Overbeek, G., Vollebergh, W., de Graaf, R., Scholte, R., de Kemp, R., & Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 20(2), 284–291. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.284>
- Parikh, R., Robinson, R., Lipsey, J., Satarkstein, S., Federoff, J., & Price, T. (1990). The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Archives of Neurology*, 47, 785–789.
- Park, M., & Unützer, J. (2014). Hundred forty eight more days with depression: The association between marital conflict and depression-free days. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 1271–1277. <https://doi.org/10.1002/gps.4107>
- Parker, M. L., Tambling, R. B., & Campbell, K. (2013). Dyadic adjustment and depressive symptoms: The mediating role of attachment. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 21(1), 28–34. <https://doi.org/10.1177/1066480712456674>
- Penninx, B. W. J. H., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., van Eijk, J. T. M., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. F. (1999). Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 889–895. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.889>.Text
- Perlis, M. L., Smith, L. J., Lyness, J. M., Matteson, S. R., Pigeon, W. R., Jungquist, C. R., & Tu, X. (2006). Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(2), 104–113. <https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0402>
- Peterson-Post, K. M., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2014). Perceived criticism and marital adjustment predict depressive symptoms in a community sample. *Behavior Therapy*, 45(4), 564–575. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.002>
- Piazza, J. R., Charles, S. T., & Almeida, D. M. (2007). Living with chronic health conditions: Age differences in affective well-being. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 62(6), P313–21.
- Poyner-Del Vento, P. W., & Cobb, R. J. (2011). Chronic stress as a moderator of the association between depressive symptoms and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(9), 905–936. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.9.905>
- Prévaille, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., ... Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult

- population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822–832.
- Préville, M., Boyer, R., Vasiliadis, H., Grenier, S., Voyer, P., Hudon, C., ... Scientific Committee of the ESA study. (2010). One-year incidence of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(7), 449–457.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576–593. <https://doi.org/10.2307/351841>
- Pruchno, R., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. P. (2009). Depressive symptoms and marital satisfaction in the context of chronic disease: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 23(4), 573–584. <https://doi.org/10.1037/a0015878>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 179–198. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.007>
- Riso, L. P., Blandino, J. A., Hendricks, E., Grant, M. M., & Duin, J. S. (2002). Marital history and current marital satisfaction in chronic depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(4), 291–295. <https://doi.org/10.1023/A:1020576927809>
- Roberto, K. A., Gold, D. T., & Yorgason, J. B. (2004). The influence of osteoporosis on the marital relationship of older couples. *Journal of Applied Gerontology*, 23(4), 443–456. <https://doi.org/10.1177/0733464804270856>
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6260053>
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Blazer, D. G., & Burnami, A. (1985). The Diagnostic Interview Schedule. In W. W. Eaton & L. G. Kessler (Eds.), *Epidemiologic field methods in psychiatry* (pp. 143–170). New York: Academic Press.
- Robinson, L., Clare, L., & Evans, K. (2005). Making sense of dementia and adjusting to loss: psychological reactions to a diagnosis of dementia in couples. *Aging & Mental Health*, 9(4), 337–347. <https://doi.org/10.1080/13607860500114555>
- Sandberg, J. G., & Harper, J. M. (1999). Depression in mature marriages: Impact and implications for marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(3), 393–406.
- Sandberg, J. G., & Harper, J. M. (2000). In search of a marital distress model of depression in older marriages. *Aging & Mental Health*, 4(3), 210–222. <https://doi.org/10.1080/713649929>
- Schulz, R., Mcginnis, K. A., Zhang, S., Martire, L. M., Hebert, R. S., Beach, S. R., ...

- Belle, S. H. (2008). Dementia patient suffering and caregiver depression. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22(2), 170–176.
<https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31816653cc.Dementia>
- Scott, R. L., & Cordova, J. V. (2002). The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 16(2), 199–208.
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.2.199>
- Serby, M., & Yu, M. (2003). Overview: Depression in the elderly. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(1), 38–44.
- Silverstein, M., & Giarrusso, R. (2010). Aging and family life: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1039–1058.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00749.x.Aging>
- Smith, T. W., & Baron, C. E. (2016). Marital discord in the later years. In J. Bookwala (Ed.), *Couple relationships in the middle and later years: Their nature, complexity, and role in health and illness*. (pp. 37–56). American Psychological Association.
- Smith, T. W., Berg, C. a, Florsheim, P., Uchino, B. N., Pearce, G., Hawkins, M., ... Olsen-Cerny, C. (2009). Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: I. Age differences in agency and communion during marital interaction. *Psychology and Aging*, 24(2), 259–273. <https://doi.org/10.1037/a0015609>
- Smith, T. W., Uchino, B. N., Florsheim, P., Berg, C. A., Butner, J., Hawkins, M., ... Yoon, H.-C. (2011). Affiliation and control during marital disagreement, history of divorce, and asymptomatic coronary artery calcification in older couples. *Psychosomatic Medicine*, 73(4), 350–357.
<https://doi.org/10.1126/scisignal.274pe36.Insulin>
- South, S. C., Krueger, R. F., & Iacono, W. G. (2011). Understanding general and specific connections between psychopathology and marital distress: A model based approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 935–947.
<https://doi.org/10.1037/a0025417>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15–28.
- St John, P. D., & Montgomery, P. R. (2009). Marital status, partner satisfaction, and depressive symptoms in older men and women. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(7), 487–492.
- Statistique Canada. (2011). *La situation des personnes âgées dans les ménages. Familles, ménages et état matrimonial. Type de construction résidentielle et logements collectifs. Recensement de la population de 2011*.
- Statistique Canada. (2015). *Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038)*. Retrieved from <http://goo.gl/Gt0kpU>
- Statistique Canada. (2017). *L'espérance de vie des Canadiens de 1920-1922 à 2009-*

2011.

- Story, T. N., Berg, C. a, Smith, T. W., Beveridge, R., Henry, N. J. M., & Pearce, G. (2007). Age, marital satisfaction, and optimism as predictors of positive sentiment override in middle-aged and older married couples. *Psychology and Aging, 22*(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.4.719>
- Tannock, C., & Katona, C. (1995). Minor depression in the aged: Concepts, prevalence and optimal management. *Drugs & Aging, 6*(4), 278–292.
- Taylor, M., & Lynch, S. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences, 59B*, S238–S246.
- Torges, C. M., Stewart, A. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Regret resolution, aging, and adapting to loss. *Psychology and Aging, 23*(1), 169–180. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.1.169>
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging, 10*(4), 625–638.
- Tower, R. B., & Kasl, S. V. (1996). Depressive symptoms across older spouses: Longitudinal influences. *Psychology and Aging, 11*(4), 683–697.
- Tower, R. B., Kasl, S. V., & Darefsky, A. S. (2002). Types of marital closeness and mortality risk in older couples. *Psychosomatic Medicine, 64*(4), 644–659.
- Tower, R. B., & Krasner, M. (2006). Marital closeness, autonomy, mastery, and depressive symptoms in a U.S. Internet sample. *Personal Relationships, 13*(4), 429–449. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00128.x>
- Trevino, Y. A., Wooten, H. R., & Scott, R. E. (2007). A correlational study between depression and marital adjustment in Hispanic couples. *The Family Journal, 15*(1), 46–52. <https://doi.org/10.1177/1066480706294033>
- Uebelacker, L. a., Courtnage, E. S., & Whisman, M. a. (2003). Correlates of Depression and Marital Dissatisfaction: Perceptions of Marital Communication Style. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*(6), 757–769. <https://doi.org/10.1177/0265407503206003>
- Uebelacker, L. a, & Whisman, M. a. (2006). Moderators of the association between relationship discord and major depression in a national population-based sample. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 20*(1), 40–46. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.40>
- Ulrich-Jakubowski, D., Russell, D. W., & O'Hara, M. W. (1988). Marital adjustment difficulties: Cause or consequence of depressive symptomatology? *Journal of Social and Clinical Psychology, 7*(4), 312–318. <https://doi.org/10.1521/jscp.1988.7.4.312>
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Chen, M. D., & Campbell, A. M. (2005). As Good as it Gets? A Life Course Perspective on Marital Quality. *Social Forces, 84*(1), 493–511. <https://doi.org/10.1353/sof.2005.0131>
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H., & Needham, B. (2006). You

- make me sick: Marital quality and health over the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(1), 1–16.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386–392. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.386>
- Vaillant, C. O., & Vaillant, G. E. (1993). Is the U-curve of marital satisfaction an illusion? A 40-year study of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 55(1), 230–239. <https://doi.org/10.2307/352971>
- van Buuren, S., & van Rijkevorsel, J. L. A. (1992). Imputation of missing categorical data by maximizing internal consistency. *Psychometrika*, 57(4), 567–580.
- Van Laningham, J., Johnson, D. R., & Amato, P. R. (2001). Marital happiness, marital duration, and the U-shaped curve: Evidence from a five-wave panel study. *Social Forces*, 79(4), 1313–1341. <https://doi.org/10.1353/sof.2001.0055>
- Vézina, J., Landreville, P., Bizzini, L., & Soucy, P. (2000). Les dépressions. In P. Cappeliez, P. Landreville, & J. Vézina (Eds.), *Psychologie clinique de la personne âgée* (pp. 23–41).
- Villeneuve, L., Trudel, G., Préville, M., Dargis, L., Boyer, R., & Bégin, J. (2015). Dyadic Adjustment Scale: a validation study among older French-Canadians living in relationships. *Canadian Journal on Aging. La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 34(1), 26–35. <https://doi.org/10.1017/S0714980814000269>
- Wade, T. J., & Cairney, J. (1997). Age and depression in a nationally representative sample of Canadians: A preliminary look at the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 88(5), 297–302.
- Walker, R., Isherwood, L., Burton, C., Kitwe-Magambo, K., & Luszcz, M. (2013). Marital satisfaction among older couples: The role of satisfaction with social networks and psychological well-being. *International Journal of Aging & Human Development*, 76(2), 123–39. <https://doi.org/10.2190/AG.76.2.b>
- Wang, Q., Wang, D., Li, C., & Miller, R. B. (2014). Marital satisfaction and depressive symptoms among Chinese older couples. *Aging & Mental Health*, 18(1), 11–18. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.805730>
- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77(4), 445–451. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.4.445>
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 701–706. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.701>
- Whisman, M. A. (2001a). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 125–129. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.1.125>
- Whisman, M. A. (2001b). The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (p. p.3-24).

- Washington, DC, US: American Psychological Association. Retrieved from http://ucl-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&ct=display&fn=search&doc=TN_apa_books2000-00588-001&indx=2&recIds=TN_apa_books2000-00588-001&recIdxs=1&elementId=1&renderMode=poppedOut&displayMode=full&frbrV
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 638–643. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638>
- Whisman, M. A., & Beach, S. R. H. (2012). Couple therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology, 68*(5), 526–535. <https://doi.org/10.1002/jclp.21857>
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(4), 674–678. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.674>
- Whisman, M. A., Robustelli, B. L., Beach, S. R. H., Snyder, D. K., & Harper, J. M. (2014). Marital discord and depression in middle-aged and older couples: Is taxon status associated with depression? *Journal of Social and Personal Relationships, 31*(7), 1–7. <https://doi.org/10.1177/0265407514554519>
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109*(4), 803–808. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.4.803>
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 20*(3), 369–377. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.369>
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 24*(1), 184–189. <https://doi.org/10.1037/a0014759>
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., Tolejko, N., Chatav, Y., & McKelvie, M. (2006). Marital discord and well-being in older adults: Is the association confounded by personality? *Psychology and Aging, 21*(3), 626–631. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.3.626>
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 830–838. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.830>
- Whitton, S. W., Stanley, S. M., Markman, H. J., & Baucom, B. R. (2008). Women's weekly relationship functioning and depressive symptoms. *Personal Relationships, 15*(4), 533–550. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2008.00214.x>

- Whitton, S. W., & Whisman, M. A. (2010). Relationship satisfaction instability and depression. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 24(6), 791–794. <https://doi.org/10.1037/a0021734>
- Wickrama, K. a. S., O’Neal, C. W., & Lorenz, F. O. (2013). Marital functioning from middle to later years: A life course-stress process framework. *Journal of Family Theory & Review*, 5(1), 15–34. <https://doi.org/10.1111/jftr.12000>
- Wilson Von Voorhis, C. R., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorial in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43–50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., & Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials [published erratum appears in Br J Psychiatry 1992 Jan;160:136]. *The British Journal of Psychiatry*, 159(5), 645–653. <https://doi.org/10.1192/bjp.159.5.645>
- Wright, L. K. (1990). Mental health in older spouses: The dynamic interplay of resources, depression, quality of the marital relationship, and social participation. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 49–70.
- Wrosch, C., Schulz, R., Miller, G. E., Lupien, S., & Dunne, E. (2007). Physical health problems, depressive mood, and cortisol secretion in old age: Buffer effects of health engagement control strategies. *Health Psychology*, 26(3), 341–349. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.3.341>
- Yan, X.-Y., Huang, S.-M., Huang, C.-Q., Wu, W.-H., & Qin, Y. (2011). Marital Status and Risk for Late Life Depression : A Meta-analysis of the published literature. *The Journal of International Medical Research*, 39, 1142–1154. <https://doi.org/10.1177/147323001103900402>
- Yorgason, J. B., Booth, A., & Johnson, D. (2008). Health, disability, and marital quality. Is the association different for younger versus older cohorts ? *Research on Aging*, 30(6), 623–648.
- Zhang, N., Chen, H., & Zou, Y. (2014). A joint model of binary and longitudinal data with non-ignorable missingness, with application to marital stress and late-life major depression in women. *Journal of Applied Statistics*, 41(5), 1028–1039. <https://doi.org/10.1080/02664763.2013.859235>
- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., & Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 59(3), 205–215. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00153-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00153-6)
- Zylstra, R. G., & Steitz, J. A. (2000). Knowledge of late life depression and aging among primary care physicians. *Aging and Mental Health*, 4(1), 30–35. <https://doi.org/10.1080/13607860055946>

