

**Titre: Le devenir d'enfants nés de parents présentant un trouble psychiatrique.**

Auteurs: Julie Jacquart, Alain Malchair, Jean Bertrand

Affiliations:

- Dr Julie Jacquart, Assistante en Psychiatrie infanto-juvénile, Hôpital de Jour Universitaire « La Clé » (Liège) & Centre de Santé Mentale Universitaire Enfants-Parents (Liège).
- Dr Alain Malchair, Centre de Santé Mentale Universitaire Enfants-Parents (Liège).
- Prof Jean Bertrand, Hôpital de Jour Universitaire « La Clé » (Liège).

Tiré-à-part: Dr Julie Jacquart, Hôpital de Jour Universitaire « La Clé », Boulevard de la Constitution 153, 4000 Liège. Tél: +32 4 342 65 96. Email: [Julie.Jacquart@ulg.ac.be](mailto:Julie.Jacquart@ulg.ac.be)

**Titre: Le devenir d'enfants nés de parents présentant un trouble psychiatrique.**

Title: Outcome of children with parents suffering from psychiatric disorders.

Abstract

Children with parents suffering from mental disease are at risk to develop a psychiatric illness. If a genetic loading is present, familial and social factors also play an important role. The impact of parental diseases depends on the age of the child, his development period and personal vulnerability, but also on the type of parental pathology, its disability, duration and outcome under treatment. Familial and social environment is also an important parameter. The present review is dedicated to the outcome of children of parents with different troubles as schizophrenia, depressive and addiction disorders.

Keywords: review, child psychiatry, parental psychiatric disorder, child/parent relationship, psychic development.

## **1. Introduction**

Il est actuellement reconnu que les enfants de parents présentant des troubles psychiatriques font partie d'une population à risque psychiatrique (Cooper et Murray 1998). Cependant les situations rencontrées sont très diverses en raison du poids variable des différents types de facteurs impliqués. Le risque génétique ne peut être mis de côté, même si l'impact des facteurs familiaux et sociaux semble majeur.

Rutter (1986) a proposé divers canaux par lesquels une pathologie mentale parentale peut avoir une influence sur le développement psychoaffectif de l'enfant.

- Effets directs de la pathologie maternelle (ou paternelle ou les deux) sur l'enfant: carences, maltraitances, voire infanticide.
- Effets indirects, de par la plus grande fréquence de troubles psychiatriques chez les partenaires.
- Conflits au sein du couple.
- Détérioration des qualités maternelles et donc des interactions.
- Séparations temporaires ou définitives de la mère, des parents, voire de la globalité de la famille.
- Facteurs génétiques comme mécanismes de transmission des maladies mentales ou d'une susceptibilité particulière aux fragilités psychiques.
- Tératogénicité cognitive et comportementale liée à la prise de psychotropes par la mère durant la grossesse.

Le poids des troubles psychiatriques parentaux est différent selon l'âge, la période de développement, la plus ou moins grande vulnérabilité de l'enfant, mais aussi selon la nature de la pathologie parentale (troubles schizophréniques sévères, troubles psychotiques compatibles avec un fonctionnement mental moins perturbé, troubles thymiques, troubles névrotiques majeurs, alcoolisme, toxicomanie), sa gravité, sa durée et son évolution sous traitement. L'environnement familial et social est également un facteur important: par exemple, la survenue de troubles psychotiques maternels au sein d'une famille structurée, avec un père présent et des conditions sociales, matérielles et financières permettant de faire face à la situation, et l'existence de troubles psychotiques chez une mère seule sans soutien familial et démunie socialement, créent des conditions de vie pour l'enfant extrêmement

différentes, faisant courir des risques psychiatriques mais aussi physiques, voire vitaux, radicalement distincts.

L'intérêt pour ces enfants est aujourd'hui très présent dans la recherche psychiatrique, que celle-ci s'attache à découvrir le fondement des maladies mentales ou à comprendre les facteurs pathogènes qui se répercutent dans le milieu familial et ses relations et à mettre en place des programmes préventifs pour les enfants. Dans ce travail de revue, nous nous attacherons principalement à décrire le devenir d'enfants nés de parents présentant divers troubles psychiatriques tels que la schizophrénie, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les dépendances.

## **2. Poids de la génétique**

Dans la schizophrénie, les résultats des études familiales, de jumeaux et d'adoption ont montré que le risque de développer la maladie est augmenté parmi les membres d'une famille d'un patient schizophrène (McGuffin et al.1994; Kendler 2000). Lorsqu'il s'agit d'un parent du premier degré le risque est 10 fois plus grand. Plusieurs études récentes ont rapporté un taux de concordance chez les jumeaux monozygotes de 41 à 65% et de 0 à 28% chez les dizygotes (Cardno et Gottesman 2000). Dans les troubles bipolaires, les études familiales, de jumeaux et d'adoption réalisées ces vingt dernières années ont démontré l'existence de gènes déterminant une prédisposition à la maladie (Craddock et Jones 1999). Le risque de développer un trouble bipolaire s'élève pour la population générale à 0.5-1.5%, pour un parent du premier degré à 5-10% et pour les jumeaux monozygotes à 40-70% (Jones et al. 2002). De plus, les parents d'un patient bipolaire ont également un risque plus important de développer une dépression unipolaire (risque de 2 à 3 fois plus grand pour un parent du premier degré que pour la population générale) (McGuffin et Katz 1989).

Ces nombreuses études familiales ont permis d'aboutir à un consensus: les maladies psychiatriques ont une hérédité complexe due à l'action de plusieurs gènes interagissant avec des facteurs environnementaux. C'est dans ce contexte que depuis une vingtaine d'années les progrès de la biologie moléculaire ont permis d'identifier certains facteurs de vulnérabilité génétique sous-tendant des maladies psychiatriques fréquentes, des traits de personnalité ou des capacités cognitives. L'identification de ces facteurs devrait avoir un impact considérable

en psychiatrie, à long terme, en améliorant la compréhension des anomalies du fonctionnement cérébral qui sous-tendent les maladies mentales, et en identifiant la manière dont les facteurs environnementaux interagissent avec les facteurs génétiques. Ceci devrait permettre de développer de nouvelles stratégies thérapeutiques mieux ciblées et éventuellement de fournir des outils d'aide au diagnostic. Il ne nous appartient pas dans ce travail d'entrer dans le détail des différents gènes de susceptibilité mis en évidence dans les pathologies psychiatriques. Signalons toutefois que plusieurs de ces gènes ont été décrits tant dans la schizophrénie que dans les troubles bipolaires avec une évidence de plus en plus présente d'un recoupement de la susceptibilité génétique dans ces deux pathologies (Craddock et al. 2005). Finalement, la complexité de ces données génétiques souligne l'hétérogénéité clinique de ces pathologies psychiatriques. Nous ne sommes pas en présence de maladies monogéniques mais bien face à un enchevêtrement de gènes (ou même seulement de loci) de susceptibilité et de polymorphismes de nucléotides dont, pour la plupart, l'expression phénotypique n'est pas clairement démontrée.

Nous retiendrons que les processus pathologiques dépendent de l'action de multiples gènes et il est fort probable que tout individu est porteur de gènes de prédisposition importants pour certaines maladies. Quoiqu'il en soit, la survenue ou non d'une maladie pour laquelle un individu est génétiquement prédisposé dépendra également en partie des risques environnementaux. Les risques sont à la fois aléatoires et subordonnés aux circonstances. Il convient également de souligner que les risques génétiques ne sont pas universels et varient selon les individus et les populations (McGuffin et Rutter 2002).

### **3. Différentes pathologies parentales rencontrées et implications chez l'enfant**

#### 3.1. Les enfants de parents présentant un trouble schizophrénique

##### Principes généraux

La nature de la psychose parentale a une incidence sur les perturbations des enfants. Ainsi il semble que les psychoses où l'enfant est englobé dans les préoccupations pathologiques (hallucinations, séductions, agressions ou délires) provoquent des perturbations importantes chez l'enfant ; en revanche les psychoses parentales, caractérisées surtout par l'autisme et le repliement sur soi, épargnent plus l'enfant (Anthony 1980). Rutter (1986) n'exclut pas que la

présence d'un parent sérieusement malade, en particulier psychotique, puisse avoir une conséquence maturante sur le développement. Mais il estime que les facteurs socio-économiques et socioculturels interviennent de tout leur poids lorsqu'ils sont négatifs.

Anthony (1980) a proposé un catalogue des facteurs de fragilisation qui pèsent sur un enfant du fait de la maladie mentale (ou physique) de l'un de ses parents. Ainsi, la maladie peut être comme une perturbation qui aboutit à une désorganisation grave de la vie familiale ou peut parfois avoir comme conséquences des négligences graves et/ou des sévices à l'égard de l'enfant. L'enfant peut avoir l'impression que cette maladie trouble ses relations amicales et sociales avec ses camarades ou le plus souvent, que ces troubles mentaux constituent pour lui un défi: il est comme chargé de reconstituer la famille grâce à son courage. Il doit en être le sauveur. Ainsi la maladie appelle les réponses que l'auteur classe en trois groupes:

- croissance, autonomisation, différenciation, comme si la maladie avait un effet stimulant
- effondrement
- véritable contagion, surtout lorsque l'enfant reste comme encapsulé dans l'orbite parentale

Winnicott (1961) raconte l'histoire d'Esther qui est le fruit de la liaison d'une mère schizophrène et d'un père bohème. Elevée dans un premier temps par sa mère puis recueillie par une autre famille, Winnicott imagine qu'elle a reçu de sa mère naturelle tous les soins dont on a besoin après la naissance. Il lui semble pourtant qu'étant consulté à l'occasion des vols de la petite fille, il pouvait penser qu'elle traversait une période de confusion non psychotique et due selon lui à la séparation d'avec sa mère. A partir de son expérience et de l'étude de ce cas, Winnicott considère que la psychose parentale ne produit pas de psychose chez l'enfant. De sa manière paradoxale, il conclut ce texte sur un aphorisme célèbre: « La maladie de l'enfant appartient à l'enfant. ».

Bourdier (1973) plaide dans le même sens en décrivant l'hypermaturation de ces enfants: lorsqu'ils ne sont pas le symptôme de la problématique familiale, lorsqu'ils sont élevés par des parents psychotiques, ils sont d'une apparente normalité, surtout lorsqu'ils connaissent l'existence de la maladie des parents. L'enfant a une remarquable capacité à se dégager de la fusion psychotique. Il faut pour que cela se fasse que la structure familiale lui permette de prendre de la distance par rapport aux troubles du parent malade et de s'identifier à des

images substitutives satisfaisantes. On observe dans ces cas des mécanismes d'identification massive qui permettent de parler de précocité, d'autonomie, de suradaptation, d'hypercontrôle. Parmi ces enfants hypermatures, P. Bourdier distingue deux groupes (observés dans 10% des cas):

- le premier est caractérisé par une brillante réussite scolaire et par l'hyperinvestissement de l'intelligence et du langage, sans que soient exclus des effondrements soudains
- dans le deuxième groupe, c'est l'hyperinvestissement des mécanismes de contrôle qui domine: il s'agit d'enfants calmes dont les affects sont limités. Leur scolarité est plus modeste.

Le conformisme peut être compris comme l'investissement défensif de la normalité. L'hyperinvestissement des fonctions du Moi (hypermaturité) est possible tant que les exigences pulsionnelles ne sont pas excessives, mais cet hyperinvestissement menace toujours de s'effondrer en cas de stress ou à l'adolescence.

Bourdier estime que la mère psychotique est autant que les autres capable de ressentir une « préoccupation maternelle primaire »: certaines mères schizophrènes adorent véritablement leur bébé. Aussi sont-elles capables à la fois d'exprimer sur sa personne des surestimations narcissiques merveilleuses et de l'abandonner brusquement, surtout lorsque l'enfant commence à manifester son indépendance. La mère peut alors aller jusqu'à nier son existence.

Goodman et Brumley (1990) ont trouvé que, non seulement les mères schizophrènes seraient moins irritables ou hostiles vis-à-vis de leur enfant que les mères déprimées, mais aussi qu'elles leur offriraient des guides et des règles plus structurés. Ces auteurs suggèrent que la qualité de la parentalité est plus importante que la gravité de l'atteinte psychiatrique. Cet optimisme est cependant à relativiser. Dans leur étude comparant des dyades enfant-mère schizophrène, à des dyades enfant-mère bipolaire ou enfant-mère déprimée, Hipwell et Kumar (1996) ont trouvé que les mères schizophrènes avaient plus de difficultés que les autres: notamment, elles étaient plus souvent célibataires avec des relations sociales de piètre qualité. Dans leur étude, les hospitalisations conjointes étaient plus longues pour les dyades enfant-mère schizophrène avec des interactions troublées même à la sortie de l'hôpital.

### Aspects cliniques

Dès les premiers jours, les interactions entre la mère psychotique et son bébé semblent profondément perturbées. Du côté de la mère l'impossibilité de voir l'enfant réel fait que les besoins propres du bébé ne sont pas reconnus. Du côté du bébé on observe des visages graves avec un regard inquiet, une sorte d'hypervigilance, une motricité contrôlée, peu de conduites d'appel. C'est comme si ces bébés agissaient pour se protéger et protéger leur mère. Il n'y a le plus souvent aucune régularité dans les soins quotidiens qui apparaissent chaotiques, incohérents, inadéquats, répondant plus aux impulsions de la mère qu'aux besoins du bébé. Il est possible que ces interactions précoces très perturbées laissent des traces intériorisées déviantes. **Person-Blennow (1988)** a montré que les interactions étaient toujours pauvres et peu harmonieuses, quel que soit le type de psychose. Les mères sont incertaines et les modalités de leurs contacts, en particulier vocales, sont pauvres. La dyade paraît avoir peu de contacts visuels réciproques.

Lamour (1989) évoque les conclusions suivantes:

- interactions visuelles: évitement du regard chez la mère pouvant s'associer à une hypervigilance visuelle chez l'enfant et/ou produire secondairement l'évitement du regard. Le bébé s'agrippe toujours au regard de l'étranger
- interactions corporelles: la tenue est chaotique ; la mère approche ou éloigne son enfant sans raison ; de son côté, le bébé est en hypertonie ou devient mou. La mère tolère mal ce type de réaction et le bébé finit par réprimer tous ses mouvements
- les interactions vocales sont particulièrement pauvres
- la dimension ludique est absente des interactions

Lamour (1985) indique ainsi trois caractéristiques de ces interactions:

- d'abord le chaos avec des rapprochés intenses et dévorants, suivis de longs moments de mise à distance et d'abandon. Il en résulte un environnement imprévisible qui empêche le bébé d'anticiper les conduites de l'adulte. Il va sans dire que l'établissement des rythmes chronobiologiques s'en trouve gravement affecté
- ensuite l'impossibilité pour la mère d'échapper au poids de l'enfant imaginé. Elle ne retrouve pas dans ce bébé réel celui qui la sauvait, d'où le renforcement de son délire, ce qui l'empêche de donner un sens aux appels du bébé. Les besoins de celui-ci ne comptent

pas pour elle: lorsqu'elle lui donne des soins, ce sont ses besoins personnels qu'elle tente de satisfaire

- la relation entre la mère et le bébé tend à s'inverser: les nourrissons sont d'une extrême vigilance et tentent ainsi de répondre à l'incohérence maternelle. Leur regard est inquiet et grave. Ils doivent apprendre à se consoler seuls. C'est la mère qui apparaît comme le nourrisson de son enfant. Celui-ci doit s'adapter à elle, ce qui a permis de parler d'une « perversion de holding » (David 1981).

Le développement cognitif du bébé est souvent anormal et des troubles de la maturation neurologique sont observés. Ainsi le développement du bébé exprime sa vulnérabilité qui est d'autant plus importante que l'enfant ne vit qu'avec son parent psychotique, comme c'est souvent le cas parce que ces mères sont abandonnées par le procréateur. La psychose maternelle entraînerait donc à la fois des perturbations interactives et des troubles du développement.

Chez l'enfant plus âgé, les manifestations cliniques ne sont habituellement pas spécifiques de la psychose parentale ; on note cependant une surreprésentation de la pathologie dite externalisée: troubles du comportement, instabilité, passage à l'acte, labilité de l'attention, par rapport à une pathologie internalisée (inhibition, phobie). Dans quelques cas les enfants présentent des conduites proches de la psychose parentale. Anthony (1980) décrit ainsi des épisodes « micropsychotiques » de quelques jours ou semaines, de type microschrizoïde, microparanoïde ou hétérophrénique, survenant chez des enfants souvent instables, agités et anxieux.

Citons enfin les quelques cas de « délire induit » ou de « folie à deux »: l'enfant est inclus dans le délire d'un de ses parents. Le thème délirant est toujours à base de persécution.

La corrélation entre les troubles pendant l'enfance et les troubles à l'âge adulte n'est pas stricte.

### La psychose du père

Il faut envisager le cas de familles comportant un père atteint de troubles mentaux chroniques: il ne s'agit généralement pas de pères schizophrènes car ceux-ci n'entretiennent guère de

relations conjugales suivies. L'exemple le plus typique est celui d'un père atteint de troubles d'ordre paranoïaque et présentant des idées délirantes, parmi lesquelles la jalousie pathologique, qui entraînent des difficultés importantes chez les enfants: ceux-ci sont en effet souvent désavoués ; ils peuvent tout juste s'inscrire dans le système rigide qu'organise le délire paternel ; les amitiés sont interdites ; des régimes alimentaires bizarres sont instaurés, d'autres fois, l'enfant est chargé de s'assurer de la fidélité maternelle. Lorsqu'ils veulent échapper au système paternel, les enfants peuvent être maltraités. Dans le cadre de la psychopathologie des pères, les garçons peuvent se conformer à l'idéal du moi de violence et de comportement antisocial, mais les enfants peuvent être aussi les victimes de sévices graves ou d'abus sexuels, puisqu'ils sont la propriété du père et que, parfois, les mères trouvent ainsi une possibilité d'être tranquilles (Lebovici et al 2004).

#### Les parents sont tous deux atteints d'un trouble psychiatrique

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter:

Il peut s'agir d'une mère schizophrène vivant avec un conjoint dont le dévouement explique sa dépression ou est expliqué par sa dépression. Dans de tels cas, l'organisation des conflits classiques de l'enfance est difficile. Toutefois chez le bébé, le père peut être d'un grand secours pour corriger la viciation des interactions dyadiques entre le bébé et sa mère.

Un père paranoïaque vivant avec une femme qu'il terrorise, qu'il menace d'assassiner si elle le quitte: ici la dépression maternelle vient compléter l'évolution de la psychose paternelle. La mère ne peut se consacrer à son bébé. Elle fait entrer les enfants plus âgés dans son système de terreurs.

Citons également la folie à deux.

#### Les facteurs de protection

La connaissance et le renforcement des facteurs de protection sont à la base de la prévention primaire et secondaire des troubles psychotiques. Rutter (1990) propose les approches suivantes:

- diminuer les facteurs de risque ou l'exposition à ces facteurs
- éviter des réactions négatives en chaîne avec un risque de perpétuer des expériences négatives

- renforcer l'estime de soi et la confiance en soi en assurant à l'enfant des relations stables qui le stimulent à accomplir des tâches et à avoir des buts dans la vie

Il se base sur le concept de résilience, c'est-à-dire la recherche des gènes et facteurs de risque environnementaux avec un effet protecteur vis-à-vis de facteurs de risque pour la maladie.

L'approche thérapeutique de la dyade perturbée mère-enfant nécessite une certaine prise de distance entre les protagonistes et un travail d'équipe, l'objectif étant de protéger à la fois la mère et l'enfant, tout en leur permettant de garder le plus de contacts possibles. Dans les situations où la défaillance maternelle est bien marquée, l'action thérapeutique d'une unité de soins de jour pour jeunes enfants, de visites à domicile, parfois d'un placement familial spécialisé et, dans certaines périodes, de l'hospitalisation mère-enfant, peut être nécessaire.

Il faut également signaler la fréquence de l'opposition entre les services psychiatriques qui s'occupent des parents et ceux qui s'occupent des enfants: les premiers veulent exalter la préoccupation maternelle d'une mère schizophrène. Les services qui s'occupent du bébé mettent en avant des dangers que celui-ci va courir s'il reste dans sa famille.

### 3.2. Les enfants de parents présentant un trouble de l'humeur

#### Généralités

De la diversité des études épidémiologiques se dégage une constante: les enfants de parents déprimés sont une population à risque psychiatrique. En revanche la nature et l'importance de ce risque sont variables avec des difficultés très variées décrites (troubles du développement cognitif, troubles du comportement, troubles de l'adaptation, difficultés scolaires et/ou difficultés d'apprentissage, ...). On comprend que les conséquences de la dépression parentale sur l'enfant dépendent d'un très grand nombre de paramètres tels que:

- père et/ou mère malade
- durée de la dépression
- gravité de la dépression
- âge de l'enfant au moment de la dépression du parent
- durée d'exposition de l'enfant à cette dépression

- conséquences éventuelles pour l'enfant sous forme de séparation, placement
- présence et/ou qualité des substituts,
- ...

En dehors de la génétique, de nombreux facteurs familiaux sont susceptibles de contribuer à l'augmentation du risque d'un trouble chez les enfants d'une personne souffrant d'un trouble de l'humeur. En effet, le trouble d'un parent affecte en général l'environnement familial qui entoure le malade (Preisig et Merlo 2001). Par exemple, les symptômes dépressifs affectent souvent la vie relationnelle d'un individu par une diminution des intérêts ou de l'énergie, une augmentation de l'irritabilité et un repli sur soi. Si un parent est atteint d'un trouble psychiatrique, la relation parent-enfant est particulièrement susceptible de souffrir car une telle relation demande au parent beaucoup d'énergie, d'attention, de patience ainsi qu'une attitude stable envers l'enfant (Hill 1996). Une étude prospective récente (Pilowsky et al. 2006) a montré que la dépression parentale est fréquemment associée à des conflits familiaux et représente un facteur de risque de troubles dépressifs et anxieux chez les enfants. Dans ce travail réalisé sur un suivi de vingt ans, les conflits familiaux sont également décrits comme un facteur de risque de pathologies dépressives et d'abus de substances chez les enfants de parents non déprimés.

### Troubles de l'humeur du post-partum

Au cours du post-partum, les troubles de l'humeur représentent 80% des troubles psychiatriques, qu'ils soient de nature dépressive, dysthymique ou maniaque. Ils surviennent généralement lors des tout premiers mois de vie de l'enfant, en coïncidence avec la période de préoccupation maternelle primaire décrite par Winnicott (Sutter-Dallay 2002).

Lors des premiers jours qui suivent l'accouchement, les nouvelles mères sont confrontées à des changements somatiques, affectifs et cognitifs. Les mécanismes d'adaptation activés à ce moment peuvent parfois donner des tableaux rappelant une symptomatologie dépressive (fatigue, anxiété, émotivité, troubles du sommeil,...). Cet état est de brève durée et de faible intensité.

### *Le post-partum blues*

Lorsque la symptomatologie est plus bruyante et qu'apparaissent des crises de larmes et une labilité émotionnelle plus importante, on parle de « post-partum blues ». C'est une entité clinique difficile à définir, car très proche des changements normaux évoqués plus haut, et qui touche selon les études entre 30 et 80% des récentes accouchées durant les dix premiers jours après l'accouchement. On considère actuellement que le « blues » n'est pas pathologique mais que son intensité est un facteur de risque de dépression postnatale (Hannah et al. 1992). On a également décrit les mêmes troubles chez les pères.

### *La dépression du post-partum*

Elle est toujours pathologique et survient dans environ 13% des cas, classiquement dans les quatre à six semaines après l'accouchement. Les patientes peuvent guérir spontanément en quelques mois, mais la maladie peut aussi évoluer à bas bruit pendant plusieurs années. La dépression postnatale est une pathologie dépressive dite « atypique »: les symptômes sont d'intensité modérée et les idéations suicidaires sont très rares. L'humeur est labile, plus altérée en soirée. En plus de la tristesse, des troubles de la concentration et du sommeil, et du reste du cortège symptomatique habituel d'une dépression, ce sont des symptômes tels que l'anxiété, l'irritabilité, et des plaintes somatiques inhabituelles qui dominent le tableau (Cox 1989).

Si sur le plan sémiologique la dépression du post-partum ne se différencie pas radicalement des dépressions classiques, les thèmes dépressifs exprimés dans le discours de la mère sont particuliers, souvent centrés sur l'enfant. Ainsi, à l'inverse du post-partum blues qui est peu mentalisé, il existe dans la dépression du post-partum un fantasme de disqualification parentale majeur, conscient mais souvent caché: la mère craint d'être incapable de s'occuper de son bébé, elle ressent des sentiments d'incompétence mêlés à une culpabilité et à une honte importantes. Des phobies d'impulsions ne sont pas rares et participent à la délégation des soins de l'enfant à l'entourage, qu'il soit familial ou médical, la mère évitant tout contact avec son enfant.

Il arrive que ce trouble soit méconnu de l'entourage pour lequel l'arrivée d'un enfant ne peut être qu'un heureux évènement. Il peut aussi être masqué, camouflé derrière des défenses de type opératoire ou de type hypomaniaque et l'entourage peut être admiratif de cette énergie.

Ces défenses augmentent les contacts mère-bébé mais ceux-ci semblent alors moins souples et chaleureux.

La dépression du post-partum entraîne chez l'enfant une carence maternelle d'ordre qualitatif, c'est-à-dire que la mère est bien présente physiquement mais elle n'est pas accessible affectivement.

Les facteurs de risque de dépression postnatale sont les antécédents personnels et familiaux de dépression, postnatale ou autre, l'existence d'un épisode dépressif gravidique, une attitude ambivalente vis-à-vis de la grossesse, les antécédents de fausse-couche, d'accouchement prématuré ou d'IVG. Les facteurs psychosociaux sont également importants: avoir à s'occuper d'enfants en bas âge, avoir des problèmes financiers, l'existence d'évènements de vie négatifs (deuil, problème de travail,...), avoir peu de temps pour s'occuper de soi. Des facteurs internes tels qu'une mauvaise estime de soi, un niveau élevé de conflit travail/famille, un décès ou une séparation de la mère avant l'âge de 10 ans et, enfin, des facteurs relationnels de type mauvaise qualité de la relation conjugale ou de la relation avec la mère ou, encore, un mauvais soutien social sont également retenus comme facteurs de risque (O'Hara et Swain 1996, Sutter-Dallay 2002).

#### *Les épisodes psychotiques du post-partum*

Ils sont rares (un pour mille accouchements) et surviennent en règle générale tôt après l'accouchement. Ils correspondent à une pathologie d'évolution favorable, cliniquement bien différenciée, au sujet de laquelle on souligne les effets bénéfiques du maintien du bébé avec sa mère lorsque cela est possible (Racamier 1978). Ils comprennent, d'une part, les accès mélancoliques, maniaques ou délirants aigus francs et classiques et d'autre part, des troubles dissociatifs décrits sous le terme de psychoses puerpérales. Ces dernières sont brutales et polymorphes. Les thèmes délirants consistent parfois en un déni de la maternité, de l'accouchement avec différents degrés de dépersonnalisation, mais ils concernent le plus souvent l'enfant avec déni de filiation, certitude qu'un échange a été effectué, que le sexe était différent,... Le risque de passage à l'acte avec infanticide et/ou suicide est réel. Ces troubles peuvent également survenir en cas d'adoption ou chez le père. Les récurrences lors des autres grossesses sont fréquentes et la prise en charge conjointe mère et bébé est primordiale. La

séparation qui était à l'époque considérée nécessaire a conduit à des résultats désastreux pour la mère et son enfant ; d'où la création de services d'hospitalisations simultanées.

### Les interactions parent déprimé-enfant

Field et al. (1990) ont montré que les mères déprimées vocalisent moins, passent moins de temps à regarder leur enfant et à le toucher que les mères non déprimées. La vision subjective qu'elles ont de leur enfant est distordue. Ainsi Kumar et Robson (1984) ont montré que les mères déprimées d'enfants de 3 mois tenaient des propos plus critiques et négatifs à propos de leur enfant. Sur le plan de la communication verbale, elles donnent moins d'explications posent moins de questions et proposent moins de solutions que les non déprimées. Elles sont également moins à même de réagir aux signaux que leur adresse leur enfant, montrent plus de moments où elles ignorent leur demande et sont plus lentes dans leur réponse.

L'indisponibilité émotionnelle de la mère l'empêche d'éprouver du plaisir à mater et gêne l'accompagnement de l'autonomisation de son enfant, notamment par une perturbation des phénomènes d'accordage affectif (Stern 1983), et par un déséquilibre des fonctions maternelles habituelles, tantôt pare-excitatrices et protectrices, tantôt frustratrices et stimulantes.

Tronick **et al.** (1978) ont travaillé sur l'impassibilité du visage maternel (Still-face). Ces auteurs demandent à des mères de garder un visage impassible dépourvu d'expression pendant trois minutes, en restant assises face à leur bébé. Dans cette situation des nourrissons de deux mois tentent d'abord d'induire une interaction avec le visage maternel puis devant l'échec adopte une attitude de repliement, de désespoir avec un visage dont l'expression semble affaissée et fermée. En revanche, les nourrissons de cinq mois après avoir essayé d'induire une interaction, se mettent à rire et à faire des sortes de pitreries qui très souvent déclenchent le rire des mères, interrompant l'expérience. A partir de cette expérience princeps, de nombreux travaux ont montré combien la pauvreté mimique du visage de l'adulte pouvait représenter pour le nourrisson une sorte de lacune autour de laquelle il risque de s'organiser (ou de se désorganiser) (Tronick et Field 1986). Pour Lebovici (1983), le bébé est ici confronté à un message paradoxal: d'un côté, sa mère lui indique par sa présence son intention d'interagir avec lui, et d'un autre côté, son mutisme contredit ce premier message. Cette expérience pointe le rôle actif joué par le nourrisson dans l'interaction. Cependant, cette

participation active ne peut se soutenir que de la réponse réciproque de la mère comme le montre l'effet désorganisant de l'expérience sur le nourrisson.

Cohn **et al.** (1986) ont pu montrer qu'il existe différents styles interactifs chez les mères déprimées. Certaines s'engagent peu dans la relation et restent volontiers apathiques devant leur enfant. Les autres sont plus dynamiques mais présentent souvent une irritabilité et peuvent devenir intrusives. Enfin certaines peuvent tout de même avoir des relations satisfaisantes avec leur enfant. Cet auteur a montré que le manque d'engagement dans l'interaction est plus pénible à supporter pour l'enfant que les attitudes intrusives.

Tronick et Weinberg (1998) estiment que la transmission de la dépression maternelle se fait par la mise en cause « du modèle interne de régulation ». L'autorégulation existe chez les bébés ; elle leur permet d'échapper à différents stress, qu'ils soient d'origine interne ou externe. Mais dans cette autorégulation la mère intervient aussi: par exemple, lorsqu'un bébé sourit, il indique à la mère qu'elle peut continuer ses occupations. S'il grogne, fronce les sourcils, il veut dire qu'elle doit en changer. La mère doit donc s'engager par des réponses aux engagements de l'enfant: le système de régulation est dyadique. Lorsque la mère est déprimée, les interactions avec elle font que l'enfant n'est pas compris: le bébé développera une représentation inefficace de lui-même et considérera sa mère comme non fiable. Ainsi les troubles affectifs des enfants de mères déprimées ne sont pas le résultat de l'effet de miroir ou de l'imitation de la mère, mais plutôt d'une augmentation des exigences qu'ils ont à leur propre égard, en ce qui concerne leur système de régulation. Différentes recherches ont montré que la dépression maternelle prédispose le bébé à une véritable dépression chronique dont les séparations précoces d'avec la mère fournissent le modèle (Field 1986).

L'influence des caractéristiques du nouveau-né et du nourrisson sur l'apparition d'une dépression postnatale maternelle a été également étudiée. Ainsi Field **et al.** (1988) a pu montrer que les enfants de mères déprimées ont également « un style interactif dépressif ». Lorsque ces enfants sont mis en présence d'adultes étrangers non déprimés, ils induisent chez ces derniers des réactions de désengagement de la relation mettant en place un cercle vicieux dans la dynamique de l'interaction. Murray **et al.** (1996) trouve que l'existence de troubles du comportement moteur associés à une irritabilité chez le nourrisson durant le premier mois de vie entraîne une augmentation du risque de développer une dépression postnatale. Field (1997) va même jusqu'à définir un profil neurobiologique et comportemental des nouveau-nés

dont l'attitude aurait un impact négatif sur les interactions mère-enfant, indépendamment de la dépression de la mère en elle-même. Il s'agit du test de Brazelton (avec moins d'attitudes d'orientation, plus d'attitudes dépressives et de stress, plus de périodes de sommeil indéterminées, un tonus vagal faible, une hyperactivité frontale droite à l'EEG et des niveaux élevés de norépinéphrine).

### Conséquences de la dépression maternelle sur le développement des enfants

Les conséquences de la dépression du post-partum de la mère sur l'enfant ne sont pas limitées à la première enfance, mais elles peuvent toucher les tout-petits, les enfants d'âge préscolaire et même ceux d'âge scolaire. De nombreux auteurs (dont Golse 1993) pointant les conséquences psychologiques chez l'enfant des dépressions parentales du post-partum constatent d'abord une grande fréquence des troubles thymiques (dépression froide du nourrisson, syndrome du comportement vide de l'enfant) ou des troubles apparentés (hyperactivité, troubles psychosomatiques, du sommeil, de l'alimentation, de la croissance...). Le nourrisson d'une mère dépressive risque de développer un attachement « insecure » et des comportements d'attention et d'éveil désorientés (Campbell et Cohn 1991). Viennent ensuite les troubles de l'apprentissage, avec une moindre vivacité des conduites exploratives, les troubles des fonctions cognitives, conduisant parfois à des difficultés scolaires importantes. Ces enfants déprimés ont entre deux et cinq fois plus de risque de présenter des troubles du comportement que les enfants de parents non déprimés (Weissman 1984, Cummings et Davies 1994, Murray **et al.** 1996).

Les tout-petits et les enfants d'âge préscolaire de mères dépressives risquent de développer une mauvaise maîtrise de soi, des troubles d'internalisation et d'externalisation ainsi que des troubles de fonctionnement cognitif et d'interactions sociales avec leurs parents et leurs pairs.

Une dépression qui se manifeste plus tard influe sur le développement de l'enfant d'âge scolaire et de l'adolescent. Ceux-ci sont vulnérables à une altération fonctionnelle de l'adaptation, aux troubles des conduites, troubles affectifs et aux troubles anxieux. Ils sont également vulnérables aux troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité et aux troubles d'apprentissage.

→ *Insérer Tableau*

### Les facteurs de risque, la vulnérabilité et la résilience

De nombreuses études soulignent que certains enfants dont s'occupent des personnes dépressives n'affichent pas de dysfonction comportementale et que certains facteurs exacerbent ou modèrent peut-être les effets de la dépression parentale (Cicchetti et Toth 1998a).

Parmi les facteurs de risque contextuels, les conflits conjugaux, les événements stressants de la vie, un soutien social limité, la pauvreté, et une scolarisation maternelle plus limitée sont des facteurs susceptibles d'exacerber la dépression parentale. Dans une étude auprès de 156 tout-petits (y compris 104 dont la mère souffrait d'une dépression profonde depuis la naissance de l'enfant), les auteurs ont démontré que les facteurs de risque contextuels contribuent à la relation entre la dépression maternelle et les troubles de comportement de l'enfant (Cicchetti et al. 1998b).

Le rôle des pères et de la détresse paternelle sur le développement de l'enfant n'est pas assez étudié, et l'emphase continue d'être accordée aux mères, peut-être parce qu'en général, la mère demeure la principale personne à s'occuper du nourrisson. Cependant, dans leur étude auprès de nourrissons de trois à six mois, des auteurs ont démontré que les nourrissons de mère dépressive interagissaient mieux avec leur père non dépressif, qui pouvait « amortir » les effets de la dépression de la mère sur le comportement d'interaction du nourrisson (Hossain et al. 1994).

Certaines études décrivent des différences selon les sexes (Hay et al. 2001), les garçons étant plus vulnérables et perturbés par la dépression maternelle que les filles. Le tempérament de l'enfant contribue également aux processus interpersonnels de dépression parentale. Il est démontré que les mères dépressives ont une évaluation plus négative des comportements de leur enfant, ont moins confiance en leur efficacité parentale et font plus souvent appel à des techniques parentales inadaptées (Gross et al. 1994). Un enfant au tempérament plus robuste et plus facile sera plus imperméable au comportement négatif de sa mère dépressive et ne réagira pas par un schéma réciproque de négativité. Il existe d'autres sources de résilience chez l'enfant, dont les aptitudes sociales et cognitives qui les aident à recevoir une attention positive d'autres adultes que leurs parents dépressifs et qui contribuent à réduire le sentiment d'incompétence et de rejet de leur parent dépressif. Pour que l'enfant puisse développer une

résilience, il semble très important que celui-ci comprenne la maladie du parent et qu'il n'est pas responsable du comportement du parent relié à sa maladie.

Comprise comme un appauvrissement des interactions mère-enfant, la dépression maternelle n'entraîne pas de façon systématique et linéaire une pathologie dépressive chez l'enfant, cependant elle peut donner naissance à un manque interactif dont on peut penser qu'il sera susceptible ultérieurement de créer chez l'enfant une susceptibilité particulière à tous les événements impliquant une perte. Elle doit donc être repérée dans ses manifestations discrètes et contradictoires et elle doit être traitée. Les interactions doivent être étudiées et, comme cela paraît possible, améliorées par des consultations thérapeutiques. Murray **et al.** (1999) montrent que les enfants dont les mères déprimées sont traitées rapidement présentent une amélioration dans leurs difficultés relationnelles avec leur mère et que la qualité de l'attachement à la mère est meilleure si celle-ci est guérie 4 mois après la naissance. Dans cette étude, les auteurs ont comparé des mères déprimées soignées dès la sixième semaine de post-partum soit par des entretiens de guidance simples, soit par des psychothérapies d'inspiration analytique, soit par des thérapies cognitivocomportementales. Ces trois types de traitement permettent une amélioration rapide et significative des mères. Chez les enfants de ces mères déprimées, certains symptômes tels les troubles du sommeil, de l'alimentation ou les pleurs ne sont pas améliorés par les prises en charge précoces. De même, la qualité des interactions entre la mère et son enfant n'est pas améliorée par le traitement de la dépression de la mère, alors qu'elle peut l'être par l'amélioration de la qualité du soutien conjugal. En revanche, on note une influence positive sur la demande d'attention, les capacités à gérer les séparations, le jeu, la tendance à un attachement « secure » et la qualité globale de la relation. Pour cette dernière, les thérapies cognitivocomportementales semblent d'efficacité supérieure à celle des entretiens de guidance et des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Seule une analyse très fine de la pathologie mais également du milieu socio-familial et des particularités de chaque dyade mère-enfant est nécessaire pour définir le mode de traitement adapté à chaque cas (Sutter-Dallay 2002).

#### Les enfants dont un parent est atteint de maniaco-dépression

Il faut prendre en compte aussi bien le poids génétique que les modifications de la qualité des échanges intrafamiliaux dans la mesure où la grande majorité des enfants vivent dans leur milieu naturel (Hammen **et al.** 1990).

En dehors de l'impact de symptômes particulièrement dérangeants tels que idées suicidaires et autres comportements à haut risque, l'épisodicité d'un trouble de l'humeur et notamment les transitions rapides entre la manie et la dépression sont problématiques pour un enfant qui se voit forcé d'adapter constamment son comportement en fonction de l'état imprévisible du parent. De plus, les séparations répétitives du parent, suite aux hospitalisations, représentent des événements de vie stressants pour l'enfant. Les enfants d'un parent bipolaire sont plus souvent confrontés à des ruptures familiales étant donné le risque élevé de séparations et de divorces chez les personnes souffrant d'un tel trouble (Weissman et al. 1991). Il existe chez ces familles un effort important pour écarter tout sentiment d'abandon, de chagrin, de colère ou même d'affection. Les communications sur ces sujets au sein de la famille sont très rares et difficiles. Leurs membres sont dans des rapports d'impuissance, de délaissement et de dépendance dans leurs relations intimes et ont tendance à rester isolés, excluant quiconque n'appartient pas à leur famille, pensant se suffire à eux-mêmes. Il existe un déplacement sur leurs enfants de leur faible estime d'eux-mêmes. Ces aspects renforcent l'isolement de ces familles et influent sur les qualités éducatives de ces parents dont les personnalités particulières sont présentes même en dehors des épisodes thymiques. Les conjoints présentent souvent des dépressions chroniques.

Les enfants soumis aux variations d'humeur de l'un et de l'autre sont privés d'une source mobilisable et fiable de soins. Lors de la *Strange Situation* d'Ainsworth [et al.](#) (1978, le bébé est en présence de sa mère, puis une autre personne entre et la mère s'en va: l'enfant montre des signes d'inquiétude, d'alarme, dont la nature montre son type d'attachement –secure ou insecure évitant, ambivalent ou désorganisé-), ces enfants montrent une moindre prise de conscience de la disparition de la mère et semblent plus s'en détourner lors de son retour. Ces données suggèrent que ces enfants apprennent très tôt à réprimer leurs émotions, tant de tristesse que de déception, d'anxiété ou de colère. Une étude récente a examiné la prévalence de troubles psychiatriques dans un large échantillon d'enfants de parents atteints d'un trouble bipolaire. Les conclusions démontrent que ces enfants présentent un plus grand risque de développer une grande diversité de troubles psychiatriques tels que des troubles dépressifs, anxiété de séparation, phobie sociale, ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder), toxicomanie, etc. (Henin et al. 2005). La pathologie bipolaire récurrente a des effets significatifs à long terme sur l'adaptation psychosociale des enfants (Mayo [et al.](#) 1979).

### 3.3 Conséquences des troubles anxieux maternels survenant pendant la grossesse et/ou le post-partum

Différentes études montrent qu'un niveau élevé d'anxiété et de stress chez la femme enceinte a une influence négative sur le développement du fœtus. Une étude récente a montré qu'un niveau élevé d'anxiété et de stress entre les 12<sup>ème</sup> et 22<sup>ème</sup> semaines de grossesse est associé à un risque accru de développement ultérieur de symptômes ADHD chez l'enfant. Les problèmes d'autorégulation résulteraient d'une modification subtile au niveau du développement cérébral du fœtus. C'est entre les 12<sup>ème</sup> et 22<sup>ème</sup> semaines de grossesse que se développe la majeure partie des neurones cérébraux et qu'ils occupent une place et une fonction spécifiques. Ce ne serait qu'au cours de cette période critique de la grossesse que l'anxiété aurait des conséquences sur le comportement ultérieur de l'enfant (Van Den Bergh et al. 2006).

#### *Les troubles anxieux généralisés*

Les conséquences de ces troubles sont variées. Dans un éditorial, Glover (1997) rappelle que les stress maternels anténataux sont fréquemment liés à des complications obstétricales: plus de prématurité, des bébés de plus petits poids et périmètres crâniens, ayant des scores plus bas aux examens neurologiques néonataux (Lou et al. 1994). Les mécanismes mis en cause par l'auteur seraient des anomalies de l'axe adréno-hypothalamo-hypophysaire.

#### *Les troubles paniques*

Il se dégage des études relevées par Shear et Mammen (1995) que la grossesse joue un rôle de mise à distance des crises de panique qui réapparaissent, parfois même plus intenses et plus fréquentes, au cours des trois premiers mois du post-partum. Les troubles paniques surviennent parfois pour la première fois au cours de cette période. Des troubles dépressifs associés à des troubles paniques ou à une agoraphobie chez les parents confèrent un plus grand risque de dépression et de troubles anxieux chez l'enfant âgé de 6 à 17 ans. Un trouble panique chez un parent est un facteur de risque important d'anxiété de séparation chez l'enfant (Weissman et al. 1984).

#### *Les troubles obsessionnels et compulsifs*

Shear et Mammen (1995) rappellent les études réalisées par Pollitt (1957) et Ingram (1961) puis plus tard par Buttolph et Holland (1990) dans lesquelles la grossesse et la naissance d'un enfant ont été décrites comme des facteurs précipitants de ces troubles. Une explication avancée est la croissance rapide des taux d'oestrogènes ayant un impact sur la fonction sérotoninergique cérébrale. Les craintes retrouvées concernent l'enfant avec des phobies d'impulsion, des craintes de lui faire du mal, de le blesser. Ces craintes conduisent à un évitement du bébé par sa mère causant une interruption de leur relation.

Shear et Mammen concluent que les troubles anxieux, pris dans leur globalité, sont plus fréquents, et parfois plus sévères, pendant le post-partum, lequel semble être à considérer comme une période à risque.

### 3.4 Syndrome de Münchhausen par procuration

Il s'agit d'une forme particulière mais non exceptionnelle de maltraitance. Décrit par le pédiatre Meadow en 1977, son diagnostic repose sur quatre critères comprenant la survenue chez un enfant d'une maladie simulée et/ou produite par un parent, des demandes insistantes du parent auprès de médecins pour examiner et soigner l'enfant (conduisant à des procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples), un déni de la reconnaissance de la cause de la maladie par le parent responsable et enfin une disparition des symptômes quand l'enfant est séparé du parent responsable.

Ces symptômes protéiformes sont ingénieusement inventés ou falsifiés ou fabriqués au point d'entraîner la conviction des médecins: par exemple, une falsification des prélèvements sanguins ou urinaires par adjonction de sel, sucre, albumine et toxiques divers; des hémorragies factices (par adjonction de sang animal dans les prélèvements ou encore par des colorants) ou hémorragies vraies, induites (par l'administration d'anticoagulants); une hypoglycémie (par injection d'insuline); des troubles digestifs par l'administration dissimulée de substances émétisantes, etc. Le parent responsable paraît toujours prompt à collaborer avec l'équipe soignante, mais en apparence seulement, avec la fuite au moindre soupçon.

On voit tous les degrés dans la gravité de la situation. Le taux de mortalité est estimé de 7 à 9% dans ces syndromes de Münchhausen par procuration.

### 3.5 Enfants de parents alcooliques et/ou toxicomanes

Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives apparaissent comme un véritable problème de santé publique. L'exposition des enfants à ces substances, que ce soit directement ou indirectement, entraîne des conséquences non seulement sur le plan somatique mais également comportementales, psychopathologiques et relationnelles ainsi que des altérations dans les apprentissages (Chouly De Lenclave et al. 2002).

#### Alcoolisme maternel

Cette problématique est souvent majorée par l'association à d'autres intoxications (tabagisme, toxicomanies), à l'alcoolisme paternel, et à des difficultés socio-économiques. Le bébé est soumis à l'intoxication dès la grossesse, car l'alcool traverse facilement le placenta et d'autant plus que le foie fœtal a de faibles capacités de catabolisation de l'alcool. La période de vulnérabilité maximale se situe au premier trimestre de la grossesse. L'alcoolisation transitoire semble avoir des conséquences plus importantes à doses égales qu'une alcoolisation quotidienne.

Le syndrome alcoolique fœtal (SAF), surviendrait chez environ 2% des enfants exposés à l'alcool in utero, mais des formes mineures seraient décrites chez 30 à 40% des enfants. Il comprend un retard de croissance avant puis après la naissance, des troubles du système nerveux central (hypotonie, troubles de la coordination) des anomalies cranio-faciales et diverses anomalies physiques associées (système cardiovasculaire, uro-génital,...). Il est difficile de préciser à partir de quelle dose d'alcool le risque existe. Ce risque augmente avec l'importance de la consommation d'alcool.

Dès la naissance, qu'il y ait un SAF ou non, le syndrome d'imprégnation alcoolique se manifeste par un état d'abattement et de torpeur. Des anomalies telles qu'un syndrome de sevrage (réalisé par la section du cordon ombilical) avec trémulations, mauvaise succion et irritabilité peuvent apparaître. Ces troubles du comportement tendent à diminuer la qualité des interactions mère-bébé, d'autant que les mères poursuivent souvent leur intoxication après la naissance (cercle vicieux altérant les interactions). Le comportement maternel peut osciller entre la négligence et la surévaluation des besoins propres de l'enfant.

Le traitement comporte un traitement de l'alcoolisme maternel et des intoxications éventuellement associées. Il est particulièrement souhaitable que la mère parvienne à interrompre son intoxication pendant la grossesse. Un travail psychothérapeutique mère-nourrisson, associant écoute empathique et guidance par rapport au bébé, constitue un élément essentiel de la prise en charge. Un abord psychothérapeutique du couple parental ou de la famille peut être utile, en raison de l'intrication de l'alcoolisme maternel avec la vie conjugale et familiale et de la fréquence de l'alcoolisme du père.

A l'âge d'un an, un plus grand pourcentage de nourrissons de mères alcooliques présente lors de la « strange situation » une insécurité dans leur comportement d'attachement. Pour l'enfant plus âgé, les antécédents d'alcoolisme maternel pendant la grossesse constituent un facteur de risque d'instabilité psychomotrice, de diminution des capacités d'attention, de diminution du quotient intellectuel, et des troubles comportementaux et relationnels.

Weinberg (1996) propose de tenir compte des conditions prénatales telles que l'exposition à l'alcool, l'exposition à d'autres substances, la malnutrition maternelle, les défauts de soins, le suivi de la grossesse, le nombre de grossesses antérieures et enfin le sexe et la race. Selon lui, tous ces facteurs peuvent potentialiser les effets de l'alcoolisation prénatale. Les facteurs génétiques jouant un rôle dans le développement des enfants sont également à prendre en compte. En effet, les facteurs génétiques hérités de chacun des parents peuvent contribuer à la susceptibilité du fœtus aux effets de l'alcoolisation in utero et l'alcoolisme parental peut entraîner des altérations du matériel génétique hérité (ainsi certains des effets attribués à l'alcoolisme maternel pourraient être liés à l'alcoolisme paternel avant la conception). Weinberg considère également les conditions environnementales postnatales telles que l'instabilité socio-économique, l'instabilité affective et les troubles de l'attachement présentés par les enfants, la violence intrafamiliale, les hospitalisations des enfants, les affections traumatiques et toxiques des enfants ainsi que l'exposition précoce de ces enfants à diverses substances (sédatifs, tabac,...).

Lieberman (1998) met en avant le fait que les enfants de parents alcooliques auraient 10 fois plus de risque de développer un abus ou une dépendance à l'alcool par rapport aux enfants de parents non alcooliques. Il dégage un certain nombre de facteurs de risque: outre la vulnérabilité génétique, les troubles psychopathologiques et les facteurs environnementaux, il

met en évidence quelques particularités chez ces enfants. En effet, ils présenteraient un plus bas niveau de réponse à l'effet toxique de l'alcool, avec une tolérance plus importante, cette dernière interférant avec les mécanismes de régulation qui tendent à diminuer les consommations. De plus ces enfants auraient un plus haut niveau de réponse à l'effet récompensant et anxiolytique de l'alcool. Lieberman rapporte également que les enfants de parents alcooliques sont plus sensibles, après une intoxication aiguë, à la symptomatologie dite de la « gueule de bois » qui serait exacerbée et ressentie comme des signes de sevrage entraînant ainsi des stratégies de lutte et le renouvellement de l'ingestion d'alcool.

### Toxicomanies

Il s'agit de populations pour lesquelles la grossesse est souvent diagnostiquée tardivement (déli ou méconnaissance), les consommations de produits sont niées ou cachées et la compliance du suivi médical et obstétrical est anarchique.

Les nourrissons nés de mères dépendantes aux opiacés (héroïne, méthadone) présentent fréquemment un retard de croissance intra-utérin, sont souvent prématurés, et des symptômes de sevrage in utero sont typiquement observés. La tératogénicité retrouvée chez les nouveau-nés de mères héroïnomanes résulte le plus souvent de co-intoxication par la cocaïne et/ou l'alcool. Le syndrome de sevrage néonatal est une complication fréquente de la consommation d'opiacés au cours de la grossesse. Il survient si la mère poursuit son intoxication jusqu'à la naissance mais il est absent si elle a cessé ses consommations une semaine avant l'accouchement. Les premiers symptômes apparaissent dans les deux à trois premiers jours qui suivent l'accouchement. Le tableau clinique regroupe un ensemble de signes neuropsychiques, digestifs et sympathiques: agitation, pleurs, tremblements, trémulations, insomnies, hypertonie, hyperréflexivité, hyperactivité motrice, diarrhées et vomissements, éternuements, rhinorrhée, fièvre. En cas de traitement par méthadone au cours de la grossesse, le syndrome de sevrage est d'apparition plus tardive et de durée plus prolongée. Certains symptômes peuvent persister pendant les quatre premiers mois de la vie (troubles du sommeil et de l'alimentation, hypertonie, agitation, pleurs).

La cocaïne, par son action sur le système adrénergique, entraîne des complications aussi bien obstétricales que fœtales (accouchements prématurés, fausses couches, ruptures utérines, hématomes rétroplacentaires, hypoxies fœtales, retards de croissance, malformations

neurologiques, digestives, cardiaques,...). On retrouve également un syndrome de sevrage néonatal chez les nouveau-nés exposés in utero à la cocaïne. S'il est moins fréquent et moins sévère que celui lié à l'héroïne, les symptômes en sont cependant similaires.

Comme dans l'alcoolisme, on observe le cercle vicieux affectant les interactions mère-nourrisson, car les difficultés propres aux nourrissons se combinent aux difficultés maternelles notamment la dépression, la tendance à répéter leurs propres carences affectives précoces, les difficultés conjugales et socio-économiques. La problématique narcissique de ces mères ou de ces couples peut être très envahissante. L'enfant peut représenter à la fois un enfant réparateur, un enfant pour repartir à zéro. Il apparaît que la grossesse se passe souvent mieux que la suite. Il ne faut cependant pas oublier combien ces grossesses peuvent être chargées de culpabilité.

A moyen et à long terme, l'évolution de l'enfant est beaucoup moins liée à l'exposition in utero au toxique qu'au contexte psychosocial de son développement ainsi qu'aux difficultés et troubles psychologiques de la mère et du père et à leur investissement pour leur bébé. Lejeune (1997) recense un certain nombre de facteurs négatifs environnementaux: violence intrafamiliale et de quartier, maltraitance, délinquance des parents, précarité sociale, absentéisme des parents, décès d'un parent, ruptures familiales.

Le taux de séparation de l'enfant de son milieu familial est élevé dans cette population. Cette séparation est soit précoce, du fait des complications médicales néonatales, soit secondaire pour des raisons socio-judiciaires (négligence, mauvais traitements, infractions à la législation des stupéfiants et incarcérations) ou à la demande d'un parent. Certains auteurs ont dégagé les principaux facteurs environnementaux corrélés au placement de l'enfant:

- l'ancienneté de la toxicomanie, la poursuite des consommations jusqu'à l'accouchement, l'âge avancé de la mère, la prise de produits illicites malgré le traitement de substitution, l'intoxication alcoolique associée
- l'absence de suivi ou un suivi chaotique de la grossesse, l'absence de visite des parents au nouveau-né hospitalisé en service de néonatalogie
- une situation sociale précaire, l'absence de domicile fixe
- des antécédents de placement ou d'abandon des enfants précédents
- des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance de la mère

Les enfants de parents toxicomanes sont particulièrement à risque de développer des troubles psychopathologiques tels que des troubles externalisés (trouble des conduites, trouble oppositionnel, trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention) ou des troubles internalisés (troubles de l'humeur ou troubles anxieux). Les troubles externalisés seraient plus fréquemment retrouvés chez enfants de parents toxicomanes que chez les enfants de parents alcooliques. Ils surviendraient plus fréquemment chez les garçons avec une corrélation à la dépendance paternelle, tandis que les troubles internalisés seraient liés à la dépendance maternelle. Certains auteurs retrouvent une prédominance de certains troubles en fonction de l'âge: de 3 à 7 ans, des troubles anxieux et une baisse des performances intellectuelles ; entre 8 et 17 ans, un trouble des conduites et des consommations de drogues.

On voit donc la nécessité mais aussi les difficultés d'un soutien médico-psychologique chez de tels parents, l'intérêt d'équipes à la fois familiarisées avec la prise en charge de patients toxicomanes et les problèmes des relations précoces parents-bébé. Une collaboration pluridisciplinaire (médecins, psychologues et psychiatres, travailleurs sociaux, juges d'enfants) est indispensable afin de faire une juste évaluation des risques encourus par l'enfant et des capacités maternelles et parentales à s'occuper de celui-ci sans naïveté et idéalisation des ressources parentales ni à l'inverse adopter une position pessimiste systématique.

#### **4. Conclusions**

Les enfants dont les parents ont des maladies mentales sont considérés comme particulièrement vulnérables. En dépit de cela, beaucoup d'entre eux évoluent bien et deviennent des adultes et parents responsables et heureux. La capacité de résister aux difficultés dépend dans une certaine mesure du tempérament et de la compétence de l'enfant lui-même, mais également de la présence de facteurs protecteurs dans la vie de ces enfants. Ainsi, une relation affectueuse entre le parent et l'enfant, des adultes qui s'intéressent particulièrement à l'enfant, une garde d'enfants de haute qualité, de bonnes écoles et des loisirs peuvent donner des alternatives positives.

Dans certaines situations, la question se pose de savoir s'il est nécessaire de séparer un enfant de ses parents pour préserver son développement psychique et intellectuel (Berger 1992).

L'évidence d'une telle décision s'impose dans des contextes tels les sévices graves, l'abandon ou les négligences qui mettent en danger la vie d'un bébé. La notion de protection est alors prioritaire. Mais dans les autres situations ne mettant pas sa vie directement en péril, cette décision est difficile à prendre. Il existe de nombreuses modalités de séparation, plus ou moins complètes. En ce qui concerne les bébés, différentes sortes de distanciation peuvent être mises en œuvre, à condition qu'elles soient suivies par une équipe spécialisée dans ce travail. Il est important de souligner que la séparation protège physiquement l'enfant mais ne traite pas les difficultés psychiques engendrées par les traumatismes subis. Un abord thérapeutique concomitant est toujours nécessaire. Comme l'a souligné David (1989), la séparation peut être traumatique et nocive en elle-même si elle ne s'accompagne pas d'un traitement, c'est-à-dire de la mise en place d'un dispositif précis d'écoute et d'accompagnement de l'enfant avant, pendant, et après la séparation.

Différentes organisations belges ont pour objectif de venir en aide aux personnes atteintes d'un trouble psychiatrique ainsi qu'à leur entourage familial. Elles s'attachent à promouvoir la qualité de vie des malades mentaux et de leur famille. Elle propose des groupes de paroles, des journées d'étude et d'informations, des brochures et des livres destinés aux proches (dont les enfants) de patient atteint d'un trouble psychiatrique. Les unités « mère-bébé » permettent d'éviter la rupture du lien entre le parent et son bébé en hospitalisant simultanément le parent et l'enfant. Le but étant d'aider la mère à développer son identité maternelle, et de permettre l'établissement de la relation mère-enfant en évitant le caractère massif et potentiellement dangereux pour l'enfant de la pathologie maternelle. Ces unités tentent d'éviter les traumatismes d'une séparation hâtive et mal préparée.

Pour conclure, une collaboration pluridisciplinaire entre médecins, psychologues, intervenants sociaux, services d'aide à la jeunesse et protection de la jeunesse est indispensable afin de faire une juste évaluation des risques encourus par l'enfant et des capacités maternelles et parentales à s'occuper de celui-ci sans naïveté et idéalisation des ressources parentales ni à l'inverse adopter une position pessimiste systématique.

## **Résumé**

Les enfants de parents présentant des troubles psychiatriques font partie d'une population à risque psychiatrique. Le risque génétique ne peut être mis de côté, même si l'impact des facteurs familiaux et sociaux semble très important. Le poids des troubles psychiatriques parentaux est différent selon l'âge, la période de développement, la plus ou moins grande vulnérabilité de l'enfant, mais aussi selon la nature de la pathologie, sa gravité, sa durée et son évolution sous traitement. L'environnement familial et social est également un facteur important. Ce travail de revue s'attache à décrire le devenir d'enfants nés de parents présentant divers troubles notamment la schizophrénie, les troubles de l'humeur, et les dépendances.

**Mots clés:** revue, psychiatrie infanto-juvénile, pathologies psychiatriques parentales, relation parents-enfant, développement psychique.

## **Samenvatting**

Kinderen uit ouders met psychiatrische aandoeningen lopen zelf ook een verhoogd risico tot het ontwikkelen van psychiatrische klachten. Ondanks het feit dat familiale en sociale factoren hierbij een belangrijke rol spelen kan een genetische component niet uitgesloten worden. De impact die ouderlijke psychiatrische aandoeningen uitoefenen is zowel afhankelijk van de leeftijd van het kind, zijn ontwikkelingsstadium en de hiermee geassocieerde kwetsbaarheid als van de aard, de ernst en de duur van de pathologie en zijn therapeutische evolutie. Familiale en sociale omgevingsfactoren spelen ook een belangrijke rol. Dit overzichtsartikel beschrijft de prognose van kinderen uit ouders met psychiatrische problemen, in het bijzonder voor schizofrenie, gemoedsstoornissen en verslavingsproblematiek.

Trefwoorden: overzichtsartikel, infanto-juvenile psychiatrie, gepsychiatriseerde ouders - kind/ouder relatie - psychische ontwikkeling.

## Références

Ainsworth M, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, Hillsdale NJ, Erlbaum (1978).

Anthony EJ. Modèle d'intervention au niveau du risque et de la vulnérabilité pour enfants de parents psychotiques, in Anthony EJ, Childand C et Koupernick C (eds), L'enfant à hauts risques psychiatriques, L'enfant dans sa famille, Paris, PUF (1980).

Berger M. Les séparations parents-enfant à but thérapeutique, Paris, Dunod (1992).

Bernard-Bonnin AC. La dépression de la mère et le développement de l'enfant, Paediatr. Child Health, 9, 589-598 (2004).

Bourdier P. L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux, Rev. Franç. Psychan., XXXVI, 1, 19-42 (1973).

Buttolph ML, Holland AD. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and childbirth, in: Jenike MA, Baer L and Minichiello WE (eds), Obsessive-compulsive disorder: Theory and management, Year Book Medical Publishers, Chicago, 89-95 (1990).

Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of post-part depression in first-time mothers, J. Abnormal Psychol., 4, 594-599 (1991).

Cardno AG, Gottesman II. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics (review). Am. J. Med. Genet., 97, 12-7 (2000).

Chouly de Lenclave MB, Lauwerier L, Olivier N, Bailly D. Les enfants de parents alcooliques et toxicomanes, in Bailly D (ed), Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent- progrès en pédiatrie, Doin, Paris, 5, 41-56 (2002).

Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents, Am. Psychol., 53, 221-241 (1998a).

Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Dev. Psychopathol.*, 10, 283-300 (1998b).

Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connell D, Lyons-Ruth HK. Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants, in Tronick E, Field T (eds), *Maternal depression and infants disturbances: new directions for the child development*, San Francisco, Jossey-Bass (1986).

Cooper PJ, Murray L. Post natal depression, a clinical review, *Br. J. Psychiatr.*, 316, 1884-1886 (1998).

Cox JL. Postnatal depression: a serious and neglected post-partum complication, *Baillière's Clin. Obstet. Gynaecol*, 3, 839-854 (1989).

Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J. Med. Genet.*, 36, 585–594 (1999).

Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. *J. Med. Genet.*, 42, 193-204 (2005).

Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development, *J. Child. Psychol. Psychiatr.*, 1, 73-112 (1994).

David M. Dangers de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique, *La psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 1, 151-196 (1981).

David M. *Le placement familial. De la pratique à la théorie*, Paris, ESF (1989).

Field T. Models for reactive and chronic depression in infancy. *New. Dir. Child Dev.*, 34, 47-60 (1986).

Field T, Healy B, Eastwood MR, Kedwardh B, Shepherd M. Infants of depressed mothers show “depressed” behaviour even with non depressed adults, *Child Develop.*, 59, 1569-1579 (1988).

Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M. Behaviour-state matching and synchrony in mother-infant interactions in non-depressed versus depressed dyads, *Development Psychol*, 26, 7-14 (1990).

Field T. The treatment of depressed mothers and their infants, in Murray L, Cooper P (eds). *Postpartum depression and child development*, New York, Guildford, 221-237 (1997).

Glover V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. Editorial, *Br. J. Psychiatr.*, 171, 105-106 (1997).

Golse B. Les carences affectives, in Ferrari P, Epelbaum C, *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Flammarion, p 588 (1993).

Goodman SH, Brumley HE. Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting, *Dev. Psychol.*, 26, 31-39 (1990).

Gross D, Conrad B, Fogg L, Wothke W. A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood, *Res. Nurs. Health* , 17, 207-215 (1994).

Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder, *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, 1112-1117 (1990).

Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and postnatal depression, *Br. J. Psychiatr.*, 160, 777-780 (1992).

Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 42, 871-889 (2001).

Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS, McMurrich S, Grandin L, Nierenberg AA. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study, *Biol. Psychiatry*, 58, 554-561 (2005).

Hill J. Parental psychiatric disorder and the attachment relationship, in Göpfert M, Webster J, Seeman MV (eds). Parental psychiatric disorders. Cambridge, Cambridge University Press, inc, 7-41 (1996).

Hipwell AE, Kumar R. Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS), Br. J. Psychiatr., 169, 655-661 (1996).

Hossain Z, Field T, Gonzalez J, Malphurs J, Del Valle C, Pickens J. Infants of “depressed” mothers interact better with their nondepressed fathers, Infant Ment. Health J., 15, 348-357 (1994).

Ingram IM. Obsessional illness in mental hospital patients, J. Ment. Sci., 107, 382-402 (1961).

Jones I, Kent L, Craddock N. Genetics of affective disorders, in McGuffin P, Owen M, Gottesman II (eds). Psychiatric genetics and genomics. Oxford, Oxford University Press, 211–245 (2002).

Kendler KS. Schizophrenia: genetics, in Sadock BJ, Sadock VA, (eds) Kaplan and Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. Vol 1. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins, 1147–1159 (2000).

Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women, Br. Psychiatry, 144, 35-47 (1984).

Lamour M. Des nourrissons avec leurs mères psychotiques, Revue de pédiatrie, 21, 7, 327-333 (1985).

Lamour M. Les nourrissons de parents psychotiques, in Lebovici S, Weil-Halpern F. (eds), Psychopathologie du bébé, Paris, PUF (1989).

Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste, Paris, Le Centurion (1983).

Lebovici S, Rabain-Lebovici M. Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives, in Lebovici S, Diatkine R et Soulé M (eds), Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, PUF, 2777-2791 (2004).

Lejeune C. Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs nouveau-nés: une révolution culturelle nécessaire. *Interventions*, 62, 3-8 (1997).

Lieberman LD. Overview of substance abuse prevention and treatment approaches in urban settings: The Center for Substance Abuse Prevention Programs for Pregnant and Postpartum Women and their Infants. *Women's Health Issues*, 8, 209-217 (1998).

Lou H, Hansen D, Nordenfoft M. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development, *Dv. Med. Child Neurol.*, 36, 826-832 (1994).

Mayo JA, O'Connell RA, O'Brien JD. Families of manic-depressive patients: Effect of treatment, *Am. J. Psychiatr.*, 12, 1535-1539 (1979).

McGuffin P, Katz R. The genetics of depression and manic-depressive disorder. *Br. J. Psychiatry*, 155, 294-304 (1989).

McGuffin P, Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A, Gottesman II. Seminars in psychiatric genetics. London: Royal College of Psychiatrists, 87-109 (1994).

McGuffin P, Rutter M. Génétique et psychiatrie infantile: présent et futur. Les éditions INSERM, 841-853 (2002).

Meadow R. Münchhausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse, *Lancet*, 2, 343-345 (1977).

Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in post natal depression and mother-infant interactions, *Dev. Med. Child. Neurol*, 38, 109-119 (1996).

Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A. Socioemotional development of 5-years old children of postnatally depressed mother, *J. Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1259-1271 (1999).

O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis, *Int.Rev.Psychiatry*, 8, 37-54 (1996).

Person-Blennow I. Offspring of women with nonorganic psychosis: Mother-infant interaction and fear of strangers during the first year of life. *Acta Psychiatr. Scand.*, 78, 379-383 (1988).

Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Nomura Y, Weissman MM. Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow up, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45,452-460 (2006).

Pollitt J. Natural history of obsessional states, *Br. Med. J.*, 1, 194-197 (1957).

Preisig M, Merlo MCG. Enfants à risque: Devenir des enfants de parents maladies mentaux, in Ferrari P (ed), *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Flammarion, Paris, 7, 66-79 (2001).

Racamier PC. Les paradoxes des schizophrènes, *Rev. Franç. Psychan.* 42, 5-6, 871-885 (1978).

Rutter M. *Children of sick parents*, Londres, Oxford Univ. Press (1986).

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms, in Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH, Weintraub S (eds), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge, Cambridge University Press, 180-214 (1990).

Shear MK, Mammen O. Anxiety disorders in pregnant and postpartum women, *Psychopharmacol. Bull.*, 31, 693-703 (1995).

Stern DN. Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson, *La psychiatrie de l'enfant*, 26, 217-235 (1983).

Sutter-Dallay AL. Les enfants de mères déprimées, in Bailly D, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent- progrès en pédiatrie, Doin, Paris, 4, 35-41 (2002).

Tronick E, Als H, Adamson L, Brazelton TB. The infant response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction, J. Am. Acad. Child. Psychiatr., 17, 1-13 (1978).

Tronick EZ, Field TN. Maternal depression and infant disturbance, Monographie, New Direction for Child Development, San Francisco, Jossey-Bass, n° 34 (1986).

Tronick EZ, Weinberg MK. A propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression maternelle sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère-bébé: l'impossibilité de créer des états de conscience dyadiques, in Mazet P, Lebovici S. Psychiatrie périnatale, PUF, Paris, 299-334 (1998).

Van Den Bergh B, Mennes M, Stevens V et al. ADHD deficit as measured in adolescent boys with a continuous performance task is related to antenatal maternal anxiety, Pediatric Research, 59, 78-82 (2006).

Weinberg J. New direction of fetal alcohol Syndrome research. Alcohol Clin. Exp. Res. 20 (Suppl), 72A-77A (1996).

Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR, Gammon GD, Prusoff BA. Depression and anxiety disorders in parents and children, Arch. Gen. Psychiatr., 41, 845-852 (1984).

Weissman MM, Livingston-Bruce ML, Leaf PJ, Floio L, Holzer C. Affective disorders, in Robins LN, Regier D (eds), Psychiatric Disorders in America, New York, MacMillan, 53-80 (1991).

Winnicott DW. L'effet des parents psychotiques sur le développement affectif de l'enfant, in De la pédiatrie à la psychanalyse, trad. Fr., Paris, Payot (1961).

Tableau. Conséquences de la dépression maternelle à toutes les étapes, du fœtus jusqu'à l'adolescence (modifié d'après Bernard-Bonnin 2004).

<b>Les conséquences de la dépression maternelle</b>	
<b>Fœtus</b>	Soins prénatals insuffisants, mauvaise alimentation, prématurité plus élevée, petit poids de naissance, prééclampsie et avortement spontané
<b>Nourrisson</b>	
Comportementales	Colère et style d'adaptation protecteur, passivité, repli sur soi, comportement d'autorégulation d'attention et d'éveil désorientés
Cognitives	Rendement cognitif plus faible
<b>Tout-petit</b>	
Comportementales	Non-docilité passive, expression moins mature de l'autonomie, troubles d'internalisation et d'externalisation et interactions plus limitées
Cognitives	Jeux créatifs moins fréquents et rendement cognitif moins élevé
<b>Enfant d'âge scolaire</b>	
Comportementales	Altération fonctionnelle de l'adaptation, troubles d'internalisation et d'externalisation, troubles affectifs, troubles anxieux et troubles des conduites
Scolaires	Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et résultats de QI moins élevés
<b>Adolescent</b>	
Comportementales	Troubles affectifs (dépression), troubles anxieux, phobies, troubles paniques, troubles des conduites, abus d'intoxicants et dépendance à l'alcool
Scolaires	Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et troubles d'apprentissage