

La dépression des parents et la dépression de l'enfant: une revue

■ J. Manzano

Département de Psychiatrie de l'Université de Genève, Service médico-pédagogique

Summary

Manzano J. [Depression in parents and depression in children.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1998;149:118–21.

The analysis of recent scientific publication and our own epidemiological and clinical studies confirm that children with depressive parents present a risk of child psychopathology. This risk includes, but not exclusively, child depression. Factors protecting against this risk have recently been brought to light. In view of the fact that these data seem well-grounded, it would seem advisable to prescribe preventive treatment for the children of parents diagnosed as suffering from a major depressive disorder. Conversely, when depression is diagnosed in children, it would seem justified to look for affective disorders in the parents, in particular in the case of bipolar disorders.

Keywords: child depression, depressive parents, protecting factors, preventive treatment

Résumé

L'analyse de la littérature scientifique récente et nos propres études épidémiologiques et cliniques confirment que la présence de parents dépressifs est un facteur important de risque de psychopathologie pour les enfants. Cette psychopathologie comprend en particulier, mais pas exclusivement, la dépression chez l'enfant. Des facteurs de protection ont été mis en évidence. Ces données nous semblent suffisamment solides pour pouvoir préconiser que chaque fois qu'un parent reçoit un diagnostic de trouble dépressif important, le traitement devrait nécessairement comprendre une intervention préventive auprès des enfants. Inver-

sément, lorsqu'une dépression est diagnostiquée chez un enfant, il est justifié de rechercher la présence de troubles affectifs chez les parents, en particulier dans les cas de troubles bipolaires.

Mots clé: dépression infantile, dépression parentale, facteurs de protection, mesures préventives

La dépression des parents et la dépression de l'enfant

La quasi totalité des études épidémiologiques aussi bien prospectives que rétrospectives parviennent à la conclusion que les enfants de parents déprimés présentent un risque de dépression nettement plus élevé que la population générale (Puig-Antich et al. [34], Geller [20], Guedeney [23], Cummings [13], Poznanski [33], Radke [35], Beardslee [5]). Les estimations de ce risque varient selon les auteurs, mais le chiffre de 26% de dépression majeure à 14 ans comparé à celui de 10% pour le groupe contrôle de l'étude de Beardslee [5] peut être considéré comme représentatif pour toute l'enfance. La littérature à ce sujet nous apprend que cette constatation est presque universellement admise, quelle que soit la méthode diagnostique utilisée tant pour les parents que pour les enfants, et les études récentes menées avec l'emploi systématique du diagnostic parental et infantile de la classification DSM-III et DSM-III.R confirment en général cette donnée. En revanche, il n'existe pas d'évidence suffisante quant à la corrélation entre le diagnostic des parents et celui de l'enfant. Les études portant sur les différences en fonction du diagnostic précis des parents sont encore peu nombreuses; signalons en particulier celle de Anderson [1] qui démontre que le risque de dépression est plus élevé chez les enfants ayant une mère avec dépression unipolaire que chez ceux qui ont une mère avec une dépression bipolaire.

La constatation d'une plus grande fréquence de troubles dépressifs chez les enfants de parents dépressifs doit être immédiatement mise en relation avec le fait que ces mêmes études empiriques

Correspondance:
Pr Juan Manzano,
Service médico-pédagogique,
16–18, bd Saint-Georges,
Case postale 50,
1211 Genève 8

sont en général d'accord pour relever que ces enfants courent également un risque plus élevé de développer des pathologies psychiatriques autres que dépressives (Guedeney [23], Weissmann [40], Ferrari [16]).

Il est clair que ces études ne permettent pas aujourd'hui une discrimination entre les facteurs génétiques et les facteurs psychosociaux en jeu. Il n'existe pas d'études empiriques concluantes sur la génétique des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent (Field [18]). L'existence d'une psychopathologie non spécifique également plus fréquente chez ces enfants conduit la majorité des auteurs à adopter un modèle pathogénique mixte dans lequel est soulignée l'importance relative des différents facteurs de risque, relationnels et psychosociaux, dans le développement des enfants de parents dépressifs (Cummings [13]).

Pour tenter d'approfondir la connaissance de ces mécanismes pathogéniques, la recherche a pris essentiellement deux directions: d'une part l'étude expérimentale de l'interaction de la mère dépressive sur son enfant, le plus souvent un nourrisson, d'autre part l'étude de certaines variables relationnelles et développementales d'enfants de mère avec un type spécifique de pathologie dépressive; l'exemple le plus caractéristique de ce deuxième type est constitué par les recherches dans la dépression du post-partum.

Les études tentant de mettre en évidence des modifications propres à l'interaction mère-nourrisson sont parties des expérimentations devenues classiques de Tronick (Cohn et Tronick [9]), connues comme celles de la «still face»: Tronick a demandé à des mères de bébés âgés de 1 à 4 mois de prendre pendant trois minutes un visage vide d'expression. La réaction du bébé est filmée et analysée en détail. A partir de ce modèle, différentes variables sont introduites, notamment l'étude spécifique des bébés de mères déprimées, comparés dans les mêmes situations à des bébés de mères non déprimées. Des analyses statistiques très fines permettent de constater que les bébés de mères déprimées développent une réaction passive et un style «déprimé» d'interactions; comme le signalent Sitbon et Mazet [37], la possibilité d'acquérir «l'affect dépressif» au cours des interactions précoces avec la mère déprimée, qui transmettrait ainsi la dépression à sa descendance, apparaît donc clairement. Les bébés de mères déprimées sont plus assoupis, se contorsionnent davantage, ont moins d'expressions satisfaites et plus d'agitation inquiète que les autres (Field [17], Zekoski [41], Cohn et Campbell [10]). Ces études, qui se poursuivent actuellement avec différentes variantes méthodologiques (Stein [38]), confirment

et approfondissent ces données et mettent en corrélation l'attitude des jeunes enfants de mères déprimées avec différentes variables: étapes du développement, chronicité (Cohn [10]), description de l'enfant par la mère (Goodman [21]), interactions avec les parents non déprimés (Hossain et Field [24]) ou les jardinières d'enfants (Pelaez [31]).

Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives de ces études expérimentales en pleine actualité, mais il est d'ores et déjà possible de mettre en parallèle certaines caractéristiques de «type dépressif» chez l'enfant et certaines attitudes spécifiques des mères déprimées.

Les effets de la dépression maternelle du post-partum sur l'enfant plus âgé sont en revanche moins étudiés. La méthodologie de ces recherches est toujours basée sur une comparaison avec des groupes témoins, le but étant d'isoler au maximum les variables impliquées. Les résultats distinguent des troubles divers dans le développement de ces enfants sur les plans aussi bien affectifs que cognitifs ou comportementaux (Downey [15], Burge [8], Beardslee [4]). Murray [30], en particulier, a relevé des performances moins bonnes à l'âge de 18 mois; ces enfants réussissent moins bien dans les épreuves de la permanence de l'objet de Piaget [32] et présentent un attachement moins sûr à la mère. Dans ce contexte se situe une recherche que nous venons de terminer à Genève (Manzano, Righetti, Conne [28]). Nous avons suivi 570 femmes dans le dernier trimestre de leur grossesse et nous nous sommes rendus à domicile 3 mois et 18 mois après l'accouchement pour comparer les caractéristiques de leur enfant et de la relation mère-enfant avec celles des mères non-deprimees. 3 mois après l'accouchement, nous avons utilisé deux tests pour examiner la relation mère-nourrisson: Les «16 indicateurs de perturbation précoce de la relation mère-enfant pendant les 3 premiers mois de vie», test élaboré par Guaraldi et al. [22], et une grille d'évaluation clinique développée par Bur et al. [7]. A 18 mois, nous avons repris ces deux tests que nous avons complétés par quatre autres tests destinés à déterminer le niveau de développement de l'enfant: le Denver Developmental Screening Test (Frankenburg et Dodds [19]); le test de Bayley [3]; la «situation étrange» d'Ainsworth et al. [2]; le test de permanence de l'objet d'Uzgiris [39].

Nos résultats montrent que la dépression post-partum de la mère n'influence pas de la même manière les différents aspects du développement de l'enfant. Nous trouvons chez ces enfants une attitude régressive ainsi qu'une tonalité affective plutôt négative. D'autre part, ils présentent un retard dans l'acquisition d'une image permanente

et indépendante des objets, processus décrit par Piaget dans le cadre de sa théorie concernant la permanence de l'objet. Par ailleurs, la représentation interne de leur mère est souvent peu stable (Ainsworth). Nous pouvons supposer l'existence d'un lien entre le retard observé au niveau de la permanence de l'objet et la représentation interne de la figure maternelle. Ces retards peuvent influencer la qualité de leur attachement envers leur mère, attachement décrit comme peu sûr ou évitant. Ce trouble de l'attachement confirme les résultats de Murray [30] et a souvent été mis en rapport avec une psychopathologie des troubles de la séparation et de la dépression.

Facteurs de protection

Le fait qu'une majorité d'enfants ayant un parent dépressif ne présentent pas de psychopathologie est un indice de l'existence de facteurs de protection ou de l'absence de facteurs de risque surajoutés.

De nombreuses études ont mis en évidence que la présence de facteurs de risque surajoutés est en corrélation avec une psychopathologie infantile plus fréquente et plus grave; ce sont les deuils, séparations, placements, conflits conjugaux, condition sociale basse, isolement de la famille et présence d'une autre psychopathologie dans la famille (Cumming [13], Cox [12], Stein [38]). Seules deux de ces variables, qui ne sont pas toujours indépendantes, recueillent une unanimité empirique: le statut socio-économique bas de la famille et la présence d'un conflit conjugal (Guedenay [23]).

En termes positifs, les facteurs de protection suivants ont été mis en évidence: qualité du soutien apporté par le conjoint au parent déprimé (Billings [6], Laroche [25], présence d'autres membres de la famille, notamment les grands-parents, pouvant également assumer ce rôle de soutien (Billings [6], ressources financières suffisantes (catégorie sociale moyenne à haute) (Cooper [11]) et activité professionnelle satisfaisante (Cytrin [14], Mayo [29], Weissman [40]). Selon une ligne récente de recherche (Goodmann [21]), il semble qu'il y ait une corrélation positive lorsque la mère déprimée parvient à exprimer une vision moins «négative» de ses enfants, ce que confirme l'observation directe de la meilleure interaction que les jeunes enfants ont avec un parent non déprimé (Hossain [24]) ou avec le personnel des garderies et jardins d'enfants (Pelaez-Nogueras [31]).

Conclusion

En conclusion, nous pensons que les études empiriques confirment surtout ce que les cliniciens ont toujours unanimement signalé (Lebovici [26]), à savoir que la présence de parents dépressifs est un facteur important de risque psychopathologique pour les enfants. Cette psychopathologie comprend en particulier, mais pas exclusivement, la dépression chez l'enfant. Ces données nous semblent suffisamment solides pour pouvoir préconiser que chaque fois qu'un parent reçoit un diagnostic de trouble dépressif important, le traitement devrait nécessairement comprendre une intervention préventive auprès des enfants.

Cette intervention doit se baser sur une évaluation clinique concrète de l'ensemble de la situation en tenant compte des variables que nous avons citées. Il peut s'agir, selon les cas: d'une aide psychosociale et éducative; d'une thérapie conjugale visant à améliorer les relations du couple ainsi qu'avec d'autres membres de la famille élargie; de faciliter la socialisation des enfants, au jardin d'enfants ou à l'école et aux activités récréatives. De bons résultats ont été obtenus grâce à des interventions préventives standardisées sur les familles avec une méthodologie psycho-éducative et cognitive (Beardslee, Hoke [4]). Pour notre part, dans les cas de mères dépressives, nous avons réalisé des interventions psychothérapeutiques brèves mères-enfants, visant notamment à modifier la représentation qu'a la mère de son enfant (Manzano, Palacio [27]).

Inversément, lorsqu'une dépression est diagnostiquée chez un enfant, il est justifié de rechercher la présence de troubles affectifs chez les parents, en particulier dans les cas de troubles bipolaires; des questionnaires cliniquement appropriés ont été proposés (Geller [20]) et l'on devra s'assurer du traitement correct de ces parents.

Références

1. Anderson AC, Hammen CL. Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: a longitudinal study. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:448-54.
2. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. New Jersey: Hillsdale; 1969.
3. Bayley N. Bayley scales of infant development. New York: The Psychological Corporation; 1969.
4. Beardslee WR, Hoke L, et al. Initial findings on preventive intervention for families with parental affective disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149:1335-9.

5. Beardslee WR, Keller MB, Lavori PW, Staley J, Sacks N. The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a non referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:723–30.
6. Billings AG, Moos RH. Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: a social environmental perspective. *J Abnorm Child Psychol* 1993;11:463–85.
7. Bur V, Gozlan A, Lamour M, Letronnier P, Rosenfeld J. L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Genève: Médecine et Hygiène; 1989.
8. Burge D, Hammen C. Maternal communication: Predictors of outcome at follow-up in a sample of children at high and low risk for depression. *J Abnorm Psychol* 1991;100:174–80.
9. Cohn JS, Tronick EZ. Three-month-old infant's reaction to simulated maternal depression. *Child Dev* 1983;54:185–93.
10. Cohn JS, Campbell SB, Matias R, Hopkins J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Development Psychol* 1990;26:15–23.
11. Cooper SF, Leach SF, Storer D, Tonge WL. The children of psychiatric patients: clinical findings. *Br J Psychiatry* 1977;131:515–22.
12. Cox AD, Puckering C, Pound A, Mills M. The impact of maternal depression in young people. *J Child Psychol Psychiatry* 1987;28:917–28.
13. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatr* 1994;35:73–112.
14. Cytryn L. A developmental view of affective disturbances in the children of affectively ill parents. *Am J Psychiatry* 1984;141:219–22.
15. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull* 1990;108:50–76.
16. Ferrari P, Botbol M et al. Etude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce. *Psychiatrie de l'enfant* 1991;34:35–97.
17. Field TM. Early interactions between infants and their post-partum depressed mothers. *Infant Behav Dev* 1984;7:517–22.
18. Field TM. Infants of depressed mothers. *Development Psychopathol* 1992;4:49–66.
19. Frankenburg WK. The Denver Developmental Screening Test. *J Paediatrics* 1967;71:181–91.
20. Geller B. The high prevalence of bipolar parents among prepubertal mood-disordered children necessitates appropriate questions to establish bipolarity. *Curr Opin Psychiatry* 1966;9:239–40.
21. Goodman SH, Adamson LB, Riniti J, Cole S. Mothers' expressed attitudes: associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1265–74.
22. Guaraldi GP, Caffo E, Cibelli D, Magnani G, Tassi MR, Bolzani R. Analyse des indicateurs de distorsion relationnelle précoce mère-enfant pendant les 3 premiers mois de vie. *Neuropsychiatrie de l'enfant* 1985;33:129–33.
23. Guedeney N. Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'enfant* 1989;32:269–309.
24. Hossain Z, Field T, Gonzales J, Malphurs J, del Valle C. Infants of "depressed" mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health J* 1994;15:348–57.
25. Laroche C, Cheifetz P, Lester EP, Schibuk L, Ditomaso E, Engelsmann F. Psychopathology of the offsprings of parents with bipolar affective disorders. *Can J Psychiatry* 1985;30:337–43.
26. Lebovici S, Rabain-Lebovici M. Les enfants de parents déprimés. Dans Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France; 1985.
27. Manzano J, Palacio Espasa F. Les psychothérapies brèves parents-enfants et adolescents – une analyse des fondements théoriques et techniques. *Psychothérapies* 1994;2:85–94.
28. Manzano J, Righetti M, Conne-Perreard E. Psychopathologie du post-partum: signes prédictifs et facteurs de risque. Berne: Recherche du Fonds National de la Recherche Scientifique; 1995.
29. Mayo JA, O'Connell RA, O'Brien JD. Families of manic depressive patients: effects of treatment. *Am J Psychiatry* 1979;136:1535–9.
30. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatr* 1992;33:543–61.
31. Pelaez-Nogueras M, Field T, Cigales M, Gonzales A, Clasky S. Infants of depressed mothers show less "depressed" behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health J* 1994;15:358–67.
32. Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1968.
33. Poznanski ED. Affective disorders. Dans Michels R et al. *Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott; 1994.
34. Puig-Antich J, Goetz D, Davies M, Kaplan T, Davies S, Ostrow L et al. A controlled family history study of pre-pubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:406–18.
35. Radke-Yarrow M, Nottelmann E, Martinez P, Fox MB, Belmont B. Young children of affectively ill parents: a longitudinal study of psychosocial development. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1992;31:68–77.
36. Radke-Yarrow M, Cummings EM, Kuczynski L, Chapman M. Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development* 1985;56:884–93.
37. Sitbon H, Mazet P. Bébés et mères déprimées: Données expérimentales. *Devenir* 1989;1-4:108–17.
38. Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry* 1991;158:46–52.
39. Uzgiris IC, Hunt J. Assessment in infancy; Ordinal Scales of Psychological Development. Urbana/Chicago/London: University of Illinois Press; 1975.
40. Weissman MN, John K. Depressed parents and their children: General health social and psychiatric problems. *AJDC* 1986;140:801–4.
41. Zekoski EM, O'Hara MW, Wills KE. The effects of maternal mood on mother-infant interaction. *J Abnorm Child Psychol* 1987;15:361–78.