

(La dépression et les carences affectives chez le nourrisson)

Pr: laiche.amel

Université de Laghouat

Resumé:

Le trouble dépressif chez l'enfant prépubère a longtemps été ignoré et la réalité clinique de cette pathologie n'a été reconnue que dans les années 1970. Plusieurs auteurs ont soutenu que la dépression-maladie n'existait pas chez l'enfant du fait de la maturation incomplète de ses instances psychiques, en plus d'une réticence générale à reconnaître l'existence d'une souffrance dépressive chez l'enfant, habituellement considéré comme le symbole du bonheur et de l'insouciance.

En revanche, le concept de «position dépressive» comme stade fondamental et normal du développement psychologique de l'enfant a fait l'objet d'une riche élaboration théorique dans la première moitié du 20ème siècle (M. Klein) . Par ailleurs, les effets de la séparation chez le nouveau-né et l'enfant ont été étudiés, et l'existence d'une souffrance clinique a été reconnue .

Mots-clés: La dépression, les carences affectives, le nourrisson.

ملخص:

نعيش في وقتنا الحالي عدة متغيرات إجتماعية ومواقف حياتية مفاجئة تغير مزاجنا وتجعلنا نشعر بالحزن والأسى ويمكن إذا إستمرت هاته الضغوطات والصدمات أن تصل بالإنسان إلى الوقوع في الإكتئاب النفسي هذا ما نعرفه عن الراشد أو الطفل أما إذا سمعنا بوجود إكتئاب عند الرضيع ربما يستغرب البعض لكنه فعلا يوجد إكتئاب نفسي عند الرضيع سببه المباشر هو الحرمان العاطفي وسوف أتطرق في هذا المقال إليه بشكل مبسط يمكن أن يفهم هذا المقال كل قارئ .

كلمات مفتاحية: الاكتئاب , الحرمان العاطفي , الطفل , الرضيع .

1. Généralités :

Pour que son développement affectif soit harmonieux, le nourrisson doit bénéficier, à travers les échanges avec sa mère ou tout adulte prenant soin de lui, des éléments suivants :

- plénitude des apports affectifs,
- souplesse d'adaptation à ses besoins,
- stabilité de la relation (KREISLER, 1987).

Définition de la « Carence affective » :

- = carence en soins maternels (soins parentaux)
- = insuffisance quantitative ou qualitative d'interactions entre l'enfant et sa mère (et ses parents).

Cette carence peut apparaître dans différentes situations :

- Mère absente : nourrisson qui vit dans une institution (pouponnière, hôpital...) où il ne trouve pas de substitut maternel adéquat et qui reçoit un maternage insuffisant.
- Nourrisson séparé de façon itérative de la mère : il va souffrir de cette discontinuité des soins (Ex : hospitalisations répétées du bébé ou de sa mère, placements répétés).
- Nourrisson qui vit avec sa mère, mais elle est en difficulté pour lui fournir un maternage adéquat.

La carence peut donc être aussi bien extrafamiliale qu'intrafamiliale. (Guédeney N et Guédeney , 2006. P54) .

Définition de la « Dépression du nourrisson » :

- = réponse émotionnelle déclenchée par des expériences de manque ou de perte d'un lien affectif privilégié.

Il peut s'agir :

- de pertes réelles, prolongées ou définitives (décès, placements...),
- de séparations temporaires,
- de séparations répétées

- ou de pertes fantasmatiques (= sentiment de « ne plus être aimé », sans événement réel).

Cette réponse émotionnelle est marquée par un état d'impuissance, de désespoir et de résignation face à une souffrance psychique liée précisément à une perte, à un manque, perte de l'objet aimé mais aussi perte de l'état affectif de bien-être qui lui est étroitement attaché¹.

Le bébé va dès lors manifester une altération de « l'appétit pour la vie ». En dehors d'une prise en charge adéquate, ceci aura de graves répercussions sur son développement global.

2. Formes cliniques de la dépression chez le nourrisson :

2.1. Dépression anaclitique = forme complète (historique)

La sémiologie de la dépression varie en fonction de l'âge et des stades maturatifs où se trouve l'enfant.

La dépression anaclitique² est la première description d'un tableau de dépression faite chez le nourrisson par SPITZ en 1946.

Ce tableau clinique est rare de nos jours, mais peut toujours resurgir.

SPITZ l'a décrite dans une population de nourrissons âgés de plus de 6 mois, qui avaient été privés récemment de leurs mères, après au moins 6 mois de bonnes relations avec elles et qui n'ont pas trouvé auprès de substituts maternels une relation satisfaisante.

Ces nourrissons présentent d'abord pendant quelques semaines un état d'apathie, avec refus de contact ou indifférence à l'entourage.

Des conduites anorexiques avec perte de poids et insomnie viennent aggraver le tableau. (Spitz R.p222. 1993) .

Un peu plus tard on assiste à un arrêt du développement et à une régression des acquisitions motrices et intellectuelles, ainsi qu'à une grande sensibilité aux infections.

Si l'enfant retrouve sa mère ou un substitut de bonne qualité, la dépression disparaît.

Sinon le tableau évolue vers un état de marasme de plus en plus inquiétant, tant sur le plan physique que psychique, qui correspond au tableau d'hospitalisme (de Spitz).

2.2. Signes d'appel ou de début :

Le nourrisson a différentes façons d'exprimer un vécu dépressif. Ces manifestations ne sont pas spécifiques de la dépression. Il n'est pas rare d'observer plusieurs signes chez le même enfant.

- Expressions somatiques :

. Anorexie .

. troubles alimentaires.

. Mérycisme .

. troubles du sommeil (Insomnie...) .

. Arrêt de croissance.

. épisodes diarrhéiques .

. affections dermatologiques (eczéma, pelade) .

. respiratoires (asthme). (DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Publié par American Psychiatric Association en 1994 puis révisé en 2000) .

- Expressions comportementales :

Changement de comportement, avec désintérêt progressif pour la relation, les activités, les jeux.

- Retard de développement psychomoteur et langagier :

Il survient après quelques semaines.

2.3. Triade du syndrome dépressif de **KREISLER** :

Dans tous les cas, l'évaluation d'un nourrisson présentant un ou plusieurs de ces symptômes doit rechercher minutieusement des éléments cliniques évoquant

la dépression :

► Atonie thymique : comportement d'indifférence, qui souvent succède à une phase de détresse et de protestation.

► Inertie motrice : bébés peu mobiles, ayant peu d'initiative et répondant peu aux sollicitations.

► Pauvreté interactive et repli : lorsqu'on observe ces bébés en situation d'interaction, on est frappé

par : - l'extrême pauvreté de leurs initiatives et de leurs réponses,

- la pauvreté des échanges corporels et vocaux,

- leur regard « déprimé » : regard fixe, sans clignement des paupières, très profond, qui

contraste avec une mimique pauvre et une gestuelle lente.

3. Pronostic :

Dans les cas où la souffrance affective est brève et isolée, on peut espérer une bonne récupération.

Dans les autres cas les principaux risques évolutifs pour ces enfants sont :

- Appauvrissement intellectuel et linguistique : on peut voir des retards mentaux d'origine affective.

- Sentiment d'insécurité avec dévalorisation et angoisse d'abandon, donnant lieu à des attitudes de revendication affective maladroites.

- Répétition de la carence affective à la génération suivante, par défaut d'intériorisation d'une image parentale disponible sur le plan affectif. (Lenze SNet all, 2011 p,153)

4. Conditions étiologiques :

Un nourrisson sera à risque de développer un état dépressif dans un certain nombre de situations :

► Lors d'une séparation prolongée :

La séparation d'un nourrisson avec sa mère n'est pas toujours à l'origine d'une souffrance majeure, génératrice de dépression, notamment :

- si elle est préparée, brève, partielle (ex : hospitalisation d'un nourrisson pendant laquelle il verra régulièrement sa mère)

- ou si l'enfant trouve un substitut maternel de bonne qualité.

Les séparations génératrices de dépression sont surtout celles :

- qui se font en urgence ou semi-urgence,
- qui se répètent
- qui sont organisées de façon chaotique.

Ceci est aggravé par le fait qu'elles ont souvent lieu dans des familles démunies sur le plan social et psychologique.

Après une séparation, même temporaire, avec la mère et son milieu familial habituel, le nourrisson à partir du 2ème semestre va manifester différentes réactions, qui se déroulent en 3 phases, bien décrites par **BOWLBY** (1952) :

- D'abord une phase de détresse avec protestation, active et bruyante, agitation, cris, pleurs, refus de se laisser approcher : cette phase correspond à l'expression de l'angoisse de séparation chez l'enfant.
- Suit une phase de désespoir avec grand désarroi et retrait de l'enfant : l'état dépressif s'installe (phase de repli).
- Enfin, une phase de détachement au cours de laquelle l'enfant accepte les soins de n'importe quel substitut maternel (atonie thymique).

Si la séparation est temporaire, au retour de la mère tout rentre dans l'ordre mais l'enfant peut garder une grande sensibilité aux séparations et aux menaces de séparation.

► En dehors d'une séparation prolongée : bébé souffrant de carence affective au sein du milieu familial.

Ici les mères (et les pères) vont être gravement en difficulté pour fournir à leur bébé des réponses adéquates à ses besoins affectifs.

Ceci s'observe dans différents contextes :

- Mères déprimées : la dépression maternelle³ représente l'étiologie la plus fréquente. (Papazian B et coll , 1992,p 40).

Ces enfants sont soumis à un changement plus ou moins brutal dans la disponibilité affective de la mère.

Dans certains cas, le tableau dépressif maternel est manifeste, dans d'autres cas il s'agira d'un tableau beaucoup plus latent, masqué : la jeune mère se plaint d'asthénie, de manifestations somatiques, mais continue à s'occuper de son foyer.

Il s'agit souvent de mères endeuillées ou déçues dans leur vie affective, familiale et sociale.

- Couples parentaux en souffrance, aux prises avec un comportement marqué par la violence, l'incohérence.
- Maladies congénitales ou acquises du bébé : elles peuvent, pour plusieurs motifs, favoriser une dépression chez le bébé.

Ex : ces situations entraînent notamment des séparations (hospitalisations) et une difficulté dans l'investissement affectif de l'enfant par ses parents.

5. Conduite à tenir :

5.1. Traitement des nourrissons déprimés et de leurs familles :

L'abord de la dépression du nourrisson est transdisciplinaire.

Selon le contexte de survenue et la gravité, différents spécialistes seront concernés pour organiser l'environnement de la vie de l'enfant, les stimulations, l'approche relationnelle.

La relation mère-enfant devra bénéficier d'une prise en charge thérapeutique spécialisée. (Dietz.L et coll, 2008p.p , 574-582) .

5.2. Prévention de la dépression du nourrisson :

- Aménagement de toutes les situations de séparation mère-enfant.
- Accompagnement psychologique spécialisé de l'enfant et de ses parents, dans les situations de carence ou de distorsion affective.
- Détection de la dépression maternelle ou de toute autre psychopathologie rendant la mère moins disponible aux besoins affectifs de son bébé. (Flemming .J.R and coll,1990,p.p, 571-580).

CONCLUSION

La dépression de l'enfant et de l'adolescent est fréquente, souvent méconnue par les professionnels de l'enfance, vu la diversité et le caractère polymorphe des formes cliniques selon l'âge et les circonstances d'apparition.

La reconnaissance par les professionnels de l'enfance des signes d'appel de la dépression est capitale dans une perspective de prévention des conséquences dramatiques sur le développement dans ses diverses composantes psychomotrices et psychoaffectives.

Le repérage précoce reste le meilleur garant d'une prise en charge précoce, efficace et qui se doit d'impliquer plusieurs intervenants : pédiatre, généraliste,

pédopsychiatre et psychologues.

Références :

1. DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Publié par American Psychiatric Association en 1994 puis révisé en 2000.
2. Spitz R. «De la naissance à la parole», Ed.: PUF 1993.
3. Guédeney N et Guédeney A « l'attachement : concepts et applications, » Elsevier Masson, Paris, 2006 (2e éd.).
4. Papazian B et coll : les syndromes dépressifs chez l'enfant, fonction de la source et du mode d'investigation, Neuropsych de l'enf et de l'ado, 1992.
5. Flemming J.R and coll.: Epidemiology of childhood depressive disorders. J.Am. Acad. Chil.Ado.Psychiatry,1990.
6. Dietz.L et coll, Mother and child interactions in depressed children, J.Am. Acad. Chil.Ado.Psychiatry, 2008.
- 7 -Lenze SN, Pautsch J, Luby J , "Parent-child interaction therapy emotion development: a novel treatment for depression in preschool children" Depress Anxiety, 2011 .