

Dépression du post-partum

Autor(en): **Kumar, R.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **86 (1988)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951028>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Dépression du post-partum

Par R. Kumar, médecin, Senior Lecturer and Hon Consultant Psychiatrist, Institute of Psychiatry De Crespigny Park, London (England)

Introduction

Trois principaux types de troubles psychologiques s'observent à la suite de l'accouchement; l'un d'entre eux est très courant, c'est le «maternity blues» (dit aussi «syndrome du troisième jour»). Des épisodes transitoires de dysphorie se rencontrent chez 50 à 75% des mères vers la fin de la première semaine, mais l'origine et l'importance clinique de ces «idées noires» sont incertaines. A l'heure actuelle, leur principal intérêt est d'offrir des possibilités d'étudier les phénomènes biochimiques en corrélation avec le changement d'humeur et d'examiner les signes prédictifs de problèmes psychiatriques plus graves de la puerpéralité (Stein, 1982). Les manifestations psychotiques du post-partum se situent à l'autre extrême, tant en ce qui concerne la fréquence que la sévérité. La «psychose puerpérale» est une complication rare, mais bien caractérisée de l'accouchement. La majorité des psychoses puerpérales débutent dans le délai d'une semaine ou deux après l'accouchement et ces troubles se produisent chez environ 1 ou 2 mères sur 1000. Le tableau clinique est le plus souvent celui d'une psychose affective – maniaque ou dépressive ou «mixte» et parfois schizo-affective (Brockington et al., 1982; Dean et Kendell, 1981). La présente étude porte sur le troisième type de trouble mental puerpéral, la névrose dépressive du post-partum, qui se situe entre le «syndrome du troisième jour» ou «blues» et la psychose puerpérale, tant sous l'angle de l'incidence que de la gravité.

Ces quinze dernières années, l'importance des troubles psychiatriques puerpéraux non psychotiques, tels que la dépression du post-partum, s'est de plus en plus affirmée. Les troubles névrotiques ont un début plus insidieux et un impact immédiat moins grave, mais il est probable que, globalement, ils soient plus importants que les dépressions psychotiques puerpérales, notamment du fait que leur fréquence est beaucoup plus grande (plusieurs centaines de fois). Différents chercheurs (voir l'étude d'ensemble de Kumar, 1982) ont confirmé l'incidence d'environ 10% que Pitt a constaté le premier (1968). En Angleterre, on peut donc prévoir que, chaque année, environ 50000 femmes ayant récemment accouché présenteront des réactions dépressives cliniquement importantes (le taux de natalité annuel dépassant légèrement un demi-million); nombreuses sont celles qui se trouveront déprimées pour la première fois de leur vie, certaines garde-

ront une tendance à la dépression pendant longtemps (Pitt, 1968; Kumar et Robson, 1984) et toutes auront traversé une phase de leur existence qui entraîne des adaptations importantes du rôle et du comportement ainsi qu'un ajustement psychologique. La dépression qui survient chez la mère peut également exercer une influence indésirable sur le nourrisson de même sur le reste de la famille.

De nombreuses questions importantes n'ont pas encore reçu de réponse satisfaisante et certaines ont à peine été posées. Quelles sont les femmes les plus vulnérables? Quels sont les facteurs déclenchants probables de la dépression du post-partum? Quelles sont les conséquences à long terme de ce type de dépression? Que peut-on faire pour prévenir ou traiter ces troubles?

Femmes à risque en ce qui concerne la dépression du post partum

«Marqueurs» biologiques et psychologiques

Des antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiatriques sont un indicateur évident (Cox, 1983a) et des enquêtes sur des jumeaux peuvent permettre de mieux comprendre la question des prédispositions constitutionnelles. Des marqueurs biologiques fiables seraient infiniment précieux dans ce contexte, particulièrement s'ils pouvaient déceler des «cas» potentiels à l'avance, c'est-à-dire pendant la grossesse.

Le test de freinage à la dexaméthasone (dexaméthasone suppression test) (Carroll, 1982) ne sera vraisemblablement pas très utile dans les dépressions non endogènes comme marqueur d'un trait ou d'un état. D'après des constatations préliminaires de Sandler et ses collaborateurs (Bonham Carter et al., 1980), des troubles de la conjugaison et de l'excrétion de la tyramine pourraient avoir une valeur prédictive; il convient de confirmer ces résultats et de les préciser. Dalton (1980) a avancé que des déficits en progestérone pourraient être responsables de la dépression du post-partum, mais les seules preuves existant à l'appui de cette hypothèse sont des données anecdotiques concernant des réponses thérapeutiques. Nott et al. (1976) n'ont pas pu établir une relation entre les modifications de l'humeur et des variations des hormones circulantes;

de même, dans un contexte clinique différent, mais pertinent, Brockington et al. (1982) n'ont pas été en mesure d'influer sur le cours de dépressions psychotiques du post-partum au moyen d'un progestatif. D'autres questions psychotiques sont posées par les liens éventuels entre les influences hormonales sur l'humeur au cours du cycle menstruel (Clare, 1983) et la dépression du post-partum ou les liens entre les modifications immédiates du post-partum dans le cas des «blues» et une dysphorie persistante et grave ultérieure (par exemple, Kendell et al., 1981; Stein, 1982).

Les études de traits de la personnalité tels qu'état névrotique chez les femmes enceintes (Eysenck et Eysenck, 1975) ne sont que d'un intérêt douteux, soit en raison de la manière dont les sujets se sont sélectionnés eux-mêmes (Mearns et al., 1976), soit parce que les mesures ont été faites à un moment où les femmes étaient déprimées (Pitt, 1968). Une enquête récente (Kumar et Robson, 1984), qui s'efforçait d'éviter certains de ces pièges, n'a pas révélé que de telles mesures puissent permettre de prédire une dépression du post-partum. En conclusion, la question des signes prédictifs, biologiques ou constitutionnels, de la dépression du post-partum reste largement ouverte et doit faire l'objet de nouvelles recherches.

Expériences environnementales précoces et relations avec les parents

Des expériences de la petite enfance peuvent exercer une influence cruciale sur la manière dont les adultes réagissent et répondent aux événements. La maternité, surtout la première, est un processus qui n'est jamais réellement complet et qui comporte des identifications complexes et changeantes. La femme enceinte doit à la fois entreprendre de surmonter les changements dans la définition de sa propre identité par rapport à ses parents, et dans sa relation avec l'enfant qu'elle porte. Les travaux de Frommer et O'Shea (1973) ainsi que de Brown et Harris (1978) fournissent un certain appui empirique aux notions qui ont pu être tirées de cas individuels au sujet des séquelles à long terme de relations parent-enfant perturbées. Des réactions émotionnelles à la suite de l'accouchement peuvent donc constituer des indicateurs particulièrement sensibles de troubles dans les relations de la mère elle-même avec ses parents. Cox et al. (1982) ont observé que des femmes enceintes dont la mère était morte présentaient plus souvent une détresse émotionnelle au cours de la première semaine après la délivrance; toutefois cette dépression ne persistait pas. Kumar et Robson (1984) ont noté que la dépression du post-partum se rencontrait plus souvent chez des femmes qui avaient

perdu leur père ou en avaient été séparées pendant de longues périodes au cours de la première enfance, et également chez des femmes qui ont relaté des difficultés récentes dans leurs relations avec leur mère. Ces études indiquent donc bien qu'il peut être utile de s'informer sur la première enfance et les relations avec les parents pour déceler les femmes «à risque» en ce qui concerne la dépression du post-partum. Ces conclusions sont fondées sur des associations et naturellement n'impliquent pas de relations unitaires. Paykel et al. (1980), par exemple, ont été dans l'impossibilité de trouver un lien quelconque entre la dépression du post-partum et une séparation, au cours de l'enfance, entre les sujets et leur propre mère.

Facteurs prédisposants concomitants

On a estimé que le manque de soutien de la part du conjoint avait un rôle de premier plan comme agent étiologique de la dépression dans le modèle de Brown et Harris (1978), bien qu'il soit parfois difficile de distinguer la cause de l'effet dans une telle recherche. Par exemple, Cox et al. (1982) ont montré que la dépression du post-partum est associée à une détérioration de la relation avec l'époux. Kumar et Robson (1984), quant à eux, ont pu montrer le rôle du désaccord conjugal comme facteur étiologique dans ce type de dépression. L'ampleur du conflit conjugal était évaluée au début de la grossesse, c'est-à-dire avant l'apparition probable de la dépression du post-partum.

On établit couramment une corrélation entre de mauvaises conditions sociales et l'apparition d'une dépression, particulièrement lors d'une interaction avec des événements éprouvants. Toutefois, des études sur la dépression du post-partum ont presque uniformément montré que les femmes appartenant aux classes moyennes ou supérieures sont aussi sujettes à la dépression que les mères de la classe ouvrière (voir l'étude d'ensemble de Kumar, 1982). D'après ces observations, ce serait peut-être simplifier à l'extrême que de considérer la naissance d'un enfant comme un facteur étiologique de la dépression du post-partum, simplement du fait qu'il s'agirait de quelque chose aggravant la «frustration et le sentiment d'une situation sans espoir» (Brown et Harris, 1978).

Événements éprouvants de la vie et dépression à la suite de l'accouchement

Paykel et al. (1980), Playfair et Gowers (1981), ainsi que Dean et Kendell (1981) ont tous indiqué une certaine association entre des événements éprouvants et une

dépression du post-partum, ce qui vient à l'appui de l'hypothèse avancée par Brown et Harris (1978). Dans l'enquête prospective réalisée par Kumar et Robson (1984), les événements de la vie (indésirables et autres) ont été enregistrés grâce à un entretien au cours de chaque trimestre de la grossesse, de même que trois mois après l'accouchement. Deux associations individuelles entre des événements et une dépression ont été remarquées: premièrement entre un deuil et une dépression au cours de la grossesse, mais non après l'accouchement, et deuxièmement entre une naissance avant terme et une dépression du post-partum. Rien ne venait à l'appui de l'opinion selon laquelle les femmes qui présentaient une dépression à la suite de l'accouchement avaient probablement subi un plus grand nombre d'événements éprouvants au cours des mois précédents.

Les interactions avec des facteurs de «vulnérabilité» tels que conflit conjugal ou appartenance à la classe ouvrière ont été étudiées au moyen d'analyses loglinéaires, et n'ont pas été mises en évidence. Ce type de modèle de recherche prospective constitue un test plus rigoureux pour les théories de la dépression fondées sur des facteurs sociaux que ne le sont les enquêtes rétrospectives (Henderson, 1981). Il convient de multiplier les études prospectives en mettant l'accent sur des événements qui touchent particulièrement les femmes enceintes (Barnett et al., 1983).

Dépression du post-partum – variables gravidiques et obstétricales

Kumar et Robson (1984) ont constaté qu'il existait une association significative entre un conflit relatif à la grossesse, se manifestant par l'idée d'obtenir une interruption de celle-ci, et une dépression du post-partum ultérieure. Ni Cox et al. (1982), ni Kumar et Robson (1984) n'ont été en mesure de confirmer des communications antérieures sur une association entre la présence d'anxiété au cours de la grossesse et l'apparition d'une dépression après l'accouchement (Kumar, 1982). Les femmes qui n'ont conçu qu'après de longues tentatives à cette fin et celles qui ont fréquenté pendant longtemps (deux ans ou plus) des dispensaires de traitement de la stérilité ont également plus de chance de présenter une dépression après la délivrance.

Des complications obstétricales ont été occasionnellement mises en cause dans une grave affection mentale du post-partum (Paffenbarger, 1982; Kendell et al., 1981b) et si le rôle de telles variables dans la dépression du post-partum peut être d'une importance cruciale dans des cas individuels, il n'y a pas d'associations générales constantes; par exemple, certains rapports sont pour et d'autres contre l'exis-

tence de liens avec une fausse-couche antérieure (Blair et al., 1970; Playfair et Gowers, 1981) ou avec des complications obstétricales concomitantes (Tod, 1984; Pitt, 1968; Paykel et al., 1980; Cox et al., 1982; Kumar et Robson, 1984).

La nature des pratiques obstétricales peut également exercer des influences inattendues sur les réactions émotionnelles initiales des mères à l'égard de leurs nourrissons (Robson et Kumar, 1980). Dans cette étude, il a été observé que 40% des primipares ont signalé ne ressentir que peu d'affection, sinon aucune, pour leur nourrisson lorsqu'elles l'ont tenu pour la première fois dans les bras. La majorité des enfants ayant été désirés ou leur naissance planifiée, le détachement émotionnel des mères était inattendu et même dans certains cas très pénible. Presque toutes ces mères ont éprouvé une grande tendresse pour leur nouveau-né en l'espace de quelques jours. De telles réactions se sont rencontrées principalement chez des femmes dont le travail avait été provoqué ou accéléré par perforation des membranes et chez qui il a été ressenti comme très douloureux. Il faut poursuivre les recherches pour clarifier le mécanisme sous-jacent à ses réactions.

Conséquences de la dépression du post-partum

Effets sur les relations

Cox et al. (1982) ont noté que les mères déprimées rapportaient une détérioration de leur relation avec leur mari et Kumar et Robson (1984) ont noté des désaccords conjugaux considérables lors de suivis plus prolongés. Ces données doivent cependant être interprétées avec prudence en raison de l'absence de groupe témoin.

Il y a chez la plupart des femmes au cours de la grossesse une diminution du désir et du plaisir sexuel et une réduction notable de la fréquence des rapports. Cette situation persiste après la délivrance, et le retour aux niveaux antérieurs à la grossesse peut prendre six ou même douze mois (Kumar et al.). L'activité sexuelle est encore plus perturbée lorsque les mères sont déprimées après l'accouchement (Kumar et Robson, 1984).

Conséquences à long terme

Pitt (1968) a signalé que, chez une certaine proportion des femmes, les dépressions qui ont débuté après l'accouchement ont persisté pendant un an au moins. Dans l'enquête longitudinale réalisée par Kumar et Robson (1984), parmi les «cas» observés 3 mois après l'accouchement, 50% des femmes étaient encore déprimées dans le délai de 6 mois, mais aucune

n'était plus considérée comme un cas au moment où les nourrissons atteignaient l'âge d'un an. Toutefois, il était évident que l'apparition d'une dépression, soit au cours de la grossesse, soit après la délivrance, marquait pour de nombreuses femmes le début de difficultés émotionnelles prolongées comme le montre le fait qu'elles ont consulté leur médecin de famille ou des spécialistes pour de tels problèmes. Trois mois après l'accouchement, les mères déprimées étaient plus susceptibles d'exprimer des sentiments d'aversion ou de détachement par rapport à leur enfant, mais il n'a pas été signalé d'augmentation des agressions physiques dans cet échantillon.

Dépression du post partum et effets sur l'enfant

Il y a eu jusqu'ici deux enquêtes systématiques pour suivre les enfants de mères qui ont présenté une dépression peu après l'accouchement; ces femmes et leurs enfants ont été comparées à des mères qui n'ont présenté aucun trouble (Cox et al., 1982; Kumar et Robson 1984). Les données relatives aux enfants (encore non publiées) ont été décrites par Wrate et al. (1983) et par Caplan et al. (1983); ces deux études indiquent qu'il existe des associations entre le trouble émotionnel de la mère après la délivrance et des problèmes psychologiques et/ou comportementaux ultérieurs chez les enfants. Il s'agit là d'observations potentiellement très importantes.

Conclusions

Il semble peu douteux que la dépression du post partum constitue un sérieux problème de santé ayant des incidences importantes pour la mère, son partenaire et peut-être pour l'enfant. La plupart des enquêtes émanent du Royaume-Uni et, à l'exception des travaux d'avant-garde de Cox (1979; 1983b) parmi des femmes ougandaises, il y a très peu de choses en matière d'information systématique sur l'incidence, les manifestations et les conséquences de la dépression du post-partum dans des cultures ayant des structures familiales et sociales différentes. Tout travail futur doit viser à inclure des données relatives aux pères et également à combiner une enquête psycho-sociale avec une enquête biologique. Le temps est également venu d'entreprendre des recherches sur les moyens de prévenir et de traiter la dépression du post-partum.

La Bibliographie peut être obtenue à la rédaction

Ce texte est extrait de «*Jeunes parents psychotiques et leurs enfants*» par G. Garrone, A. Jablensky et J. Manzano, collection *Biologie et Psychologie*, 1986, SIMEP, 38 à 46, rue de Bruxelles, F-69100 Villeurbanne, pp. 49 à 54.

Die Erschöpfungsdepression bei der Mutter von Kleinkindern

Dr. M. Merz, Psychiatrie und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche FMH, Basel

Erschöpfungsdepressionen bei Müttern von Kleinkindern sind häufig. Sie beruhen auf einem Missverhältnis zwischen Verbrauch und Ressourcen an emotionaler Energie. Es lassen sich drei Stadien der Dysfunktion der Mutter-Kind-Beziehung sowie der Elternbeziehung unterscheiden: Verlust der mütterlichen Autonomie, Regression der Elternbeziehung zum blossen Funktionieren, Durchbruch neurotischer Einstellungen. Die Therapie besteht in der Entlastung der Mutter, wobei die Früherkennung und -behandlung in den beiden ersten Stadien entscheidend ist.

Der Begriff der Erschöpfungsdepression hat sich auch in der Kinderpsychiatrie von hohem pragmatischem Nutzen erwiesen. Seine Bedeutung besteht darin, dass er die im Rahmen psychogener Störungen oft wenig sinnreiche oder sogar irreführende Unterscheidung zwischen gesunder und kranker Persönlichkeit relativiert. Es verhält sich ja nicht so, dass wir gesunde von neurotisch kranken Menschen immer genau abgrenzen können. Je länger wir uns mit dem Wesen der Neurose befassen, desto deutlicher wird die Tatsache, dass jeder Mensch im Verlauf seines erwachsenen Lebens mit ungelösten Konflikten seiner Kindheit zu kämpfen hat. Psychische Gesundheit kann geradezu dialektisch als die Fähigkeit beschrieben werden, die neurotischen Restkonflikte der Kindheit immer wieder neu zu integrieren und die Balance der Persönlichkeit mit ihren stärkeren und schwächeren Anteilen aufrechtzuerhalten. Mit dem Begriff der Erschöpfungsdepression wird die nie abgeschlossene Dynamik dieses Vorgangs betont, indem implizit auf die Notwendigkeit frei verfügbarer psychischer Energien hingewiesen wird. Unter einem chronischen Verlust an emotionaler Energie bzw. im Falle einer Dysfunktion der energiemobilisierenden Systeme kommt es zur Erschöpfung und damit zur Reaktivierung latenter neurotischer Konflikte. Bekanntlich hat Kielholz drei Stadien der Erschöpfungsdepression unterschieden: das hyperästhetisch-asthenische Prodromalstadium, das psychosomatische Stadium sowie die eigentliche Erschöpfungsdepression. Bei der Erschöpfungsdepression der Mütter von Kleinkindern kann jedem dieser Stadien eine bestimmte Dysfunktion der Mutter-Kind-Beziehung sowie des Verhältnisses der Eltern zueinander zugeordnet werden. In der vorliegenden Arbeit sollen die psychodynamischen Aspekte dieser drei Stadien verdeutlicht werden. Insbesondere die Früherkennung im ersten und im zweiten Stadium ist von eminenter Wichtigkeit, weil hier kindliche Neurosen im Status nascendi und irreversible Schäden der Elternbeziehung durch rechtzeitiges Eingreifen verhindert werden können.

Kielholz hält fest, dass die Erschöpfung nicht einfach eine Art von körperlich bedingter Ermüdung sei, sondern eine Folge der Verarmung an emotionaler Lebenskraft. Die Erschöpfungsdepression beruht auf einer langdauernden affektiven Überforderung. Wenn wir den energetischen Aspekt besonders akzentuieren, können wir auch sagen, dass dem Verbrauch an emotionaler Energie keine entsprechenden Ressourcen mehr gegenüberstehen.

Tab. 1. Mütterliche Leistungen mit hohem Verbrauch an emotionaler Energie.

- Hilfsich-Funktion (anhaltende äussere Präsenz)
- emotionale Verfügbarkeit (anhaltende innere Präsenz, Zerstückelung der Gedanken)
- Empathie (Einfühlung in die wechselnden kindlichen Gefühlszustände, Regression im Dienste des Kindes)
- relative Isolation (ungenügende emotionale Resonanz, insbesondere für den Arbeitsaspekt der mütterlichen Situation)

Mütterliche Erschöpfungsdepressionen im ersten und im zweiten Stadium sind, besonders wenn mehrere Kleinkinder da sind und der Vater voll berufstätig ist, vermutlich häufig.¹ Man kann beinahe sagen, dass der Situation der Säuglings- und Kleinkindmutter eine gewisse Neigung zu Erschöpfungszuständen innewohnt. Was damit gemeint ist, wird sofort verständlich, wenn wir uns die ununterbrochenen adaptiven Leistungen, welche die Mutter zur Aufrechterhaltung der familiären Homöostase erbringen muss, vor Augen führen:

- Kleinkinder erfordern eine **dauernde Präsenz**. Ein Kind in der Übungsphase der Individuation (*Mahler*), welches eben gehen gelernt hat und nun mit seiner phasenspezifischen narzisstischen Grandiosität auf die Eroberung der Welt ausgeht, braucht die Mutter nicht nur im Hintergrund zum emotionalen Auftanken; es ist auf die Mutter auch im Sinn eines Hilfs-Ichs angewiesen, weil es vor den realen Gefahren seiner Umgebung geschützt werden muss.