

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=DEV&ID\\_NUMPUBLIE=DEV\\_022&ID\\_ARTICLE=DEV\\_022\\_0089](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=DEV&ID_NUMPUBLIE=DEV_022&ID_ARTICLE=DEV_022_0089)

---

## Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire?

par Bertrand CRAMER

| Médecine & Hygiène | Devenir

2002/2 - Volume 22

ISSN 1015-8154 | pages 89 à 99

---

Pour citer cet article :

— Cramer B., Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire?, Devenir 2002/2, Volume 22, p. 89-99.

---

Distribution électronique Cairn pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## Clinique

# Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ?

Postnatal depression : is it a disorder of the  
« primary maternal preoccupation » ?

Bertrand Cramer\*

## Introduction

La dépression post-partum est considérée comme un facteur étiologique dans de nombreuses hypothèses chères aux cliniciens. Le « syndrome de la mère morte » (A. Green) a emblématisé son rôle pathogène.

Depuis quelque temps des études épidémiologiques (surtout celles de l'équipe de L. Murray et P. Cooper) ont démontré que jusqu'à 10% des mères présente une dépression post-partum. Comme les théories psychanalytiques de la formation des relations d'objet et les travaux sur l'attachement impliquent les toutes premières relations (et les premières interactions) dans la création de structures psychiques et de psychopathologies, l'état thymique de la mère est considéré comme un facteur fondamental; il jouerait un rôle aussi important dans le développement normal que pathologique. Il est compréhensible que l'on retrouve une réflexion sur le rôle potentiellement pathogène des dépressions post-partum dans de nombreuses recherches: études sur la psychopathologie de la reproduction, études transgénérationnelles, études sur les interactions précoces.

Les facteurs *prédisposant* à une dépression post-partum ont ainsi été l'objet de nombreuses recherches dont on trouvera quelques exemples cités dans ce texte. Bien que l'on pense que les phénomènes liés à la naissance jouent un rôle déclencheur clé (c'est l'hypothèse d'un facteur *spécifique* dans la genèse de la dépression post-partum), c'est plutôt vers des facteurs non-spécifiques que penchent la plupart des auteurs: la présence de dépression préalable, les facteurs socio-économiques, les difficultés conjugales, le manque de réseau de soutien sont considérés

\* Professeur honoraire  
à la Faculté de Médecine  
FMH psychiatrie  
et psychothérapie  
Rue Charles Bonnet 10,  
1006 Genève  
E-mail : bcramer@bluewin.ch

comme les facteurs les plus lourdement associés à la survenue d'une dépression post-partum.

L'expérience clinique, surtout lors de psychothérapies mère-bébé, illustre deux facteurs qui militent en faveur d'un rôle spécifique des aléas de la relation mère-enfant précoce :

1. Des conflits interpersonnels très aigus peuvent survenir – parfois dès la naissance – dans les rapports mère-bébé. Ils sont l'effet de projections, dont l'irruption est souvent quasiment dramatique à cause des bouleversements psychiques introduits par ce qu'on appelle souvent la « préoccupation maternelle primaire ». La question se pose dès lors si cet état particulier ne porte pas en lui des ingrédients qui prédisposent à une dépression du post-partum.
2. Les interventions thérapeutiques s'adressant à la dyade mère-bébé – lorsqu'elles ont un effet curatif (ce qui est fréquent) – font non seulement céder les symptômes fonctionnels chez le bébé, mais aussi améliorent simultanément l'état thymique des mères.

Dans cet article, je tente de définir quels sont les facteurs psychologiques maternels qui sont mobilisés par la rencontre avec le bébé, et qui peuvent contribuer à une pathologie de la préoccupation maternelle primaire. Des données cliniques et de recherches illustreront le rôle que peut jouer la relation au bébé comme facteur étiologique spécifique dans certaines dépressions du post-partum.

### **La dépression post-partum (DPP) existe-t-elle comme entité spécifique nosologique ?**

L'intuition clinique impose que l'on considère des facteurs de stress liés à la naissance comme agents de risque, ou comme agents étiologiques dans la survenue des dépressions post-partum.

Cette intuition est basée tout d'abord sur les récits de mères déprimées, relatant leurs difficultés à assumer le rôle de parent et leur désespoir de ne pouvoir comprendre, ou établir une relation satisfaisante avec le bébé. C'est ainsi que les « troubles de la parentalité » sont devenus une appellation nosologique de plus en plus fréquemment employée en psychiatrie de l'enfant, particulièrement dans la période de la petite enfance.

Des données épidémiologiques ont également attiré l'attention sur le post-partum comme « période à risque ». Il y eut tout d'abord l'étude

de Paffenberger (1982) qui démontrait un pic net de l'incidence de premiers épisodes de *psychose* post-partum dans les mois suivant immédiatement la naissance, ce qui soulignait le risque psychopathologique lié à la naissance.

Murray a d'une manière indiscutable démontré que 10% de femmes présenteront une dépression post-partum (1989); Cooper (1988) reporta que la moitié des cas de dépression post-partum avait commencé dans les 3 mois suivant la naissance, ce qui confirmait une élévation d'incidence juste après la naissance (Watson *et al.*, 1984).

Cette haute incidence post-partum rejoignait la conceptualisation d'un lien entre psychopathologie et les « événements de vie » (« life events »), dont la naissance peut être considérée comme un des plus bouleversants. L'approche psychodynamique aussi souligne les facteurs de risque liés à la naissance, surtout à une première naissance: de fille, la femme passe au statut de femme; de deux, le couple doit s'adapter à un tiers; la résurgence de la névrose infantile ainsi que la transparence psychique liée à la grossesse favorisent la réactivation et la prise de conscience de conflits anciens. Le hiatus entre l'enfant imaginaire de la grossesse et l'enfant réel, à la naissance, peut être lui aussi traumatique. De surcroît des données cliniques rétrospectives formulées en psychanalyse d'adulte ont attiré l'attention des praticiens sur la fréquence de dépression maternelles précoces dans l'anamnèse de patients, comme dans « le syndrome de la mère morte ».

En résumé, l'accumulation de ces données militerait pour une conceptualisation spécifique des « causes » des dépressions post-partum: ce serait les bouleversements liés à la grossesse puis à la naissance qui fragiliseraient le psychisme de la mère, la prédisposant à une pathologie dépressive, dont on a vu qu'elle est fréquente.

## **Les arguments de la non spécificité**

Malheureusement, il faut reconnaître que la spécificité de causes comme de la période d'incidence élevée des dépressions post-partum n'est pas vraiment prouvée; une fois de plus, la recherche d'une constellation de facteurs causaux ou contributifs homogènes et univoques dans un syndrome psychiatrique est remise en question.

En effet, des études épidémiologiques et de facteurs causaux font douter d'un lien spécifique entre naissance et dépression.

Il ne semble pas qu'il y ait une réelle augmentation de prévalence et d'incidence de la dépression dans le post-partum comparé avec une

population non puerpérale (Cooper *et al.*, 1988; O'Hara *et al.*, 1988). La recherche des facteurs causaux ou contributifs ne semble pas révéler de spécificité liée à la grossesse et la naissance: par exemple des facteurs de stress liés à des problèmes gynécologiques ou obstétricaux ne sont pas liés de manière spécifique à la dépression post-partum. Bien que des modifications hormonales soient considérables (notamment juste après la naissance), on n'est pas parvenu à relier ces modifications aux survenues de dépression (mais il faut remarquer que les relations entre ces hormones et les neurotransmetteurs n'ont pas été adéquatement étudiées).

Quant aux autres facteurs pouvant être considérés comme causaux ou contributifs, on ne trouve que des associations avec des éléments *non spécifiques*: la présence d'une anamnèse psychiatrique précédente (Watson *et al.*, 1984), d'épisodes dépressifs préalables (Campbell *et al.*, 1992), et d'histoire familiale de dépression est reconnue comme significativement liée à la survenue de dépression post-partum.

Des variables socio-familiales sont également de forts prédicteurs de la survenue de la DPP: la qualité du fonctionnement de couple et – particulièrement – le soutien par le mari apparaissent comme un des prédicteurs les plus fiables (Stein *et al.*, 1989; Watson *et al.*, 1984; Cowan et Cowan, 1992).

Ces données, combinées, ont fait nettement pencher la balance des «causes» du côté de facteurs non spécifiques dans une majorité des recherches rapportées.

Cet article a pour but de contribuer au débat – toujours non résolu – opposant les tenants d'une conception non-spécifique à ceux qui favorisent le rôle spécifique de facteurs de stress liés à la naissance et contribuant à l'éclosion d'une dépression post-partum. Je vais concentrer mon argumentation de facteurs spécifiques dans les dépressions post-partum sur le rôle du bébé et des représentations mentales maternelles le concernant.

## **Le rôle du bébé**

Les études de facteurs de stress et de risque ont favorisé l'observation des variables facilement mesurables de façon objective: socio-économique, et de support familial. Elles ont délaissé le rôle stressant que peut représenter un bébé difficile (l'exception de taille étant l'étude de Murray et Cooper, 1997) et surtout les facteurs psychologiques maternels conflictuels qui peuvent émerger lors de la préoccupation maternelle primaire (un domaine privilégié par les cliniciens d'orientation psychodynamique).

Par ailleurs, les études épidémiologiques ont peut-être été biaisées dans le sens d'une sous-représentation des DPP, à cause de leur configuration clinique souvent atypique. Pitt avait en 1968, dans un article de référence, décrit la DPP comme atypique: ses symptômes étaient surtout manifestés au niveau de l'irritabilité, l'angoisse et les phobies, ce qui peut masquer l'authentique dépression sous-jacente.

Les études des interactions d'une part (Lewis et Rosenblum, 1974) et celles qui se basent sur les données des thérapies mère-bébé, par ailleurs, attestent de l'influence considérable qu'un bébé peut jouer soit dans les aléas de la réciprocité dans l'échange, soit au niveau des représentations mentales que la mère produit au sujet du bébé.

Faut-il rappeler que les interactions résultent de la participation des *deux* partenaires? Des notions telles que réciprocité, contingence, synchronie qui fondèrent les concepts d'interaction révèlent que les influences entre les deux partenaires sont mutuelles. L'étude des interactions quand un bébé présente une pathologie dès la naissance (par exemple, dans l'étude d'enfants aveugles dès la naissance comme l'a démontré Fraiberg en 1964) démontre bien les influences de l'enfant sur les interactions et la communication.

Les études basées sur les thérapies mère-bébé – elles – révèlent surtout comment les représentations mentales de la mère au sujet du bébé et de la relation mère-bébé vont affecter les interactions, et – secondairement – le bébé lui-même et la mère. La mère est affectée par l'émergence d'un conflit d'origine ancienne (dans sa névrose infantile), qui entraîne des ratés dans l'interaction présente avec – simultanément – l'émergence des symptômes fonctionnels chez l'enfant. L'interaction se péjore; les projections négatives s'emballent; l'enfant est perçu comme hypervulnérable, ou agressif ou même persécuteur. La préoccupation maternelle primaire devient angoisse maternelle fondamentale. Le besoin d'hyperprotéger le bébé remplace le désir de le gratifier; le plaisir partagé est transformé en obsession de soins. L'évitement alterne avec l'intrusion. Le bébé est devenu un ennemi à demeure.

C'est dans cette constellation que l'épuisement, l'agressivité contenue et la culpabilité font le lit d'un état dysphorique. Lorsqu'on permet aux associations libres de s'exprimer, on saisit l'importance de l'affect dépressif qui est exprimé le plus souvent sous forme d'impuissance (à comprendre et calmer le bébé) et d'abaissement de l'estime de soi: la mère se sent incompétente.

## Les données des thérapies mère-bébé

Une des originalités des thérapies conjointes, c'est qu'elles focalisent le processus sur la relation au bébé; ce qu'on a appelé l'interaction fantasmatique est l'expression de représentations que se fait la mère de ses relations au bébé; ces données sont immédiatement révélées par les plaintes de la mère, sa description des symptômes de l'enfant et de son angoisse. La présence de l'enfant « dans la chair » ajoute un élément essentiel: on assiste aux modes interactifs qui contribuent aux symptômes; on perçoit les évitements ou les intrusions qui révèlent les modes défensifs de la mère et de l'enfant; on voit comment l'enfant met en échec les efforts maternels et quels sont ses comportements qui provoquent l'angoisse ou le sentiment d'impuissance.

Ces matérialisations interactives (que Lebovici appelait « énactions ») permettent de relier les représentations et affects maternels aux relations avec l'enfant.

Lorsqu'une dépression est trouvée chez la mère, son contenu psychique et sa dynamique interne peuvent être reliés aux vicissitudes de la relation mère-enfant.

### Exemple:

Madame F. amène sa fille Delia (13 mois) qui présente un trouble du sommeil depuis l'âge de 5 mois. La mère est épuisée, elle se lève plusieurs fois par nuit pour consoler le bébé. Elle est déprimée, pleure souvent; elle présente un score de 16 au test de dépression de Beck, ce qui la situe dans le groupe des dépressions cliniques.

Les représentations mentales se focalisent sur elle-même – dans sa fonction maternelle – et sur l'enfant. Elle se décrit ainsi: « Quand on ne fait que s'occuper d'enfants à la maison, on devient inutile; on se perd; on devient personne. » Cette représentation n'est pas seulement disqualifiante; elle va jusqu'à un évanouissement du soi, une vidange de l'identité.

Cette représentation négative est reliée à son histoire infantile: elle a toujours ressenti le besoin de faire une belle carrière pour payer la dette de gratitude qu'elle doit à ses parents qui se sont sacrifiés pour leurs enfants.

De surcroît, elle se sent inférieure à son frère et à sa sœur. Tous deux ayant fait de belles carrières.

Elle s'est sentie obligée de reprendre son emploi quand Délia avait 5 mois, pour assurer son cursus professionnel et se maintenir dans le sillon de l'idéal familial. Mais ce faisant, elle pense avoir délaissé et meurtri Delia. La représentation mentale de celle-là est centrée sur une image d'extrême fragilité.

C'est pour la protéger, et – surtout – pour compenser l'effet de ses absences diverses, que Madame F. s'épuise la nuit à couvrir sa fille.

Ces deux séries de représentations jouent un rôle central dans sa dépression: l'arrivée de l'enfant bloque la mère dans la préoccupation maternelle primaire, l'empêchant de poursuivre son idéal narcissique (la réussite professionnelle); ce thème est très souvent présent chez les jeunes mères en général, puisqu'elles travaillent presque toutes et ressentent une ambivalence quant aux engagements respectifs de la maternité et de la carrière. Chez Madame F., la pratique des tâches maternelles est surtout ressentie comme une perte.

L'autre série de représentations est basée sur l'obsession protectrice de l'enfant. La mère s'épuise – sans succès – à reconforter sa fille de nuit, cherchant – en fait – à se faire pardonner sa quête professionnelle.

On trouve – mêlés – la rage dirigée contre les tâches maternelles et contre l'enfant qui les exige, le sentiment de culpabilité lié à la perte qu'elle croit faire subir à l'enfant, la baisse d'estime de soi, car elle ne se sent compétente ni au travail (où elle pense à sa fille) ni avec l'enfant (qu'elle n'arrive pas à calmer).

### **Préoccupation maternelle primaire: facteur prédisposant à la dépression?**

Rappelons d'abord que Winnicott avait défini la préoccupation maternelle primaire comme une «maladie» et «un état psychiatrique» qui rappelle «un état de repli, ou un état de dissociation, ou une fugue, ou même encore un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus».

Cet état est essentiellement basé sur une identification au bébé, permettant qu'elle «puisse se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins».

C'est une «maladie dite "normale"», qui survient quand la mère est saine (seul Winnicott pouvait se permettre de tels paradoxes!).

Quand les choses se passent mal, la préoccupation «normale» devient une hyperidentification à un bébé fantasmé comme extrêmement vulnérable; parmi les options défensives que peut alors adopter la mère, il y a deux extrêmes: la plus courante, c'est la transformation de la mère en thérapeute obsessionnelle: l'enfant est un moribond qu'il s'agit de surveiller et sauver (surtout la nuit): cette tâche est impossible, car la mère ne peut rien contre la mort imminente; elle s'épuise et – surtout – se culpabilise parce qu'elle se sent responsable de la menace de mort. Elle se disqualifie et s'enfonce dans une forme d'agitation anxieuse qui couve une forme de mélancolie (allant, rarement, jusqu'au désir de suicide à deux).



Ce scénario entraîne une menace au sens d'identité. La mère est comme happée par l'identification au bébé mourant. Ses efforts de soigner l'enfant détruisent son efficience: elle se sent incompétente. Ainsi sont posées les conditions psychologiques pour une décompensation dépressive.

Une autre option défensive est basée sur une tentative forcenée de *dés-identification* au bébé, par angoisse maternelle de revivre – régressivement – son impuissance infantile. Cela se marque par une attitude accusatrice et revendicatrice vis-à-vis du bébé: il est tyrannique, empêche sa mère de s'occuper d'elle-même ou de ses activités (entre autres: professionnelles); il est taxé d'égoïsme et, souvent, d'intentions agressives («Il veut s'imposer à moi, me soumettre. Il m'agresse.»). L'angoisse monte chez la mère en fonction de la haine qu'elle ressent contre ce tyran. Dans ce cas, c'est le sentiment de rage et l'impuissance liée à l'incompréhension totale de l'enfant qui prédomine, plutôt que la dépression.

Bien d'autres configurations de pathologies de la préoccupation maternelle primaire (ou de la parentalité, comme on dirait aujourd'hui) sont possibles (Manzano J., Palacio-Espasa F., Zilkha N., 1999). Ce que j'ai voulu illustrer dans cette description avant tout, c'est la forme pathologique de la préoccupation maternelle qui entraîne (ou accompagne) une dépression post-partum: c'est l'épuisement des ressources narcissiques et libidinales du «self» maternel par excès d'identification à un enfant fantasmé comme hypervulnérable, accompagné de défenses marquées par l'obsessionnalisation des soins, sur un mode thérapeutique, agité et – finalement – inefficace. Cela mène à une baisse marquée de l'estime de soi et à la culpabilité pathologique.

### **La thérapie de la relation mère-bébé soigne la dépression post-partum**

Une étude des effets des thérapies mère-bébé, conduite à la Clinique de psychiatrie de l'enfant de Genève, nous a permis d'étudier de nombreuses variables concernant la mère, l'enfant (de moins de 30 mois) et les interactions, sur 75 dyades. Les résultats généraux ont été publiés – entre autres – dans le *Infant Mental Health Journal* (1996). On y trouve une description de la population, de la méthode et des résultats principaux (Robert-Tissot C. *et al.*, 1996). Je me contenterai ici de rapporter quelques résultats qui illustrent le point essentiel que j'argumente dans cet article: que certaines dépressions du post-partum sont intimement

liées à un trouble relationnel mère-enfant (je fais référence ici à la conceptualisation proposée par Sameroff, A. et Emde, R. des troubles de la petite enfance comme « Relationship Disturbances », 1985).

Dans les traitements de mères et de bébés consultant surtout pour des troubles fonctionnels, nous avons été frappés par la fréquence d'états dépressifs maternels: les 61 mères testées tombaient dans 3 groupes au « Beck Depression Inventory » (BDI), 1<sup>er</sup> groupe: 33% ne montrait pas d'affect dépressif (score de 0 à 7 points); 2<sup>e</sup> groupe: 41% montrait un affect dépressif modéré (8 à 15 points); 3<sup>e</sup> groupe: un surprenant 26% montrait un affect dépressif moyen à sévère (score de 16 à 32 points). Nous avons ensuite cherché quelles variables étaient associées à chacun de ces groupes.

### **Culpabilité et estime de soi**

Nous avons évalué les sentiments maternels de culpabilité au sujet de l'enfant, ainsi que l'estime de soi dans le rôle maternel. Pour ce faire nous avons employé un questionnaire, basé sur des échelles bipolaires allant de 0 (pas de culpabilité, très bonne estime de soi) à 100 (culpabilité intense, mauvaise estime de soi).

Nous avons été frappés par le fait que les scores rapportés par les mères se répartissaient de manière significative dans les 3 groupes de mères comme le prévoyait la clinique: culpabilité et estime de soi étaient les plus pathologiques dans le groupe 3 (affect dépressif moyen à sévère), et les plus normales dans le groupe 1 (pas d'affect dépressif) avec des scores moyens dans le groupe 2 (affect dépressif modéré).

### **Effet des thérapies**

Ce qui fut plus surprenant, c'est qu'après les thérapies les scores des 3 groupes ont diminué de façon significative, et que – de surcroît – les scores révélant un état de détresse chez les enfants ont diminué de façon parallèle: les enfants des mères les plus déprimées présentaient les scores de détresse les plus élevés avant la thérapie: ils ont démontré la plus grande diminution (chez les enfants des 3 groupes de mères) après le traitement (pour une description détaillée de ces résultats, cf. C. Robert-Tissot *et al.*, 1996 et B. Cramer, 1993). Ces résultats révèlent des associations, non des relations de cause à effet. Il est pourtant possible de dire que les thérapies traitant la relation mère-bébé (avec tout ce que cela comporte de remaniements des représentations, des affects, de la parentalité, etc.) améliorent simultanément l'état subjectif des mères (surtout au niveau de l'estime de soi, par le biais d'une compétence et du

### Résumé

Des conflits inter-relationnels entre la mère et son bébé sont souvent présents dans les dépressions du post-partum. Il s'agit de vicissitudes pathologiques de la préoccupation maternelle primaire, décrite par Winnicott. Ce point de vue est argumenté à l'aide de matériel clinique et de résultats de recherches sur les thérapies mère-bébé. Il étaye une conception spécifique de causes et de facteurs de risque liés à la naissance, pour le développement de certaines dépressions du post-partum. Même dans les dépressions du post-partum liées à des facteurs non spécifiques (dépressions préalables, facteurs sociaux, familiaux et économiques), une évaluation de la relation mère-bébé est indiquée. Des thérapies mère-bébé peuvent améliorer l'état dépressif dans le post-partum.

### Mots-clés

Dépression du post partum.  
Troubles interactifs  
mère-bébé.  
Thérapies mères-bébé.

plaisir retrouvé) et des états de détresse de l'enfant. L'examen clinique confirmait ces données, surtout au niveau de l'amélioration thymique des mères.

Les travaux de Murray et Cooper, qui sont à la pointe des études sur les dépressions post-partum (et leurs effets sur les bébés) ont démontré le même effet (Murray L., Cooper P., 1997) des thérapies simultanément sur l'état thymique des mères et sur le bébé.

Après avoir appliqué trois formes différentes de thérapies mère-bébé, comparées à un groupe contrôle recevant des soins de base (sans thérapie), 40% des mères ne correspondait plus aux critères des DSM III R d'état dépressif majeur après la thérapie mère-bébé, alors que le groupe contrôle ne montrait pas d'amélioration.

Leur conclusion: des interventions psychothérapeutiques brèves, visant la relation mère enfant, améliorent de façon significative l'état dépressif maternel.

## Conclusion

J'ai souligné l'intérêt d'une conceptualisation *spécifique* des DPP, en me basant sur des données cliniques, avec un accent particulier sur les retentissements psychologiques de préoccupations maternelles primaires pathologiques.

Le post-partum est une période de risque pour la psychopathologie maternelle.

Dans un certain nombre de DPP, un conflit inter-relationnel mère-bébé s'installe, minant les ressources narcissiques et libidinales de la mère, faisant le lit d'une évolution dépressive. Bien qu'on doive reconnaître l'existence de différentes formes de DPP ainsi que le rôle d'autres facteurs de risque (non spécifiques), tels que la préexistence d'épisodes dépressifs ainsi que le rôle de la dynamique du couple, il est indiqué d'évaluer soigneusement le rôle de conflits inter-relationnels mère-bébé dans toutes les dépressions du post-partum.

L'intérêt principal de cette conceptualisation réside dans le fait qu'elle oriente l'approche thérapeutique vers une prise en charge et une élucidation des aléas de la relation mère-bébé, ce qui – secondairement – traite la dépression maternelle.

### Références

[1] CAMPBELL S., COHN J.F., FLANAGAN C., POPPER S. MEYERS T.: Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 1992; 4: 29-47.

- [2] COOPER P.J., CAMPBELL E.A., DAY A., KENNERLEY H., BOND A.: Non psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 1988; 152: 799-806.
- [3] COWAN P., COWAN P.A.: *When partners become parents*. New York: Basic Books, 1992.
- [4] CRAMER B.: Are postpartum depression a mother-infant relationship disorder. *Infant Mental Health Journal*, 1993; 14.4: 283-297.
- [5] FRAIBERG S., FREEDMAN D.A.: Studies in the ego development of the congenitally blind child. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1964; 19: 113-169.
- [6] LEWIS M., ROSENBLUM L.A. (Eds): *The effects of the infant on its caregivers*. New York: John Wiley, 1974.
- [7] MANZANO J., PALACIO-ESPASA F., ZILKHA N.: *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. P.U.F., Paris, 1999.
- [8] MURRAY L.: Childbirth as a life event: the Cambridge study of postnatal depression and infant development. In J. Cox et E.S. Paykel (Eds.), *Life events and postpartum psychiatric disorders* (23-37). Southampton: Southampton University Press, 1989.
- [9] MURRAY L., COOPER P.J.: (1997). The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcomes. in: Murray L. Cooper P.J. (Eds). *Postpartum depression and child development*. Guilford press. N.Y. London, 1997.
- [10] O'HARA M.W., ZEKOSKI E.M.: Post-partum depression: A comprehensive review. in R. Kumar et I.F. Brockington /Eds.), *Motherhood and mental illness*, 1988; 2: 17-63. London: Butterworth.
- [11] PAFFENBARGER R.S.: (1982). Epidemiological aspects of mental illness associated with childbearing. In R. Kumar et I.F. Brockington (Eds.), *Motherhood and mental illness* (21-25). London: Academic Press, 1982.
- [12] PITT B.: Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 1968; 114: 1325-1335.
- [13] ROBERT-TISSOT C., CRAMER B., STERN D. et al.: Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal.*, 1996; 17: 97-114.
- [14] SAMEROFF A.J., EMDE R.N.: *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books, 1985.
- [15] STEIN A. COOPER P.J., CAMPBELL E.A., DAY A., ALTMAN P.E.M.: Social adversity and perinatal complications: Their relation to postnatal depression. *British Medical Journal*, 1989; 298: 1073-1074.
- [16] WATSON J.P., ELLIOTT S.A., RUGG A.J., BROUGH D.I.: Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 1984; 144: 453-462.

### Summary

Some forms of interpersonal disorders between mother and child are frequently observed within the picture of postnatal depression. This seems to be a feature of troubled maternal preoccupation, as Winnicott stated it. This is supported by clinical experience and by research on mother-child therapy, and supports the author's specific position on causation and risk factors for development of postpartum depression. Even when DPN is linked with non specific factors (already existing depression, social and familial factors), it may be useful to assess the mother-child interaction. Mother-infant therapy may be effective in healing postpartum depression.

### Key words

Postnatal depression.  
Mother-infant interaction disorders.  
Mother-infant therapy.