

5

Facteurs de risque familiaux

Les influences environnementales doivent être considérées dans le contexte des interactions avec les caractéristiques individuelles. Par exemple, des facteurs génétiques peuvent influencer la survenue d'événements de vie (corrélations gène-environnement) ou augmenter la vulnérabilité à certains facteurs d'environnement (interactions gène-environnement). Les principaux types de relations entre la personne et son environnement peuvent être illustrés comme suit :

- l'impact des facteurs environnementaux varie en fonction du style de réactivité des individus. La susceptibilité aux effets de l'environnement peut en partie être tributaire de facteurs génétiques. Kendler et coll. (1995) ont ainsi montré que le risque de développer un état dépressif majeur après un événement de vie négatif était plus élevé chez les sujets chez lesquels le poids des facteurs génétiques était le plus élevé ;
- les individus ont un rôle actif sur leur environnement. Les caractéristiques individuelles sont susceptibles d'influencer la fréquence des événements de vie, comme la nature des expériences antérieures influence la façon dont un individu va réagir à un stress environnemental (Rutter, 1997) ;
- les facteurs génétiques peuvent être corrélés avec des facteurs environnementaux. Ce type de relation est par exemple possible dans le risque familial de dépression, où peuvent se conjuguer les effets génétiques directs et les altérations des échanges parents-enfant induites par l'état dépressif (Rutter et Quinton, 1990).

Il faut également noter que l'impact à long terme des facteurs environnementaux est susceptible de se manifester par l'intermédiaire de mécanismes différents, par la vulnérabilisation du sujet ou par l'augmentation de fréquence des événements négatifs récents, par exemple. En dehors de l'effet traumatique direct, il se peut donc que des effets indirects jouent un rôle important.

Différents facteurs de risque familiaux peuvent être envisagés :

- conflits ou séparation des parents ;
- relations parents-enfant conflictuelles ;
- décès d'un parent ;
- maltraitance et violence familiales ;
- carences éducatives, perturbation des liens d'attachement ;
- psychopathologie parentale.

Conflits ou séparation des parents

Le facteur de stress le plus fréquemment retrouvé chez les enfants est le divorce des parents (Maughan et McCarthy, 1997). Les troubles potentiellement rencontrés en cas de stress sont principalement l'anxiété, les troubles de l'humeur ou comportementaux et la toxicomanie (Aseltine, 1996 ; Fergusson et coll., 1994).

Ce stress a pendant longtemps été attribué à l'absence de l'un des parents à la suite du divorce, mais des études ultérieures ont montré qu'il est surtout lié à la rupture des relations parents/enfants et au fait que celles-ci sont rendues plus difficiles avant et après le divorce (Rutter, 1995). Les enfants de couples divorcés ou séparés sont en réalité susceptibles de faire l'expérience de multiples facteurs de stress :

- détresse émotionnelle des parents, moindre disponibilité pour l'enfant ;
- difficultés économiques, changement de statut social ;
- déménagement, changement d'école ;
- persistance de conflits entre les parents ;
- recomposition des familles.

À court terme, le divorce des parents est associé à un risque augmenté de psychopathologie générale chez l'enfant, à travers des symptômes aussi bien externalisés (troubles visibles du comportement) qu'internalisés (troubles anxiodépressifs). Toutefois, les études longitudinales montrent que ce risque est repérable bien avant la séparation effective des parents, et semble plus en relation avec les conflits parentaux qu'avec le divorce lui-même (Cherlin et coll., 1991). Le retentissement à court terme est maximal dans la période précédant ou suivant immédiatement le divorce, et a tendance à s'atténuer avec le temps (Amato, 1993). Certaines études ont montré chez l'enfant un retentissement plus important sur l'adaptation psychosociale chez le garçon (Hetherington, 1985) ; l'influence de l'âge de l'enfant au moment de la survenue du divorce est encore controversée (Maughan et McCarthy, 1997).

L'impact du divorce des parents sur la santé mentale au début de l'âge adulte est médié par des facteurs tels que l'échec scolaire, les difficultés émotionnelles et le niveau socioéconomique des parents. Par rapport aux enfants issus de familles stables, les enfants de couples divorcés ont 40 % de risque d'avoir des symptômes dépressifs à l'âge adulte ; il faut cependant noter que la valeur prédictive de ce facteur reste faible, puisque seuls 11 % de l'échantillon ont une symptomatologie dépressive significative (Case-Lansdale, 1995). Dans une seconde cohorte, le divorce des parents était associé à un risque plus élevé de discorde conjugale à l'âge adulte. Le risque de symptomatologie dépressive est élevé chez les femmes issues de couples divorcés, mais seulement chez celles qui ont fait l'expérience d'un échec affectif au cours de leur vie adulte (Rodgers, 1994). Une autre étude ne montre pas d'influence du sexe sur la relation entre séparation des parents et psychopathologie à l'adolescence (Fergusson et coll., 1994). Parmi les variables susceptibles d'influencer la

relation entre divorce et dépression à l'adolescence, Palosaari et coll. (1996) ont identifié l'estime de soi et les relations parents-enfant : dans cette étude menée dans une cohorte finlandaise, une estime de soi faible à 16 ans était un précurseur d'une symptomatologie dépressive chez le jeune adulte, quelle que soit la situation familiale et le sexe. Les filles ayant une faible estime de soi et une relation distante avec leur père étaient aussi celles chez qui un impact à long terme du divorce parental était le plus probable.

Les problèmes financiers des parents divorcés ou séparés élevant seuls leurs enfants joueraient également un rôle important, par effet direct ou indirect *via* une dépression ou un manque de disponibilité parentale (Aseltine, 1996). L'auteur montre dans son étude menée pendant trois ans auprès de 1 208 adolescents âgés de 14 à 17 ans que les enfants dont les parents se sont remariés sont significativement moins dépressifs que ceux dont les parents sont restés célibataires. Ce résultat s'explique probablement par le fait que les familles monoparentales doivent faire face à un stress plus aigu et à des difficultés financières et relationnelles plus importantes que les familles recomposées (Aseltine, 1996).

Les facteurs familiaux postérieurs au divorce ont également fait l'objet d'études. Les relations entre la fréquence des contacts avec le père et l'adaptation psychosociale des enfants sont variables. Si les études les plus anciennes ne mettent en évidence aucune influence de ce facteur, des travaux plus récents, tenant compte du degré de conflit persistant après la séparation, montrent des résultats plus nuancés : des contacts fréquents avec le père sont associés à un impact positif dans les familles peu conflictuelles, alors que l'inverse est constaté (chez les garçons, mais pas chez les filles) dans les familles chez lesquelles persiste une mésentente importante (Amato et Rezac, 1994). Par ailleurs, la qualité des relations et un rôle parental actif (surveillance des devoirs, étayage affectif, éducation...) de la part du père sont plus fortement associés au bien-être psychologique des enfants que la fréquence des contacts en soi, ce qui implique que les pères divorcés ne devraient pas se cantonner aux seules activités de loisir avec leurs enfants (Amato et Gilbreth, 1999). L'influence du mode de garde sur le bien-être des enfants varie selon le degré de conflit familial persistant après la séparation des parents. L'autorité parentale conjointe n'est associée à une adaptation positive que dans les familles peu conflictuelles ; si le degré de mésentente est élevé, l'enfant présente alors un risque plus important de difficultés psychosociales, surtout s'il s'agit d'une fille. De façon générale, les dissensions persistant après la séparation des parents ont un impact délétère, surtout si l'enfant est impliqué par l'un ou l'autre des parents dans des conflits de loyauté (Kelly, 2000).

L'impact à long terme du divorce sur les troubles de l'humeur semble donc indirect, lié à la discorde conjugale plus qu'à la séparation en elle-même, et en relation avec des trajectoires développementales déviantes. Lorsque les facteurs de confusion sont contrôlés, l'*odds ratio* associé à la relation entre troubles de l'humeur internalisés et externalisés à l'adolescence et séparation

des parents durant l'enfance est de 1,46 (Ferguson et coll., 1994). Ainsi, si la relation entre conflits conjugaux et troubles de l'adaptation de l'enfant est bien démontrée, il faut noter que la majorité des enfants qui vivent ce type de situation ne développent pas de troubles (Fincham et Osborne, 1993). Cela peut être expliqué par l'existence de facteurs de protection comme le remariage des parents, l'existence d'une bonne relation de l'enfant avec au moins l'un des parents et une bonne intégration dans le groupe des pairs. Il faut également tenir compte du fait que, dans la plupart des études, les indicateurs sont des symptômes internalisés ou externalisés, dimensionnels, et que l'existence de troubles cliniquement significatifs n'est bien souvent pas documentée précisément.

Un divorce ayant lieu avant la huitième année de l'enfant est dans une étude de Pagani et coll. (1997) un facteur de risque d'hyperactivité. Ce trouble touche principalement les garçons et n'apparaît non pas au moment des conflits parentaux avant le divorce, mais après, avec un pic à l'âge de 8 ans. Le remariage des parents a un effet bénéfique lorsqu'il a lieu entre la sixième et la huitième année de l'enfant, probablement du fait que l'enfant se retrouve dans un environnement familial stable. Pour d'autres auteurs, l'existence de conflits familiaux n'a aucune corrélation avec l'apparition de troubles tels que l'hyperactivité (Woodward et coll., 1998).

Une étude de Rastam et Gillberg montre que la fréquence des conflits familiaux (divorce, conflits parentaux, existence d'enfants illégitimes, discorde parentale au sujet de l'éducation et des soins des enfants) est significativement plus élevée au sein des familles d'adolescents anorexiques qu'au sein des familles témoins (Rastam et Gillberg, 1991). La dynamique familiale semble donc très fortement impliquée, mais il est difficile de savoir s'il s'agit d'une influence primaire ou secondaire. Les familles de sujets boulimiques sont souvent plus désorganisées et les familles de patients anorexiques semblent avoir davantage de problèmes d'anxiété, de maîtrise ; les références à l'idéal y jouent un rôle beaucoup plus contraignant, bien que ces éléments ne soient pas d'une grande spécificité.

Perte ou séparation d'un parent proche

La perte de la mère avant l'âge de 11 ans est associée à un risque significatif de troubles dépressifs à l'âge adulte (OR = 2,3 pour les femmes). Ce risque existe probablement aussi pour la perte du père, mais doit être confirmé par d'autres études puisque la plupart des données disponibles concernent des échantillons féminins (Patten, 1991). Les facteurs génétiques constituent ici une source de confusion, dans la mesure où le décès précoce du parent peut également être en rapport avec un trouble psychiatrique.

236 Patten et coll. (1997) considèrent que la dépression de l'enfant serait due non pas à l'absence d'un ou des deux parents, mais au manque d'un confident.

Ainsi, l'étude de 5 531 adolescents vivant soit avec leurs deux parents, soit avec l'un des deux, soit avec des parents de substitution, montre que, quelle que soit la structure familiale, les adolescents souffrant de dépression ont souvent une carence de confident adulte.

Rastam et Gillberg (1991) ont observé que la fréquence de décès d'un proche (parent, frère, sœur), parmi les familles d'adolescents anorexiques est plus importante que parmi les familles témoins.

Relations parents/enfants conflictuelles

Des relations conflictuelles parents/enfants (attitude de rejet ou manque de soins et d'attention de la part des parents, insatisfaction maternelle) ont été rapportées dans les études comme pouvant être source de problèmes psychologiques chez les enfants, dont l'anxiété et la dépression (Dadds et Barrett, 1996 ; Palosaari et coll., 1996 ; Frank et coll., 1997 ; Hirshfeld et coll., 1997). Plusieurs de ces études ont cependant beaucoup de limites méthodologiques.

Des études réalisées sur des enfants d'une même fratrie montrent que ceux qui présentent le plus de risques de devenir dépressifs sont ceux qui ont des relations conflictuelles avec leurs parents (Wamboldt et Wamboldt, 2000). Lorsque les conflits n'ont lieu qu'avec un seul des deux parents, les symptômes dépressifs de l'enfant pourraient ne pas être les mêmes que ceux apparaissant chez les enfants qui sont en conflit avec les deux parents. Certains comportements parentaux (surprotecteur, répressif ou de favoritisme) sont signalés comme pouvant induire une dépression en particulier chez la fille (Gilbert et coll., 1996). D'après une étude, les patients dysthymiques auraient eu un plus grand nombre de conflits avec leurs parents et auraient fait l'objet de moins de soins que les patients dépressifs (Lizardi et coll., 1995).

La relation mère/enfant joue un rôle essentiel : non seulement les liens affectifs permettent à l'enfant de se sentir aimé et d'avoir une bonne image de soi, mais ils neutralisent aussi l'impact que peuvent avoir certains facteurs extérieurs (problèmes socioéconomiques, troubles psychologiques de la mère). Ainsi, plus la sécurité affective est importante, moins les enfants sont dépressifs (Graham et Easterbrooks, 2000). Dumas et coll. (1995) ont comparé les échanges mère/enfant et enfant/mère au cours de tests expérimentaux chez des enfants anxieux et des témoins, tous âgés en moyenne de 4 ans. Ils montrent que les mères des enfants anxieux ont une attitude plus aversive au cours des échanges avec leurs enfants et supportent moins bien l'intervention des enfants dans ces échanges.

Dans une étude, l'hyperactivité chez l'enfant (30 enfants hyperactifs comparés à 28 témoins, tous âgés entre 7 et 10 ans) a été trouvée associée significativement à une éducation rigide ainsi qu'à une attitude agressive et négative des parents vis-à-vis de leur enfant (Woodward et coll., 1998). Cependant, il est

difficile de distinguer ce qui est secondaire à la pathologie de l'enfant de ce qui revient à des attitudes parentales délétères préalables aux troubles de l'enfant.

Des problèmes relationnels entre enfants et parents ont été impliqués dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent. Selon Humphrey (1987), les parents des enfants souffrant de troubles du comportement alimentaire apparaissent moins protecteurs, moins attentionnés et moins réconfortants que les parents témoins. Ils sont aussi plus sévères, moins confiants vis-à-vis de leur enfant et font plus de remontrances. Inversement, les enfants anorexiques/boulimiques sont moins réconfortants et moins gais avec leurs parents. Ils sont aussi plus critiques et boudeurs. Par ailleurs, les parents ont tendance à avoir une attitude ambivalente quant à l'indépendance de leur enfant : ils leur laissent une certaine autonomie, puis redeviennent autoritaires dès que l'enfant exprime son désir d'indépendance. Cette attitude est contraire à celle des parents témoins qui encouragent l'enfant à prendre son indépendance et en parlent sans ambiguïté. De même, les enfants anorexiques/boulimiques parlent beaucoup moins facilement et avec moins de confiance avec leurs parents que les enfants témoins. Cependant l'étude étant menée après l'émergence des troubles du comportement alimentaire, et il est difficile de déterminer si les relations conflictuelles parents/enfant sont causées ou aggravées par la pathologie.

Plusieurs études se sont attachées à évaluer l'environnement familial, et en particulier la qualité des transactions familiales, chez les enfants schizophrènes ou à risque (Asarnow et coll., 1988 ; 1994 ; Cook et coll., 1990 ; Tompson et coll., 1990). Si les enfants schizophrènes présentent plus fréquemment au cours des interactions familiales des difficultés à maintenir leur attention (se traduisant par exemple par un éloignement du sujet objet de l'interaction), et des troubles de la pensée, leurs parents manifestent plus souvent des attitudes de critiques acerbes et de commentaires sévères. Les troubles de la communication intrafamiliale ont ainsi parfois été tenus pour déterminants dans l'écllosion de la schizophrénie. Pourtant, les études montrent que, lorsque les parents d'enfants schizophrènes sont invités à parler de leur enfant en son absence, ils ne manifestent pas plus d'hostilité ou d'attitudes émotionnelles excessives que les parents des enfants contrôles. Ces données laissent à penser que le comportement des parents d'enfant schizophrène pourrait être, en partie au moins, déterminé par les difficultés de communication que présente leur enfant.

Maltraitance et violence familiales

238 La maltraitance et la violence intrafamiliales sont généralement associés à une constellation de différents types de difficultés familiales (Emery et Laumann-Billings, 1998) telles que les problèmes sociaux (pauvreté, désorganisation

sociale, chômage, décès), la psychopathologie parentale (dépression, schizophrénie...) ou encore les conflits conjugaux. Cette pléiade de facteurs impliqués dans l'émergence d'une maltraitance physique ou psychique rend difficile l'estimation de ses conséquences directes sur l'équilibre affectif de l'enfant.

L'apparition des troubles psychologiques chez les enfants victimes d'abus sexuels dépend de différents facteurs (Sirles et coll., 1989) : de l'âge de l'enfant au moment des abus, du lien de parenté avec l'agresseur, de l'existence de problèmes familiaux, de la fréquence des abus.

Les abus sexuels dans l'enfance sont liés à un risque élevé de psychopathologie à l'âge adulte : par rapport aux sujets n'ayant pas subi de sévices sexuels, le risque de troubles anxieux et dépressifs chez les femmes est deux fois plus important et le risque de tentative de suicide vingt fois plus important, quel que soit le type d'abus sexuel (Maughan et McCarthy, 1997). D'autres troubles, comme la personnalité *borderline* ou les personnalités multiples, sont également plus fréquemment retrouvés en association avec des antécédents d'abus sexuels. La sévérité de ces derniers est également liée à un retentissement émotionnel plus intense. Si l'augmentation du risque de psychopathologie est bien significative, la valeur prédictive de ce facteur est modérée puisque seuls 18 % de l'échantillon (contre 6 % des témoins) avaient un trouble au moment de l'évaluation (Mullen et coll., 1993). Les mécanismes hypothétiques de cette augmentation de la psychopathologie sont une perturbation du sentiment d'identité (estime de soi, troubles de l'identité et de l'image corporelle) et une dysrégulation thymique et comportementale (Putnam et Trickett, 1993).

La maltraitance physique est également associée à des perturbations variées : augmentation des abus de substances, des troubles dépressifs, des difficultés relationnelles et des comportements auto- et hétéroagressifs. Le risque de répétition transgénérationnelle de ce type de violence est estimé à 30 % (Knutson, 1995). Les conséquences à court terme des violences physiques sont la perturbation des capacités de régulation émotionnelle, du sentiment d'identité (y compris de l'identité sexuelle), des liens d'attachement et de l'adaptation scolaire (Chichetti et Toth, 1995). L'impact des violences intrafamiliales au cours de l'enfance sur la dépression récurrente à long terme est médié par des dysfonctionnements chroniques dans les relations affectives à l'âge adulte (Kessler et Magee, 1994).

Les enfants ayant une dysthymie à début précoce rapportent plus d'abus physiques et sexuels et, de façon plus générale, des interactions parents-enfant plus insatisfaisantes que les enfants ayant un trouble dépressif majeur (Lizardi et coll., 1995). Kaufman et coll. (1998) ont étudié la prévalence des épisodes dépressifs majeurs chez les apparentés d'enfants déprimés ayant subi une maltraitance physique ou psychologique (dont 77 % d'abus sexuels) en les comparant à des enfants déprimés sans maltraitance, et à des témoins sains. Par rapport aux témoins, les apparentés des enfants déprimés-maltraités ont

une prévalence sur la vie entière de troubles dépressifs neuf fois plus importante. Les apparentés de second degré d'enfants déprimés-maltraités ont une prévalence plus élevée de troubles dépressifs que les apparentés de second degré d'enfants déprimés-non maltraités (les apparentés de premier degré obtiennent des taux comparables). Les auteurs soulignent l'importance de la vulnérabilité dépressive familiale, le risque étant probablement majoré par l'existence d'antécédents de maltraitance (Kaufman et coll., 1998).

La question du rôle joué par les antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance dans la pathogenèse des troubles des conduites alimentaires est complexe. Les comparaisons de patientes boulimiques avec des sujets sains ou souffrant d'autres troubles psychiatriques ont montré peu de différences, ce qui tendrait à prouver que les relations entre antécédents d'abus sexuels dans l'enfance et troubles des conduites alimentaires n'ont, en termes de co-occurrence, rien de spécifique. Les seules études ayant pris en considération les atmosphères incestueuses, afin de les distinguer au mieux d'événements traumatiques dans la réalité, retrouvent des chiffres équivalents, avec un pourcentage d'abus sexuels patents dans une population de femmes boulimiques égal à 7 %, c'est-à-dire voisin de celui observé dans la population générale.

Carences éducatives, perturbation des liens d'attachement

L'existence de carences éducatives apparaît comme l'un des facteurs les plus fréquemment associés aux troubles dépressifs dans les études rétrospectives. Elles augmentent le risque de troubles dépressifs chez les enfants ayant vécu la perte ou la séparation prolongée d'avec un parent (Bifulco et coll., 1992). Elles sont également associées à d'autres facteurs de risque comme l'existence de discorde parentale, de violences intrafamiliales, de psychopathologie parentale qui élèvent le risque de dépression entre 1,4 et 2,6 fois alors que les risques associés aux formes les plus sévères de carence sont deux fois plus élevés (Kessler et Magee, 1994).

Les voies développementales qui relient les carences familiales aux troubles dépressifs impliquent également des mécanismes indirects comme l'exposition ou la vulnérabilité à d'autres événements négatifs ou facteurs de stress chroniques. Deux types de trajectoires développementales ont été postulées, qui demandent cependant à être étayés par des études longitudinales (Brown et Moran, 1994) :

- une voie « environnementale », qui se caractérise par un cumul des risques « psychosociaux » : événements de vie négatifs, faible niveau socioéconomique, grossesses précoces...
- une voie caractérisée par des perturbations identitaires : l'impact des événements négatifs durant l'enfance se traduirait ici par une vulnérabilité dépressive au stress accrue, par exemple à travers des schémas cognitifs dépressogènes.

Il faut également souligner l'impact des caractéristiques individuelles de l'enfant et des parents sur le style éducatif. Les enfants ayant un tempérament difficile seraient plus vulnérables vis-à-vis des troubles des interactions parents-enfant (Rutter et Quinton, 1984). Par ailleurs, le poids des facteurs génétiques dans le comportement des parents vis-à-vis des enfants est estimé à 20 %. En fait, le style éducatif et les interactions parents-enfant en général font intervenir des facteurs génétiques (des parents et des enfants), des facteurs d'environnement partagé (dans l'éducation commune à la fratrie) et des facteurs d'environnement non partagé (dans ce que les interactions parents-enfant ont de spécifique pour chaque enfant d'une fratrie). Dans les troubles internalisés, il semble que les interactions spécifiques jouent un rôle important, alors que, dans les troubles externalisés, ce sont surtout les facteurs d'environnement partagé qui sont incriminés (Wamboldt et Wamboldt, 2000).

L'attachement insécuré (dont les liens avec la dépression maternelle seront abordés plus loin) a également été identifié comme facteur de risque des troubles dépressifs de l'enfance. Une perturbation des représentations internes des relations à autrui et de l'estime de soi pourrait être impliquée dans l'association dépression-attachement insécuré (Cicchetti et Toth 1998 ; Cummings et Davies, 1994). L'attachement insécuré pourrait intervenir dans la vulnérabilité dépressive, mais aussi dans l'expression et le maintien des symptômes. L'attachement sécuré semble être un facteur de protection ; dans l'étude de Graham et Easterbrooks (2000), il protège l'enfant des effets dépressogènes de conditions socioéconomiques défavorables.

Il se développe actuellement de nombreux travaux expérimentaux sur les troubles des conduites alimentaires qui font référence à des troubles de l'interaction mère/enfant ou des interactions familiales. La théorie de l'attachement a permis le développement d'outils d'investigation de ces interactions et de leur intériorisation. Le degré de sécurité de l'attachement ainsi que ses aspects qualitatifs peuvent être évalués. La grande majorité des travaux récents ayant utilisé ces outils font apparaître une incidence élevée de l'attachement insécuré chez les sujets présentant des troubles des conduites alimentaires. Depuis Bowlby, on distingue habituellement deux formes d'attachement insécuré : évitant ou détaché et ambivalent ou préoccupé. Dans les troubles des conduites alimentaires, il semble exister des différences entre les patientes anorexiques et les patientes boulimiques : les patientes anorexiques appartiennent le plus souvent à la catégorie « évitant ou détaché » et les boulimiques à la catégorie « ambivalent ou préoccupé » (Candelori et Ciocca, 1998). Ainsi, il semble bien que les troubles de l'attachement puissent constituer un facteur de risque dans la survenue de troubles des conduites alimentaires et également un facteur de pronostic. Toutefois, des études plus fines portant sur des aspects spécifiques de l'attachement sont nécessaires pour préciser leur éventuel rôle étiologique.

Troubles mentaux chez les parents

Les enfants de mères dépressives ou souffrant d'un autre trouble mental présentent significativement plus de troubles intériorisés du comportement que les enfants témoins ou dont la mère a d'autres problèmes de santé. Les mêmes résultats sont observés pour l'anxiété, la mauvaise image de soi, les troubles de l'humeur et la somatisation. Pour Lee et Gotlib (1989), c'est la présence des troubles mentaux chez la mère plutôt que leur nature ou leur nombre qui induit des troubles mentaux chez l'enfant.

Une mère schizophrène ou dépressive, si elle est seule à élever son enfant par exemple, ne peut pas établir une relation satisfaisante avec lui (inexpression du visage, absence de sourires et de dialogue, manque de contacts physiques), ce qui peut perturber de façon durable le développement affectif et cognitif du bébé. Ainsi dans certains contextes d'élevage à l'occidental, la dépression maternelle pourrait contribuer à développer un trouble de l'attachement. Ces troubles seraient plus importants lorsque l'enfant est un garçon, et pourraient être atténués par l'allaitement (Oates, 1997). Peu d'études ont été réalisées sur les troubles mentaux chez le père (Phares et Compas, 1992).

Troubles dépressifs chez les parents

Les familles dans lesquelles l'un des parents est déprimé ont un risque plus élevé de conflits familiaux et de difficultés éducatives ; ces dysfonctionnements entraînent un risque accru de psychopathologie chez l'enfant, même en l'absence de trouble mental chez l'un des parents (Downey et Coyne, 1990). De même, les parents déprimés ont plus d'interactions hostiles avec leurs enfants et tendent à prêter une attention plus grande aux échecs qu'aux succès de ces derniers (Cole et Rehm, 1986). Les mères déprimées engagent également moins d'interactions avec leurs enfants que les mères témoins (Tarullo et coll., 1994).

Les enfants de parents déprimés ont une prévalence accrue de troubles dépressifs majeurs, mais aussi d'abus de substances, de difficultés psycho-sociales, d'échec scolaire. La relation entre dépression parentale et dépression de l'enfant a cependant une certaine spécificité, sans qu'il soit possible de différencier ce qui revient respectivement aux facteurs génétiques et environnementaux (Weissman et coll., 1984). L'âge de survenue de l'épisode dépressif est plus précoce chez les enfants de parents déprimés que chez les enfants de parents sans antécédents dépressifs (12-13 ans *versus* 16-17 ans) ; en revanche, la symptomatologie clinique des épisodes dépressifs n'est pas significativement différente entre les deux groupes (Weissman et coll., 1987). Graham et Easterbrooks (2000) ont par ailleurs observé une corrélation significative entre l'intensité des symptômes chez des mères dépressives et l'apparition d'une dépression chez leur enfant.

Le type de dépression parentale influence le risque de dépression et de troubles de comportement chez l'enfant. Les enfants de mères unipolaires ont un début des troubles plus précoce que les enfants de mères bipolaires ; les deux groupes ont plus de troubles internalisés et externalisés que les enfants de familles témoins (Radke-Yarrow et coll., 1992). L'impact que peuvent avoir les symptômes dépressifs de la mère varie selon l'âge de l'enfant. D'après l'étude de Radke-Yarrow et coll. (1992), les enfants de mère dépressive, âgés de 5 à 6 ans et de 8 à 11 ans ont plus de risque que les enfants témoins de présenter des symptômes dépressifs. En revanche, ces résultats ne sont pas observés dans les autres tranches d'âge.

La dépression maternelle pourrait contribuer à développer un type d'attachement insécuré, lui-même impliqué dans la vulnérabilité dépressive chez l'enfant (Radke-Yarrow et coll., 1985). Par rapport aux liens entre dépression maternelle et dépression de l'enfant, le type d'attachement pourrait avoir un rôle médiateur (le risque dépressif passe par le type d'attachement) ou modérateur (dans ce cas l'attachement sécuré pourrait jouer un rôle protecteur). Cependant toutes les études ne retrouvent pas de relation entre dépression maternelle et type d'attachement insécuré ; il n'est pas exclu que l'un et l'autre soient des facteurs de risque indépendants de dépression chez l'enfant (Graham et Easterbrooks, 2000). Une étude longitudinale d'enfants de mères déprimées âgés de 8 à 16 ans a permis de montrer que les épisodes dépressifs majeurs chez l'enfant survenaient dans une grande proximité temporelle, mais dans certains cas avant les troubles maternels. Les mécanismes pourraient impliquer, outre les facteurs génétiques et la perturbation des relations familiales, un facteur de stress commun (Hammen et coll., 1991).

Les enfants de parents dépressifs sont plus souvent anxieux que les enfants ayant des parents non dépressifs (Phares et Compas, 1992). Dans l'étude de Radke-Yarrow et coll. (1992), les symptômes d'anxiété ont plus souvent été retrouvés chez les filles que chez les garçons, mais uniquement à l'âge préscolaire (37 % *versus* 20 %). Les enfants de mère maniaco-dépressive sont plus anxieux lorsqu'ils sont séparés de leur mère que les enfants de mère souffrant de dépression unipolaire, et ont plus de troubles psychologiques durant la petite enfance.

La fréquence des antécédents familiaux de troubles psychiatriques chez les sujets atteints de troubles du comportement alimentaire (dépression 25 % *vs* 8 %, addiction alcoolique, abus d'autres substances psychoactives...) est avérée. Elle est plus élevée chez les boulimiques que chez les anorexiques. Rastam et Gillberg (1991) ont montré que la proportion de mères dépressives est plus importante parmi les adolescents anorexiques que parmi des adolescents témoins. Il est cependant difficile de déterminer si la dépression de la mère est la cause ou la conséquence de l'anorexie de leur enfant.

Abus de substances chez les parents

Les enfants de parents ayant une dépendance ou un abus d'opiacés ont globalement un risque plus élevé de maltraitance ou de négligence (Regan et coll., 1987).

Les enfants de parents ayant une dépendance alcoolique ont un risque augmenté de troubles externalisés, et obtiennent également des scores d'anxiété et de dépression plus élevés, une mauvaise estime de soi et des difficultés dans les interactions sociales (Johnson et Leff, 1999). Certains auteurs ont en effet trouvé une corrélation significative entre l'alcoolisme du père et la présence de symptômes anxieux chez l'adolescent. Cette anxiété était d'autant plus importante que l'enfant est en période pubertaire (Malo et Tremblay, 1997).

Une association a également été observée entre l'alcoolisme des parents et l'hyperactivité. L'étude de Carbonneau et coll. (1998), portant sur des garçons ayant un père alcoolique ou sain dans une famille bi- ou monoparentale (père absent), montre que les enfants ayant un père alcoolique se distinguent essentiellement par un excès de comportement oppositionnel, d'hyperactivité et d'agressivité.

Selon Das Eiden et coll. (2000), il existerait une comorbidité entre certains troubles psychiatriques et l'alcoolisme chez l'adulte : ils ont montré que l'on retrouve plus souvent chez les pères alcooliques un diagnostic additionnel de dépression ou de personnalité psychopathique (Das Eiden et coll., 2000). Par ailleurs, l'alcoolisme du père serait indirectement associé à la dépression et à l'« associabilité » de la mère qui serait alors moins patiente et moins chaleureuse avec son enfant. En ce qui concerne l'abus d'alcool par la mère, on retrouve bien sûr la place de l'alcoolisme maternel en tant que facteur de risque périnatal, avec son cortège de troubles développementaux dont le tableau complet forme le syndrome d'alcoolisation fœtale.

Autres troubles mentaux chez les parents

Dans une étude sur 50 enfants hyperactifs et 50 enfants témoins, 45 % des parents des enfants hyperactifs souffraient de problèmes psychiatriques contre 18 % des parents des enfants témoins. Les tentatives de suicide et les soins psychiatriques ont été plus fréquemment observés chez les parents des enfants hyperactifs. Parmi les familles des enfants hyperactifs, ce sont essentiellement les pères qui sont malades. Ceux-ci ne présentent pas les mêmes troubles que les mères puisqu'ils sont essentiellement sociopathes et alcooliques alors que les mères présentent plutôt des caractères hystériques (Cantwell, 1972).

L'importance des troubles psychologiques chez la mère en plus de la consommation de substances psychoactives a été montrée dans une étude portant sur 169 mères consommant plusieurs substances psychoactives (alcool, cocaïne, marijuana, nicotine, opiacés) et dont 55 % souffraient de délire paranoïde ou de dysthymie durant la période pré- et postnatale. Les mères ayant souffert de

paranoïa ou de dépression après la naissance s'occupaient moins de leur enfant que les mères ayant souffert de dépression avant la naissance ou n'ayant présenté aucun trouble psychologique. D'autre part, elles étaient plus hostiles, plus intrusives, moins sensibles et moins joyeuses lorsqu'elles s'occupaient de leur bébé (Beckwith et coll., 1999).

Il a également été observé que les parents souffrant d'hallucinations, d'idées psychotiques ou d'apathie sont souvent moins à même de répondre aux besoins de leur enfants (alimentation, soins). De même, les parents asociaux, anxieux ou souffrant de phobies éprouvent des difficultés à laisser leurs enfants aller à l'école ou jouer avec d'autres enfants. D'autre part, les éventuelles hospitalisations répétées de la mère impliquent des séparations fréquentes et parfois des placements dans des familles d'accueil. Ces événements ont tendance à induire des troubles du développement affectif ayant des répercussions dans l'enfance et dans la vie adulte (Oates, 1997).

En conclusion, différents facteurs familiaux ont été trouvés associés dans les études à un risque de troubles mentaux chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Ces circonstances négatives ont un impact d'autant plus important qu'elles sont chroniques et associées à d'autres facteurs de risque. Les mécanismes d'action de ces facteurs familiaux demeurent à investiguer. Le sexe, les caractéristiques individuelles et le macroenvironnement semblent jouer un rôle dans l'impact différentiel des facteurs de risque familiaux.

BIBLIOGRAPHIE

- AMATO PR. Children's adjustment to divorce : theories, hypotheses and empirical support. *J Marriage Fam* 1993, **55** : 23-38
- AMATO PR, REZAC S. Contact with residential parents, interparental conflict and child's behavior. *J Fam Iss* 1994, **15** : 191-207
- AMATO PR, GILBRETH JG. Nonresident fathers and children's well-being : a metaanalysis. *J Marriage Fam* 1999, **61** : 557-573
- ASARNOW JR, GOLDSTEIN MJ, BEN-MEIR S. Parental communication deviance in childhood onset schizophrenia spectrum and depressive disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1988, **29** : 825-838
- ASARNOW JR, TOMPSON M, HAMILTON EB, GOLDSTEIN MJ, GUTHRIE D. Family-expressed emotion, childhood-onset depression, and childhood-onset schizophrenia spectrum disorders : is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression ? *J Abnorm Child Psychol* 1994, **22** : 129-146
- ASELTINE RH. Pathways linking parental divorce with adolescent depression. *J Health Social Behavior* 1996, **37** : 133-148

BECKWITH L, HOWARD J, ESPINOSA M, TYLER R. Psychopathology, mother-child interaction, and infant development : substance-abusing mothers and their offspring. *Dev Psychopathol* 1999, **11** : 715-725

BIFULCO A, HARRIS T, BROWN GW. Mourning or early inadequate care ? Reexamining the relationship of maternal loss in childhood with adult depression and anxiety. *Dev Psychopathol* 1992, **4** : 433-449

BROWN GW, MORAN P. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I. A community survey. *Br J Psychiatry* 1994, **165** : 447-456

CANTWELL DP. Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Arch Gen Psychiat* 1972, **27** : 414-417

CARBONNEAU R, TREMBLAY RE, VITARO F, DOBKIN PL, SAUCIER JF, PIHL RO. Paternal alcoholism, paternal absence and the development of problem behaviors in boys from age six to twelve years. *J Stud Alcohol* 1998, **59** : 387-398

CARTER AS, GARRITY-ROKOUS FE, CHAZAN-COHEN R, LITTLE C, BRIGGS-GOWAN MJ. Maternal depression and comorbidity : predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, **40** : 18-26

CHASE-LANSDALE, CHERLIN AJ, KIERNAN KE. The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults : a developmental perspective. *Child Development* 1995, **66** : 1614-1634

CHERLIN AJ, FURSTENBERG JFF, CHASE-LANSDALE PL, KIERNAN KE, ROBINS PK et coll. Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. *Science* 1991, **252** : 1386-1389

CHICHETTI D, TOTTH SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 541-565

CICCHETTI D, TOTTH SL. The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist* 1998, **53** : 221-241

COLE DA, REHM LP. Family interaction patterns and childhood depression. *J Abnorm Child Psychol* 1986, **14** : 297-314

COOK WL, ASARNOW JR, GOLDSTEIN MJ, MARSHALL VG, WEBER E. Mother-child dynamics in early-onset depression and childhood schizophrenia spectrum disorders. *Develop Psychopathology* 1990, **2** : 71-84

CUMMINGS EM, DAVIES PT. Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatr* 1994, **35** : 73-112

DADDS MR, BARRETT PM. Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Change* 1996, **13** : 231-239

DAS EIDEN R, LEONARD KE. Paternal alcoholism, parental psychopathology, and aggravation with infants. *J Subs Abuse* 2000, **11** : 17-29

DOWNEY G, COYNE JC. Children of depressed parents : an integrative review. *Psychological Bulletin* 1990, **108** : 50-76

DUMAS JE, SERKETICH WJ, LAFRENIERE PJ. " Balance of power " : A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *J Abnormal Psychol* 1995, **104** : 104-113

- EMERY RE, LAUMANN-BILLINGS L. An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships. *Am Psychol* 1998, **53** : 121-135
- FERGUSON DM, HORWOOD LJ, LYNSKEY MT. Parental separation, adolescent psychopathology, and problem behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 1122-1131
- FINCHAM FD, OSBORNE LN. Marital conflict and children : retrospect and prospect. *Clinical Psychological Review* 1993, **13** : 75-88
- FRANK SJ, POORMAN MO, VAN EGEREN LA. Perceived relationships with parents among adolescent inpatients with depressive preoccupations and depressed mood. *J Clin Child Psychol* 1997, **26** : 205-215
- GILBERT P, ALLAN S, GOSS K. Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clin Psychol Psychotherapy* 1996, **3** : 23-34
- GRAHAM CA, EASTERBROOKS MA. School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology : the role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk. *Dev Psychopathol* 2000, **12** : 201-213
- HAMMEN C, BURGE D, ADRIAN C. Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 341-345
- HETHERINGTON EM, COX M, COX R. Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985, **24** : 518-530
- HIRSHFELD DR, BIEDERMAN J, BRODY L, FARAONE SV, ROSENBAUM JF. Associations between expressed emotion and child behavioural inhibition and psychopathology : a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 205-213
- HUMPHREY LL. Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using structural analysis of social behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987, **26** : 248-255
- JOHNSON JL, LEFF M. Children of substance abusers : overview of research findings. *Pediatrics* 1999, **103** : 1085-1099
- KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D, DAHL R, BRIDGE J, RYAN ND. Psychopathology in the relatives of depressed-abused children. *Child Abuse Neglect* 1998, **22** : 171-181
- KELLY JB. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce : a decade review of research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 963-973
- KENDLER KS, KESSLER RC, WALTERS EE, MACLEAN C, NEALE MC et coll. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Am J Psychiatr* 1995, **152** : 833-842
- KESSLER RC, MAGEE WJ. Childhood family violence and adult recurrent depression. *J Health Soc Behav* 1994, **35** : 13-27
- KNUTSON JF. Psychological characteristics of maltreated children : putative risk factors and consequences. *Annu Rev Psychol* 1995, **46** : 401-431
- LEE CM, GOTLIB IH. Maternal depression and child adjustment : a longitudinal analysis. *J Abnormal Psychol* 1989, **98** : 78-85
- LIZARDI H, KLEIN DL, OUIMETTE PC, RISO LP, ANDERSON RL, DONALDSON SK. Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *J Abnorm Psychol* 1995, **104** : 132-139

- MALO J, TREMBLAY RE. The impact of paternal alcoholism and maternal social position on boys'school adjustment, pubertal maturation and sexual behavior : a test of two competing hypotheses. *J Child Psychol Psychiatry* 1997, **38** : 187-197
- MAUGHAN B, MCCARTHY G. Childhood adversities and psychosocial disorders. *Br Med Bull* 1997, **53** : 156-169
- MULLEN PE, MARTIN JL, ANDERSON JC, ROMANS SE, HERBISON GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993, **163** : 721-732
- OATES M. Patients as parents : the risk to children. *Br J Psychiatry* 1997, **170** : 22-27
- PAGANI L, BOULERICE B, TREMBLAY RE, VITARO F. Behavioural development in children of divorce and remarriage. *J Child Psychol Psychiatry* 1997, **38** : 769-781
- PALOSAARI U, ARO H, LAIPPALA P. Parental divorce and depression in young adulthood : adolescent's closeness to parents and self-esteem as mediating factor. *Acta Psychiatr Scand* 1996, **93** : 20-26
- PATTEN CA, GILLIN JC, FARKAS AJ, GILPIN EA, BERRY CC, PIERCE JP. Depressive symptoms in California adolescents : family structure and parental support. *J Adolesc Health* 1997, **20** : 271-278
- PATTEN SB. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *Can J Psychiatry* 1991, **36** : 706-711
- PHARES V, COMPAS BE. The role of fathers in child and adolescent psychopathology : Make room for daddy. *Psychol Bull* 1992, **111** : 387-412
- PUTNAM FW, TRICKETT PK. Child sexual abuse : a model of chronic trauma. *Psychiatry* 1993, **56** : 82-95
- RADKE-YARROW M, CUMMINGS EM, KUCZYSKI L, CHAPMAN M. Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development* 1985, **56** : 884-893
- 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 Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 68-77
- RASTAM M, GILLBERG C. The family background in anorexia nervosa : a population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 283-289
- REGAN DO, EHRLICH SM, FINNEGAN LP. Infants of drug addicts at risk for child abuse, neglect and placement in foster care. *Neurotoxicol Teratol* 1987, **9** : 315-319
- RODGERS B. Pathways between parental divorce and adult depression. *J Child Psychol Psychiatr* 1994, **35** : 1289-1308
- RUTTER M. Clinical implications of attachment concepts : retrospect and prospect. *J Child Psychiatry* 1995, **36** : 549-571
- RUTTER M, QUINTON D. Parental psychiatric disorder : effects on children. *Psychol Med* 1984, **14** : 853-880
- RUTTER M, DUNN J, PLOMIN R, SIMONOFF E, PICKLES A et coll. Integrating nature and nurture : implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1997, **9** : 335-364

SIRLES EA, SMITH JA, KUSAMA H. Psychiatric status of intrafamilial child sexual abuse victims. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, **28** : 225-229

TARULLO L, DEMULDER E, MARTINE LP, RADKE-YARROW M. Dialogues with preadolescents and adolescents : mother-child interaction patterns in affectively ill and well dyads. *J Abnorm Child Psychol* 1994, **22** : 33-51

TOMPSON MC, ASARNOW JR, GOLDSTEIN MJ, MIKLOWITZ DJ. Thought disorder and communication problems in children with schizophrenia-spectrum and depressive disorders. *J Clin Child Psychology* 1990, **19** : 159-168

WAMBOLDT MZ, WAMBOLDT FS. Role of the family in onset and outcome of childhood disorders : selected research findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 1212-1219

WEISSMAN MM, GAMMON D, JOHN K, MERIKANGAS KR, WARNER V et coll. Children of depressed parents : increased psychopathology and increased onset of major depression. *Arch Gen Psychiatr* 1987, **44** : 847-853

WEISSMAN MM, PRUSOFF BA, GAMMON GD, MERIKANGAS KR, LECKMAN JF, KIDD KF. Psychopathology in the children (aged 6-18) of depressed and normal women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984, **23** : 78-84

WOODWARD L, TAYLOR E, DOWDNEY L. The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *J Child Psychol Psychiat* 1998, **39** : 161-169