



RECONNAÎTRE LA DÉPRESSION  
INFANTILE ET QUELQUES PISTES  
D'INTERVENTION

Par Dre Christine Pagé, DPs  
Psychologue

## TABLE DES MATIERES

1. PARTIE THÉORIQUE.....	3
1.1 APPROCHE THÉORIQUE DE LA DÉPRESSION INFANTILE .....	3
1.1.1 PREMIÈRE ÉCOLE DE PENSÉE .....	3
1.1.2 DEUXIÈME ÉCOLE DE PENSÉE .....	4
1.1.3 TROISIÈME ÉCOLE DE PENSÉE .....	4
1.1.4 THÉORIE DE WINNICOTT .....	4
1.1.5 THÉORIE DE SPITZ SUR LES NOURRISSONS .....	5
1.1.6 THÉORIE DE BOWLBY .....	5
1.1.7 THÉORIE DE MAHLER .....	6
1.2 SYMPTOMATOLOGIE .....	6
1.2.1 DÉPRESSION MANIFESTE .....	6
1.2.2 DÉPRESSION MASQUÉE .....	8
1.3 ASPECTS PARTICULIERS DE LA DÉPRESSION SELON L'ÂGE .....	9
1.3.1 LES NOURRISSONS (GOLSE, 1996) .....	10
1.3.2 LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE .....	12
1.3.3 LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE.....	13
1.4 LES FACTEURS DE RISQUE DE LA DÉPRESSION INFANTILE.....	13
1.4.1 LES PATRONS FAMILIAUX RELATIONNELS.....	13
1.4.2 LES PERTES AFFECTIVES .....	15
1.4.3 LES EXIGENCES FAMILIALES ET SOCIALES .....	15
2. L'INTERVENTION.....	16
2.1 LES BASES DE L'INTERVENTION : L'ÉCOUTE ET L'EMPATHIE .....	16
2.2 LE PROCESSUS DE DEUIL.....	17
2.3 LES ÉTAPES DU DEUIL .....	17
EN CONCLUSION .....	19
AVERTISSEMENT .....	20
RÉFÉRENCES.....	21

# 1. PARTIE THÉORIQUE

## 1.1 APPROCHE THÉORIQUE DE LA DÉPRESSION INFANTILE

« Heureux ceux qui peuvent déprimer! »

(Henri Rey)

« Il est évident que des manifestations dépressives même sérieuses demeurent préférables économiquement parlant à des défenses délirantes ». (Bergeret)

« Toute dépressivité porte en elle un authentique potentiel évolutif dans le désir de rencontrer, enfin, des objets qui ne seraient plus sans cesse à perdre ou à conserver anaclitiquement ». (Bergeret)

### 1.1.1 PREMIÈRE ÉCOLE DE PENSÉE

La dépression chez les enfants n'existe pas car le Surmoi n'est pas assez développé pour diriger l'agression envers son propre Moi (Rochlin, 1959 et Rye, 1966).

La dépression est définie comme: «une réaction affective psychobiologique de base qui, comme l'anxiété, devient anormale lorsqu'elle survient dans des circonstances inappropriées, quand elle persiste pendant un temps inhabituel et quand l'enfant au cours de son développement est incapable de lui donner une réponse adaptative » (Sandler et Joffe, 1965).

Les symptômes dépressifs sont vus comme un phénomène lié au développement qui se dissiperait au cours du temps (Lefkowitz et Burton, 1978).

## 1.1.2 DEUXIÈME ÉCOLE DE PENSÉE

Similitudes entre dépression chez les enfants et les adultes.

Symptômes uniquement chez les enfants (Kovacs et Beck, 1977):

Colère, impulsivité, passages à l'acte soudains

Énurésie, encoprésie

Plaintes somatiques

Recherche de la compagnie et l'animation constante pour fuir les angoisses intérieures.

Ce n'est qu'entre 1970 et 1975 qu'est reconnue officiellement la dépression du jeune enfant.

## 1.1.3 TROISIÈME ÉCOLE DE PENSÉE

Dépression adulte: Symptômes manifestes

Dépression infantile: Symptômes masqués (Toolan, 1962, Glasser et Mac Knew, 1974)

## 1.1.4 THÉORIE DE WINNICOTT

Distingue la position dépressive normale, qui s'inscrit dans le développement de l'enfant versus les manifestations dépressives pathologiques qui relèvent d'une incapacité à affronter cette position (1954).

Pendant la première semaine de vie, l'enfant est totalement dépendant de son environnement, il forme un tout avec son milieu. Incapable de percevoir les effets de ses pulsions, il ne peut s'en inquiéter. Progressivement, dans la mesure où la mère a été « suffisamment bonne » et a su maintenir un bon « support affectif », l'enfant prend conscience du monde qui l'entoure et de sa dépendance à celui-ci. Il atteint alors le stade de précompassion ou d'inquiétude.

Lorsqu'il a atteint la position dépressive, il réagit à la perte avec tristesse alors que lorsqu'il ne l'a pas atteinte: « l'enfant étouffe tout son monde intérieur, fonctionne à très bas niveau de vitalité, dans une ambiance de dépression ».

### 1.1.5 THÉORIE DE SPITZ SUR LES NOURRISSONS

Une étude longitudinale sur le comportement des nourrissons séparés de leur mère a permis d'observer une réaction pathologique appelée « dépression anaclitique ». Celle-ci se caractérise par une période de pleurs puis par un désintérêt progressif pour l'entourage, par un retrait suivi d'une indifférence. Par la suite, il apparaît des conduites anorexiques ainsi que des troubles du sommeil.

Après trois mois de séparation, la motricité diminue et l'insomnie s'installe. Suite à une phase de résistance, l'enfant entre dans un état d'épuisement avec des effets irréversibles nommés hospitalisme. Cette réaction n'apparaîtrait pas chez des enfants ayant eu un substitut maternel satisfaisant (Spitz, 1946).

### 1.1.6 THÉORIE DE BOWLBY

Bowlby a étudié les réactions des enfants ayant vécu des séparations traumatiques répétitives. À travers ses recherches, il a observé que l'âge le

plus sensible se situe entre cinq mois et trois ans. Il a noté qu'à la suite de ces séparations se manifestaient une phase de protestation, avec des pleurs et des agitations, une phase de désespoir, avec un refus de s'alimenter, de s'habiller, de l'isolement, de l'inactivité et finalement, une phase de détachement ou défensive.

Cette dernière phase pourrait laisser une marque décisive dans l'élaboration de la personnalité, par exemple une grande vulnérabilité sur le plan narcissique et une incapacité à développer d'une manière satisfaisante et réparatrice des relations objectales ultérieures (Bowlby, 1952).

### 1.1.7 THÉORIE DE MAHLER

La position dépressive se situe entre 16 et 24 mois. Cette période de crise correspond à l'effondrement de sa croyance en sa toute-puissance magique qui fait suite à la phase de séparation-individuation où l'enfant se sort de la fusion symbiotique avec sa mère et acquiert une représentation intériorisée de lui-même distincte de la représentation des objets.

La réaction dépressive de base serait une réponse particulière à une situation douloureuse. Pendant cette période, la mère a un rôle de soutien important à jouer auprès de son enfant. C'est l'intensité et la durée de la réponse dépressive chez certains enfants, au cours du processus d'individuation, qui créent une humeur de base qui serait la tendance affective à la dépression (Mahler, 1970).

## 1.2 SYMPTOMATOLOGIE

### 1.2.1 DÉPRESSION MANIFESTE

#### 1- Troubles de l'humeur

Tristesse durable  
Pleurs sans raison apparente  
Mimique pauvre  
Regard terne, inexpressif  
Voix monocorde, murmure  
Incapacité à ressentir du plaisir  
Ennui, désintérêt, indifférence face à autrui

## 2- Inhibition intellectuelle

Baisse du rendement scolaire  
Difficultés de concentration et d'attention  
Raisonnement au ralenti  
Imagination appauvrie  
Mémoire défaillante

## 3- Ralentissement des activités

Inertie, faiblesse matinale  
Difficultés à fournir des efforts physiques  
Tendance au retrait social  
Fatigabilité  
Tendance à l'isolement  
Refus de jeux collectifs

Discours réduit jusqu'au mutisme

#### 4- Troubles somatiques

Troubles du sommeil (insomnie, cauchemars)

Énurésie

Dérèglement de l'appétit, anorexie, hyperphagie

Maux de tête, douleurs abdominales, nausées

#### 5- Anxiété

En comorbidité avec dépression

Phobie scolaire avec anxiété de séparation

Claustrophobie/Agoraphobie

Peur du noir

Peur des animaux

#### 6- Perturbations comportementales

En lutte contre affects dépressifs.

Instabilité psychomotrice.

Conduites à risque et tendances aux accidents.

Provocations, colère, passages à l'acte agressif.

Envers les pairs, les adultes ou l'enfant lui-même.

## 1.2.2 DÉPRESSION MASQUÉE



La dépression masquée se manifeste par un symptôme écran ou sur le plan somatique principalement en venant couvrir l'état dépressif.

Perturbation du comportement

Trouble du caractère

Baisse du rendement scolaire

Troubles psychosomatiques

Troubles de l'apprentissage sphinctérien et de l'alimentation

Attitude casse-cou et fréquentes blessures physiques

Consommation alcool et drogues pour « remplacer le mal de vivre par l'euphorie tout en n'arrivant plus à identifier ce qu'est le simple fait d'être bien ».

Modification nette du comportement habituel de l'enfant.

Trois niveaux:

1- Fantasmatique: À travers les rêves, les jeux, les tests projectifs, les dessins, les récits libres.

2- Expression verbale: À travers les thèmes dépressifs de désespoir, de culpabilité, d'autodépréciation, de préoccupations suicidaires.

3- Comportements: Tristesse, pleurs, inhibition, faciès figé.

## 1.3 ASPECTS PARTICULIERS DE LA DÉPRESSION SELON L'ÂGE

### 1.3.1 LES NOURRISSONS (GOLSE, 1996)

« Si la mère peut déprimer le bébé, le bébé peut également déprimer la mère »

Post-partum blues: Trouble transitoire de l'humeur qui s'extériorise au cours des premiers jours faisant suite à l'accouchement et qui est d'une durée relativement brève (quelques jours à quelques semaines maximum) et affecte plus de 50% des femmes.

La dépression post-partum: Dimension pathologique beaucoup plus grande. Dans la suite du post-partum blues.

Symptômes dépressifs francs et anxiété associés à une fatigue extrême, une anorexie, une chute de poids, une insomnie, un sentiment de culpabilité et d'incompétence à l'égard du bébé.

Durée: Quelques semaines à quelques mois après la naissance.

Atteint de 10 à 20% des femmes.

Le retrait et l'irritabilité des mères déprimées, leurs difficultés à transmettre à l'enfant des stratégies de socialisation qui lui permettent d'aller vers l'inconnu, leur position conflictuelle quant aux mouvements d'autonomisation de l'enfant, tout cela semble avoir un impact interactif très net pouvant se jouer au niveau des émotions, de l'agressivité, des modalités d'attachement et/ou du fonctionnement cognitif.

À moyen terme, des retards de langage peuvent être observés.

À long terme, c'est toute l'organisation d'un noyau dépressif qui se trouve posé chez l'enfant ainsi que la constitution d'une personnalité de type psychosomatique fondée sur une carence des processus de fantasmatisation, mentalisation, symbolisation.

Quatre types de patrons d'interaction mère-enfant:

- 1- Les mères déprimées sont tristes, ralenties, silencieuses et repliées sur elle-même avec peu d'expression affective;
- 2- Les mères sont colériques et tendues, principalement au niveau du visage;
- 3- Les mères sont intrusives et rudes au cours des interactions avec le bébé, hyperstimulantes dans un certain sens;
- 4- Les mères mélangent les signes des patrons précédents.

L'organisation dépressive des bébés

Dépression blanche: Lorsque la mère s'est déprimée dans un second temps et qu'elle a pu interagir de manière vivante avec le bébé.

Syndrome de comportement vide: Lorsque l'enfant n'a connu sa mère que dépressive.

Ce sont des carences dites qualitatives car la mère est présente physiquement mais non affectivement.

À long terme, le syndrome du comportement vide amène des problèmes de comportement alors que la dépression blanche amène le développement d'une organisation psychosomatique de la personnalité dont les symptômes sont:

Une apathie psychique, un ralentissement moteur, un repli interactif et des troubles psychosomatiques.

Selon André Green (« La mère morte », 1980):

Dans l'après-coup, nous pouvons percevoir:

Le désinvestissement de la mère par le bébé en réponse défensive au désinvestissement du bébé par la mère.

L'identification de l'enfant au fonctionnement dépressif de la mère en vue de préserver un ultime lien avec elle.

L'incrimination du tiers comme cause de la dépression maternelle.

L'identification à l'objet perdu du deuil de la mère.

### 1.3.2 LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

Symptômes presque exclusivement psychosomatiques:

Énurésie, encoprésie

Coprophagie, anorexie

Insomnie

Conduites régressives

Faciès figé, pleurent à voix basse.

Restent immobiles et se réfugient parfois dans un mutisme ou une attitude négative.

### 1.3.3 LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE

Symptômes à expression psychosomatiques encore majeurs.

Irritable

Manque d'assurance

Difficultés à apprendre et à participer à des jeux collectifs.

## 1.4 LES FACTEURS DE RISQUE DE LA DÉPRESSION INFANTILE

### 1.4.1 LES PATRONS FAMILIAUX RELATIONNELS

#### 1. Les problèmes d'attachement parent-enfant

Les attachements insécures

- Style ambivalent-résistant
- Style évitant-rejetant
- Style désorganisé-désorienté

#### 2. Le manque de cohésion et de support parental

Manque de cohésion entre les parents concernant l'éducation des enfants, inconstance des parents concernant la discipline.

### 3. La maltraitance

Abus physiques et sexuels, négligence.

### 4. Le contrôle parental inapproprié au développement de l'enfant

Parents très contrôlants, autoritaires, coercitifs

### 5. Les difficultés avec la régulation des affects

Problèmes de gestion des émotions positives et négatives, impulsivité.

### 6. Le manque de communication parent-enfant

### 7. La transmission de cognitions dépressives

- Modèle parental dépressif
- Perceptions parentales de l'enfant sont négatives, rejetantes, dévalorisantes.

### 8. Manque d'ajustement parent-enfant

Le parent n'arrive pas à s'adapter aux besoins de son enfant, son tempérament, sa personnalité.

## 1.4.2 LES PERTES AFFECTIVES

### 1. Le décès d'un des parents

- Provoque une dépression réactionnelle comme chez l'adulte.
- Réaction encore plus intense selon les circonstances du décès: suicide.

### 2. Séparation précoce et prolongée

- Avant 5 ans
- Dans un contexte de carence affective et d'abandon parental.

### 3. Les problèmes familiaux, sentimentaux et scolaires

- Séparation, divorce des parents
- Difficultés scolaires
- Rejet social, intimidation par les pairs

## 1.4.3 LES EXIGENCES FAMILIALES ET SOCIALES

La dépression nerveuse vue comme une maladie du rythme dans une société où les parents sont si pressés et les enfants laissés si tôt à la garderie, où la performance a pris tant d'importance.

Nous pouvons nous demander si les personnes dépressives, qui n'entrent pas dans ce rythme-là, ne font pas preuve d'un réflexe de santé que nous avons perdu.

La tendance de plusieurs parents à vouloir surprotéger leur enfant en essayant de tout faire pour lui éviter les épreuves.

Cette atmosphère contrôlée peut porter la famille à percevoir la réussite de son enfant comme une autre forme de leur propre performance. Des attentes très élevées peuvent pousser certains enfants à faire abstraction de leurs désirs naturels de retrait et de repos pour satisfaire les désirs de ceux qui organisent leur vie.

Il existe une difficulté chez l'enfant dépressif à se laisser aller au plaisir. La peur de ne pas être à la hauteur et de perdre le contrôle inhibe alors le plaisir que l'on imagine si spontané chez les jeunes enfants.

## 2. L'INTERVENTION

### 2.1 LES BASES DE L'INTERVENTION : L'ÉCOUTE ET L'EMPATHIE

La reconnaissance des symptômes dépressifs chez l'enfant peut mettre fin aux tentatives répétées des parents de gérer leur vie familiale simplement en rigidifiant les règles. Cela n'arrive qu'à renforcer l'état de découragement de l'enfant dépressif.

La reconnaissance d'un état dépressif et la nécessité d'une aide extérieure peut être à la fois un deuil et un soulagement qui peut aider à trouver une issue à l'incompréhension mutuelle.



« Écouter, être disponible et empathique, refléter ou reformuler les émotions exprimées pour que le jeune se sente entendu et compris est toujours supportant pour un enfant ou un parent ».

Chez les parents, préserver régulièrement des temps de discussion avec l'enfant pour rétablir la confiance entre les périodes de crise.

L'introduction d'activité physique contribuerait au rétablissement des facteurs physiologiques de la dépression en stimulant la sécrétion d'hormones réduisant l'anxiété et en augmentant la disponibilité au plaisir.

## 2.2 LE PROCESSUS DE DEUIL

Ne pas oublier que le deuil est un processus normal accompagnant les formes de séparation (décès d'une personne ou rupture amoureuse) ou de changements importants qui bouleversent le quotidien et nécessitent une adaptation (perte ou changement d'emploi, déménagement, maladie physique, etc.).

Une frustration, une limite, une déception, une dispute, une décision à prendre, c'est aussi une perte affective donc un DEUIL à faire pour les enfants comme pour les plus grands.

## 2.3 LES ÉTAPES DU DEUIL

1. Choc, Dénî: Courte phase qui survient lorsqu'on apprend la perte. Négation de ce qui arrive. Les émotions semblent pratiquement absentes. « C'est impossible! »

2. Colère: Sentiment de colère de frustration, d'incompréhension face à la perte. Période de questionnement. « L'autre n'avait pas le droit de partir! »

3. Culpabilité et/ou marchandage: Espoir que l'autre revienne. Phase de négociation, chantage. « C'est trop difficile, je ferai n'importe quoi pour que l'autre revienne! » Regret, culpabilité face à la perte. « C'est de ma faute, j'aurais dû lui dire avant que je l'aimais ».

4. Tristesse et/ou dépression: Phase plus ou moins longue du processus de deuil caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse. « Je n'ai plus le goût de rien... »

5. Acceptation: Dernière étape du deuil où la personne va mieux. La réalité de la perte est plus comprise et acceptée. La vie de la personne est réorganisée en fonction de la perte. « J'y pense encore parfois mais je m'en sors... »

## EN CONCLUSION

Dans un monde où la réalité de l'âge adulte survient de plus en plus tôt, où les enfants apprennent à utiliser les technologies avant d'apprendre à bien s'exprimer verbalement, où les pressions de la société sont vécues quotidiennement par des familles essoufflées, les interventions psychosociales peuvent permettre aux enfants à intégrer et à se ménager du temps pour vivre leur enfance et leur jeunesse avec plaisir et spontanéité.

Pour cela, les enfants doivent connaître la possibilité de rêver, de désirer, d'imaginer, de créer, de bouger. Ils doivent également vivre des périodes de temps libres où ils ont l'espace pour expérimenter « la capacité d'être seul », concept de Winnicott. En apprenant à s'amuser autant lorsqu'il est seul que lorsqu'il est entouré de ses amis ou accompagné de ses parents, l'enfant développera son autonomie affective, son imagination, sa créativité, ce qui limitera les affects dépressifs associés à la solitude pendant tout son parcours en tant qu'être humain.

« La capacité à être seul est un signe des plus importants de la maturité du développement affectif » (Winnicott).

## AVERTISSEMENT

Le site christinepagepsychologue.com ne peut être tenu pour responsable d'une quelconque incompréhension ou d'une mauvaise interprétation du contenu de leurs ouvrages ou de leurs pages, ni d'aucune erreur ou omission qui serait totalement involontaire de sa part.

Les informations, suggestions et conseils sont le reflet des opinions de l'auteure et du Ebook "Reconnaître la dépression infantile et quelques pistes d'intervention" ainsi que du site christinepagepsychologue.com. qui n'est nullement prestataire d'un service autre que la diffusion d'informations. Cet ouvrages est destiné à un usage personnel et ne peuvent en aucun cas être utilisés comme source légale ou expertise médicale ou psychologique de quelque nature que ce soit.

Si vous croyez que vous et/ou vos proches nécessitent une aide médicale ou psychologique ou une évaluation en vue d'obtenir un diagnostic en santé mentale, consulter un professionnels en santé mentale tels que votre médecin de famille, un psychologue ou un psychiatre.

## RÉFÉRENCES

BENOÎT, E. (2000). Le rôle du père dans la dépression chez l'enfant. Site internet : [perso.club-internet.fr/aflande/psycho/introductiondepression](http://perso.club-internet.fr/aflande/psycho/introductiondepression).

BOWLBY, J. et al. (1952). A Two-Year-Old Goes to Hospital. The psychoanalytic Study of Child, VII.

Cusson, Y. (1996). La psychanalyse et l'urgence. In La psychothérapie psychanalytique - Une diversité de champs cliniques. Montréal: Gaëtan Morin éditeur, p. 543-556.

DELABROSIL, L. (1995). Le suicide chez les adolescents et les médias. Université Laval. Site: [pages.globetrotter.net/delucie/textes/sucideados](http://pages.globetrotter.net/delucie/textes/sucideados).

Deuil- Wikipedia. Site internet: [fr.wikipedia.org/wiki/Deuil](http://fr.wikipedia.org/wiki/Deuil).

GOLSE, B. (1996). Dépression du bébé, dépression de la mère. Concept de psychiatrie périnatale. In Prisme: Parents en souffrance, répercussion sur les liens précoces, Vol.6 no 1, p. 98-111.

KASLOW, N.J. et al. (1996). Relational diagnosis of Child and Adolescent Depression. In Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns, New York: Florence Kaslow Edition, p.171-185.

MALHER, M. (1970). Psychose infantile. Petite Bibliothèque Payot. (1977).

PROULX, M.-H. (2005). Montréal pour enfants- La dépression infantile, une fuite à l'intérieure. Site internet: [montrealpourenfants.com](http://montrealpourenfants.com).

SPITZ, R.A. (1946) Anaclitic Depression. The Psychoanalytic Study of the Child, II.

Tel-jeune- Problèmes personnels- Deuil. Site internet: [www.teljeunes.com/thematiques/h/h3.asp](http://www.teljeunes.com/thematiques/h/h3.asp).

WINNICOTT, D. W. (1954). La position dépressive dans le développement affectif normal. In De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot. (1969).

WINNICOTT, D. W. (1958). La capacité à être seul.