



## TROUBLES BIPOLAIRES ET MATERNITE. RÉPERCUSSIONS SUR LA GROSSESSE ET LE STYLE PARENTAL

**Carine TURCAT**

*Psychologue clinicienne*

*Article disponible en ligne :*

---

<https://www.associationepsylon.com/articles>

---

*Pour citer cet article :*

---

Carine Turcat (2021), *Troubles bipolaires et maternité. répercussions sur la grossesse et le style parental*, article from [www.associationepsylon.com/articles](https://www.associationepsylon.com/articles)

# TROUBLES BIPOLAIRES ET MATERNITE. RÉPERCUSSIONS SUR LA GROSSESSE ET LE STYLE PARENTAL

Carine TURCAT

*Psychologue clinicienne*

Psychologue clinicienne spécialisée en développement, je reçois des patients dans le cadre de suivis en périnatalité ainsi que pour de la guidance parentale. J'ai pu constater le nombre important de consultations pour de très jeunes enfants et des adolescents en grande difficulté dans les interactions sociales et parfois très déprimés sans aucune cause identifiée dans leur parcours de vie. Avec les parents nous explorons le moment particulier de la grossesse, les interactions précoces et l'état psychologique de la mère durant cette période. Très souvent durant cette anamnèse je retrouve des antécédents de dépression maternelle, ainsi que des facteurs importants de troubles thymiques durant la grossesse. Pour de nombreux patients adultes que je reçois, certains très dépressifs font également état du trouble bipolaire de leur mère et à quel point cela a altéré leurs relations durant l'adolescence. Ces constats m'ont poussée à davantage m'intéresser à ce trouble et à ses répercussions sur le devenir mère dans les soins de maternage.

Le trouble bipolaire est une maladie psychiatrique chronique sévère de présentation clinique et d'évolution très variable, débutant majoritairement chez l'adolescent et l'adulte jeune, caractérisée par des changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie, qui peuvent être augmentés (la manie/hypomanie) ou diminués (la dépression). Il est d'origine plurielle avec des facteurs de risques génétiques et environnementaux. L'âge de début se situe classiquement entre 15 et 25 ans avec une sex-ratio autour de 1. Environ 60% des sujets présentant un premier épisode maniaque ont un antécédent d'Épisode Dépressif Caractérisé. On distingue deux grands types de troubles bipolaires :

- Le trouble bipolaire de type I qui est défini par l'alternance d'épisodes maniaques et dépressifs caractérisés. La présence d'au moins un épisode maniaque est nécessaire pour le diagnostic d'un épisode bipolaire de type I.
- Le trouble bipolaire de type II qui est défini par l'alternance d'épisodes hypomaniaques et dépressifs caractérisés. La manie se distingue de l'hypomanie par la sévérité de l'élévation de l'humeur et son retentissement fort sur le sujet dans sa vie quotidienne. (DSM5, 2017).

Pendant la grossesse, il est essentiel de rechercher les antécédents personnels et familiaux de pathologies psychiatriques (troubles thymiques et anxieux notamment). L'EDC est à distinguer des

dépansions transitoires liées au post-partum mais il peut toutefois s'installer à la suite de la dépression du post partum. (Mahmood, 2018)

	Post partum blues	Dépression du post partum
Epidémiologie	30 à 80% des accouchées	10 à 20 % des femmes
Survenue	Entre J3 et J10 après l'accouchement, pic au 3 <sup>ème</sup> jour. Réduit parfois à 24 heures, il dure 4 à 7 jours au maximum	Prolongation des symptômes du <i>post partum</i> blues au-delà de 7 jours, ou dans l'année suivant l'accouchement, le plus souvent au-delà de 3 à 6 semaines. Peut déboucher sur un épisode caractérisé.
Sémiologie psychiatrique	Fatigue, anxiété, irritabilité, émotivité, troubles du sommeil, crises de larmes, dysphorie et labilité émotionnelle.  Pas de prise en charge spécifique si ce n'est proposition de consultation avec la psychologue de la maternité.	Humeur triste, avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle. Plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales). Anxiété importante avec phobies d'impulsion, craintes de faire du mal au bébé, évitement de contact avec celui-ci. Forte culpabilité. Troubles des interactions mère-bébé.  Prise en charge spécifique de l'équipe médicale avec évaluation psychologique en cas d'antécédents.

Le trouble bipolaire est une maladie cyclique et chronique. Parfois, des symptômes dépressifs et de la manie peuvent coexister. Par exemple une tension interne de forte intensité avec réduction du sommeil ajoutée à une thymie dépressive. On parle alors d'une symptomatologie mixte.

La durée des épisodes et le temps entre les épisodes peut varier entre quelques jours à des mois voire des années. En moyenne, un épisode peut durer, si la personne ne reçoit pas un traitement adapté, plusieurs mois et parfois plus d'un an. Certains malades ont plus d'épisodes maniaques, mais le plus souvent les épisodes dépressifs sont prédominants surtout chez les femmes.

Fréquemment les troubles bipolaires se manifestent entre l'âge de 20 et 30 ans, parfois bien plus tôt chez certains enfants (Mirabel-Sarron & Leygnac-Solignac, 2015).

Les troubles bipolaires sont une maladie du cerveau qui évolue dans le contexte de vie de la personne. La recherche qui s'intéresse aux causes avance un ensemble multifactoriel de vulnérabilités individuelles agissant comme des déclencheurs. Pour les principaux, il y aurait :

- *Des facteurs biologiques* : chez des malades souffrant d'un trouble bipolaire, ont été trouvées des modifications concernant la communication entre les cellules du cerveau : les neurotransmetteurs. L'hypothèse principale est qu'il s'agit d'un déséquilibre entre les différents neurotransmetteurs.
- *Des facteurs génétiques* pourraient être avec une certaine fréquence à l'origine du déséquilibre des neurotransmetteurs. Dans les études scientifiques menées sur le sujet et réunissant des données sur des familles, mais aussi sur des jumeaux, les chercheurs ont trouvé que les membres de certaines familles étaient particulièrement touchés par des troubles bipolaires. Le risque de trouble bipolaire est multiplié par dix pour un membre de la famille proche d'un sujet atteint.
- *Des facteurs environnementaux et psychologiques* liés à des traumatismes dans l'enfance (carences graves, violences sexuelles...) ou à des situations de stress plus tardives et répétitives qui peuvent participer au déclenchement de la maladie.

Le trouble évolue vers la chronicité. En France il relève des problèmes de santé publique en particulier en période périnatale. Actuellement, les traitements pharmacologiques et l'éducation thérapeutique restent la réponse afin de stabiliser au mieux le trouble. La psychothérapie peut être indiquée, même s'il n'existe pas de psychothérapie « curative » du trouble bipolaire. Cependant des techniques comme la méditation de pleine conscience peuvent aider à mieux gérer le stress, les émotions et reconnaître une rechute (Mirabel-Sarron & Leygnac-Solignac, 2015).

Les femmes atteintes de troubles bipolaires sont particulièrement à risque de décompensation durant la grossesse et le post-partum. Le maintien ou la diminution du traitement doit tenir compte de la balance risques-bénéfices pour la mère comme le fœtus. Une étude montre en effet que la fréquence de décompensation est de 17% durant la grossesse et passe à 71% dans les 9 mois suivant la naissance pour les mères atteintes de troubles thymiques (Elloumi, Zghal, Zaghdoudi, & Labbene, 2007). Selon les études réalisées, le post partum serait une période à hauts risques pour la recrudescence voire le déclenchement de troubles bipolaires (Kökçü & Keseb, 2010). Pour un tiers cela se manifeste par des troubles dépressifs et pour moitié des accès maniaques avec troubles délirants.

La dépression maternelle est considérée comme un facteur de risque pour le développement socioaffectif et cognitif de l'enfant. Les associations entre la dépression maternelle, le comportement maternel et les conséquences pour l'enfant sont complexes, et les études n'ont pas toutes établi un lien strict entre la dépression maternelle et des indicateurs de mauvais rôle parental. Les variations du type de trouble, la gravité, la chronicité et le moment de la dépression maternelle ainsi que des facteurs de risque renforçateurs, tels qu'une situation défavorable dans la famille, un faible soutien social et un stress financier restent toutefois d'importants facteurs de risques (Murray & Cooper, 1997).

Dans les phases dépressives : au quotidien, les nourrissons participent à des routines interactives avec leur mère. La dépression maternelle compromet la capacité de cette dyade à réguler mutuellement l'interaction, en raison de deux schèmes interactifs : l'intrusion et le repli sur soi. Les mères intrusives peuvent afficher un affect hostile et perturbent l'activité du nourrisson. Celui-ci ressent de la colère, se détourne de sa mère pour limiter l'intrusion. Il peut internaliser la colère et développer un mode protecteur d'adaptation. Les mères repliées sur elles-mêmes sont sur un style désengagé, non réactives, affectivement neutres et soutiennent peu l'activité de leur nourrisson. Celui-ci est incapable de s'adapter à cet état négatif ou de l'autoréguler. Il peut devenir passif, se replier sur lui-même et adopter des comportements autorégulés (Murray & Cooper, 1997). Globalement les études montrent que les mères dépressives sont moins attentives et réagissent moins aux besoins de leurs enfants. Elles présentent également un mauvais modèle de régulation des humeurs négatives.

Les enfants de parents dépressifs sont également plus vulnérables à une psychopathologie, y compris des troubles affectifs (surtout la dépression), des troubles anxieux et des troubles des conduites à l'âge préscolaire et au-delà.

Dans les phases maniaques et délirantes : De nombreux auteurs décrivent des perturbations précoces sévères des relations entre les mères psychotiques et leurs bébés. Il est montré la difficulté, parfois l'impossibilité, pour les mères psychotiques d'affronter la réalité de l'enfant et d'aménager un espace psychique entre eux deux. L'épisode délirant maternel peut être compris comme une tentative pour s'éloigner du danger représenté par l'enfant. Ces travaux ont été étayés par Martine Lamour et Marthe Barraco (1990) qui ont décrit le caractère paradoxal et souvent chaotique des interactions mère-nourrisson dans ce contexte. Pour ces mères déconnectées de la réalité et exaltées, l'immaturation et la dépendance de l'enfant sont difficiles à reconnaître et l'émergence d'un sentiment de responsabilité parentale peut tarder à se manifester. Les interactions mère-bébé sont souvent marquées par la pauvreté, l'asynchronie et le défaut d'accordage (Gandillot, Wendland, Wolff, & Moisselin, 2012). Le bébé est faiblement stimulé (peu de stimulations tactiles, kinesthésiques, vocales, visuelles), ou au contraire sur-stimulé tandis que la dimension ludique des interactions est presque absente. En

contrepartie, les enfants se caractérisent par la rareté de leurs manifestations de détresse ou de plaisir, et leurs appels à l'adulte. Dans certains cas, le nourrisson respecte le seuil de tolérance de sa mère, adoptant le retrait, il évite d'être vécu comme persécuteur et de se mettre en danger (Barraco & Lamour, 2001).

Il peut ainsi s'organiser un environnement imprévisible, empêchant le nourrisson d'anticiper les conduites de son parent. Les rythmes chrono-biologiques (repas, sommeil) en sont lourdement affectés. Parfois, la relation mère-bébé tend à s'inverser : afin de répondre à l'incohérence maternelle, le bébé peut montrer les signes d'une vigilance extrême qui se traduit par des troubles variés. Le comportement de la mère est imprévisible pour le bébé. Il en résulte des interactions paradoxales : le comportement de l'un ne provoque pas chez l'autre le comportement attendu et la réponse aux besoins de l'enfant est absente ou inadaptée. L'expérience clinique montre que souvent ces bébés manifestent progressivement moins de pleurs et d'appels au cours de leurs premiers mois de vie, y compris lorsqu'il s'agit de signaler leurs besoins vitaux, faisant preuve d'une adaptation précoce à la disponibilité aléatoire de leur mère.

A l'adolescence, la pathologie maternelle engendre aussi des situations d'angoisse et de stress chroniques. De nombreux travaux en neurosciences démontrent l'incidence toxique du stress sur la maturation du jeune cerveau. L'état anxieux permanent entraîne alors une sécrétion importante de cortisol et d'adrénaline, ce qui provoque une réactivité ultérieure accrue au stress, ainsi qu'une atteinte dans les composantes de l'empathie (Guilé et Cohen, 2010). Ainsi, face à son parent malade, l'enfant serait en état de vigilance permanent, devant faire preuve de beaucoup d'anticipation. Anxieux des interactions, il redoute les rencontres et fuit les échanges.

Stern (1989) parle de cette dimension cruciale de la relation mère-bébé qu'il nomme l'accordage affectif. Le nourrisson au début de sa vie n'est pas en capacité de communiquer et de dire ce qu'il éprouve. C'est donc sa mère, dans cet accordage, qui va comprendre, donner du sens, traduire et lui fournir une réponse comportementale affective ajustée. Cela rejoint également la fonction alpha de Bion (1962) où la mère assure une fonction sécurisante et contenant des émotions du nourrisson. En retour, le bébé lui communiquera sa satisfaction (Mazet & Stoléru, 2003). C'est un aller-retour d'ajustements mutuels, qui n'aura pas lieu si la mère est indisponible dans cet échange. Le bébé sera réceptif à cette indisponibilité et mettra donc en sommeil ses besoins ou les manifestera de manière discontinue et inadaptée, comme l'ont démontré Bowlby et Ainsworth dans la théorie de l'attachement (Tourrette & Guedeney, 2012). C'est cet aspect de la relation que le corps médical et nous, psychologues, devons soutenir et accompagner. Une femme présentant des facteurs de vulnérabilité, des antécédents de trouble dépressif ou un trouble psychiatrique avéré doit faire l'objet d'une vigilance particulière, en termes de prévention, de soins, durant sa grossesse et en période de post partum. Cela, afin de limiter tous comportements à

risques, défauts de soins qui pourraient mettre à terme en danger la santé et la sécurité affective de l'enfant. Pour chacune de ces patientes il paraît indispensable de travailler le lien avec le bébé dès la grossesse, de le soutenir, le renforcer jusqu'à ce que l'enfant ait acquis un minimum d'autonomie posturale, comportementale et affective. Ainsi différentes méthodes d'accompagnement à la naissance comme l'haptonomie, permettent dans une proposition thérapeutique globale de travailler chacun des axes relationnels entre la mère et le fœtus, puis l'enfant en développement.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Conversy, L., & Guédeney, A. (2017). 4. Attachement et périnatalité. In *Aide-Mémoire. Psychiatrie et psychopathologie périnatales* (p. 31-39).

Erkan, M., Gencoglan, S., Akguc, L., Ozatalay, E., & Fettahoglu, E. C. (2015). Attachment Styles and Psychopathology among Adolescent Children of Parents with Bipolar Disorder. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 21, 1083-1088. doi: 10.12659/MSM.893372

Gandillot, S., Wendland, J., Wolff, M., & Moisselin, P. (2012). Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir, Vol. 24(2)*, 141-169.

Kökçü, F., & Keseb, S. (2010). *A Controlled Study on Bipolar Patients and Their Children*. 9.

Kökçü, & Kesebir. (2010). [The relationship between attachment style, and temperament, personality and bipolar symptoms : A controlled study on bipolar patients and their children]. *Turk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 21(4), 309-318.

Mahmood, A. (s. d.). *Retentissement obstétrical et néonatal des troubles bipolaires ou dépressifs pendant la grossesse*. 96.

Main, M., & And Others. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood : A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.

Mazet, P., & Stoléru, S. (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant : Développement et interactions précoces*. Elsevier Masson.

Mirabel-Sarron, C., & Leygnac-Solignac, I. (2015). *Les troubles bipolaires*. doi: 10.3917/dunod.mirab.2015.01

Murray, L., & Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77(2), 99-101.

Wendland, J. (2017). Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : Une revue de la littérature. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles, N° 6(1)*, 5-27.

Winnicott, D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.