

INSTABILIDADE PSICOMOTORA OU HIPERATIVIDADE? RISCOS¹ DOS DESLIZAMENTOS DOS DISCURSOS SOBRE A PSICOPATOLOGIA INFANTIL

Anne Thevenot

Université Louis Pasteur – Strasbourg – France

Claire Metz

Université Louis Pasteur – Strasbourg – France

Resumo: Há alguns anos novos significantes, tais como a hiperatividade, os tocs, dentre outros, aparecem no campo da psicopatologia infantil. Apresentada como uma nova patologia, a hiperatividade parece realmente remeter à instabilidade psicomotora. Esse novo termo caracteriza uma conduta centrada nos transtornos de comportamento e na redução deles, em detrimento de uma abordagem psicodinâmica complexa do sujeito. Ora, ligar-se apenas nas expressões comportamentais, sem levar em conta sua dimensão sintomática, leva a negligenciar a complexidade dos fenômenos conscientes e inconscientes, que agem no sujeito tomado na sua dimensão singular e familiar. Propomos, com base em uma pesquisa feita com uma população de crianças rotuladas “hiperativas”, interrograr essa dimensão sintomática e assinalar em qual quadro essa mudança nosográfica intervém, bem como os riscos desse novo significante veiculado nos discursos sobre a psicopatologia infantil.

Palavras-chave: Psicopatologia infantil, Diagnóstico, Sintoma, Instabilidade psicomotora.

Há alguns anos, novas terminologias apareceram no campo da psicopatologia infantil. Elas estão vinculadas ao uso da palavra “transtorno”, que demonstra um importante incremento: “transtorno” do comportamento, “transtorno” das condutas, “transtornos” obsessivo-compulsivos (TOCs), “transtornos” oposicionais² com provocação (TOPs). Apresentada como uma nova patologia, a hiperatividade, que especificaria certos transtornos do comportamento, parece realmente remeter à instabilidade psicomotora, tal como foi descrita por diferentes autores (Winnicott, 1971; Berger, 2005). Em 1925 Henri Wallon já intitulava um de seus trabalhos de “A criança turbulenta” (1925). Então, essa turbulência patológica da criança não é nova (Mannoni, 1965; Ajuriaguerra, 1970) e os sintomas já estão descritos desde o século XIX: “mobilidade intelectual e física extrema”, “necessidade de uma vigilância contínua”. A novidade reside na maneira de conceituar essa “turbulência” no campo da psicopatologia, mas também no campo social. Na França, o plano de prevenção da delinquência e o relatório INSERM sobre os transtornos das condutas na criança e no adolescente oferecem testemunhos recentes.

Assim, a substituição da hiperatividade pela instabilidade psicomotora não resulta de uma simples mudança de termo, mas de outra concepção da psicopatologia que está ligada à extensão das classificações nosográficas internacionais (DSM-IV, CIM 10). Se, como lembra Serge Lesourd (2006a, p. 165), “o sujeito do inconsciente é efeito do discurso, a expressão dos fracassos

da construção subjetiva far-se-á nas formas aceitáveis pelo discurso organizador do laço social ao qual ele está preso”, parece-nos importante interrogarmo-nos sobre os riscos clínicos e sociais que essas mudanças subentendem.

Transtorno ou sintoma?

Hoje, o transtorno designa “o estado do que cessa de estar em ordem”; seu uso em certos discursos sociais e médicos nos interroga: de qual (quais) desordem (desordens) nossos pacientes dão testemunho? Parece que, definido assim, o transtorno é o que escapa ao controle, ao domínio; dito de outro modo, a ordem é mais perturbada que o próprio paciente. Ele não é no fundo apenas um bagunceiro? O risco de um controle social sob os cuidados médicos foi amplamente percebido pelos oponentes, além da comunidade dos profissionais referidos, até o relatório coletivo sobre o “transtorno das condutas”. Com o DSM-IV, o uso da noção de transtorno tende a impor-se no campo da psicopatologia: não se corre o risco de “psiquiatrizar” os que atrapalham a ordem social?

Além dessa primeira interrogação sobre o uso social da noção de transtorno, perguntamo-nos como se inscrevem as referidas manifestações na organização psíquica do sujeito. Realmente, a noção de transtorno corresponde atualmente, no relatório INSERM e no DSM-IV, a uma quantificação de comportamentos observáveis, em detrimento de uma abordagem dinâmica complexa do paciente. Ela leva em conta, em particular, os conceitos de estrutura psíquica e de sintoma, expressão de um conflito inconsciente que fica para ser decodificado. As modalidades de tratamento dos sujeitos, e que decorrem dessas duas abordagens, são radicalmente diferentes.

Realmente, debates recentes, ao mesmo tempo científicos e políticos, aconteceram na França. Eles colocam em evidência a importância dos pressupostos adotados para tratar da questão dos “transtornos de comportamento”. Duas correntes, em particular, se opõem, repletas de conseqüências sobre o destino dos sujeitos em questão e sobre a sociedade de maneira mais geral.

Um transtorno a reduzir?

A corrente exposta no relatório INSERM, relativa ao “transtorno das condutas na criança e no adolescente”, amplamente debatida, considera que os “transtornos de comportamento” correspondem a um disfuncionamento específico que revela um conjunto de sinais pretensiosamente observáveis de modo objetivo. Esses sinais são sintomas no sentido médico do termo: “Toda manifestação de uma afecção ou de uma doença que contribui para o

diagnóstico, e mais particularmente todo fenômeno percebido como tal pelo doente” (*Dictionnaire Medical Larousse*).

O transtorno, nesse caso não existe nem para elucidar nem para recolocar em um quadro geral complexo e multidimensional; ele existe para reduzir, eventualmente, a ajuda do medicamento. Nessa lógica, é importante poder reconhecer os sinais precoces do aparecimento dos transtornos. Assim preconiza o grupo de experts do relatório INSERM: marcar desde a idade de 36 meses as manifestações comportamentais incriminadas (“brigas”, “recusar a obedecer”...) e inscrevê-las no carnê de saúde.

Uma leitura apoiada no modelo das neurociências considera esses transtornos como um disfuncionamento e propõe encarregar-se de sua redução, por meio de medicamentos e/ou de terapias cognitivas comportamentais (TCC): por uma “conduta pragmática, trata-se de provocar uma mudança de registro dos pensamentos e das representações mentais e aumentar as possibilidades de autogestão do sujeito [...] com um controle das reações emocionais” (*Quotidien du médecin* 28/5/2005). Nessa abordagem, as referências psicopatológicas, tais como as noções de estrutura, de sintoma, de modalidades defensivas, não são levadas em conta (Bergeret, 1996).

Um sintoma a escutar

Numerosos psicanalistas (Kulien, 1991; Hurstel, 1996; Lebrun, 1997, 2007; Lesourd, 2006) relacionam as formas atuais de expressão da psicopatologia à evolução da nossa sociedade, em particular a um lento e progressivo questionamento de uma ordem social, demonstrada por meio da evolução de mais de um século dos status jurídicos dos homens, das mulheres e das crianças. Assim a sintomatologia poderia ser entendida como uma manifestação de um mal-estar do sujeito na cultura. Entretanto, além do impacto da cultura, toda abordagem psicanalítica interessa-se pela singularidade de cada sujeito, o sintoma produzido constituindo a expressão de um conflito inconsciente.

Segundo a abordagem psicanalítica, as “desordens” do comportamento não são “transtornos” no sentido de uma doença caracterizada, mas podem ser formações do inconsciente. Para Maud Mannoni (1967, p. 48), “o sintoma vem no lugar de uma palavra que falta, criada com a atenção do interlocutor”. Contrariamente à abordagem comportamental, o sintoma aqui é uma modalidade de expressão do sujeito. Suprimir o sintoma de uma só vez faz com que sua mensagem não seja escutada.

No mais, segundo Jacques Lacan (1973, p. 32), o sintoma contém sua parte de gozo: “*il est clair que ceux à qui nous affaire, les patients, ne se satisfont pas, comme on dit, de ce qu'ils sont. Et pourtant, nous savons que tout ce qu'ils sont, tout ce qu'ils vivent, leurs symptômes mêmes, relève de la satisfaction.*”³ Por essas razões, não se trata de

tomar o sintoma de frente, mas de permitir aos sujeitos em sofrimento ter acesso à palavra: o sintoma então pode ceder...

Para certos sujeitos, o sintoma tem uma função de prótese enodando o simbólico, o real e o imaginário. Ele é, então, um efeito da estrutura do sujeito, que Lacan nomeia *sinthome*. Ele distingue assim o *sinthoma* que não cai, do *symptôme* que cai de *surcroît* (Lacan, 1962, p. 70).

Por outro lado, parece útil lembrar que essas “desordens” comportamentais fazem, freqüentemente, parte do desenvolvimento normal da criança e que a vigilância se impõe diante dos riscos de um diagnóstico precoce.

Assim, é necessário situar essas manifestações na organização psicodinâmica da personalidade senão, como Misès (2005) precisa, esse balizamento pelo sintoma “transtorno do comportamento” leva a reagrupar em uma mesma categoria sujeitos extremamente diferentes, do ponto de vista psicopatológico, para os quais os tratamentos são diferenciados. Ele insiste na importância de se referir à estrutura dos sujeitos e de diferenciar os quadros de inscrição das manifestações sintomáticas: transtornos reacionais, transtornos neuróticos, psicoses, patologias limites ou narcísicas. Prender apenas as expressões comportamentais, sem levar em conta a estrutura psíquica, leva a negligenciar a complexidade dos fenômenos conscientes e inconscientes que agem no sujeito tomado na dimensão singular e familiar, e a abandonar a necessidade de um tratamento multidimensional, crucial para a evolução do sujeito.

Desejamos concluir este primeiro ponto sublinhando que nos parece importante não limitar nosso questionamento ao impacto das mudanças de registros dos discursos sobre a psicopatologia. Trata-se, igualmente, de nos interrogarmos sobre a evolução da expressão da psicopatologia.

Novos olhares ou novos comportamentos?

Discernimos, realmente, uma evolução na nossa prática de psicólogos no Centro Médico Psicopedagógico (CMPP), lugar de consultas que acolhe os pais e suas crianças pelas dificuldades, dependendo com mais freqüência do registro da psicopatologia da vida cotidiana: há alguns anos, as dificuldades de comportamento das crianças e dos adolescentes constituem um motivo crescente de consulta. Recebemos cada vez mais pais inquietos, desamparados diante do comportamento de suas crianças, com freqüência em idade cada vez mais precoce. Os pais queixam-se da desobediência, da raiva, de violências verbais, de agitação, de falta de concentração... “Ele é hiperativo”, é o que dizem de vez em quando.

As crianças em questão são freqüentemente muito jovens, de 4-5 anos, ou crianças em torno de 10 anos, que não entraram ainda nas mudanças da adolescência. Nossa observação condiz com o que se observa no nível

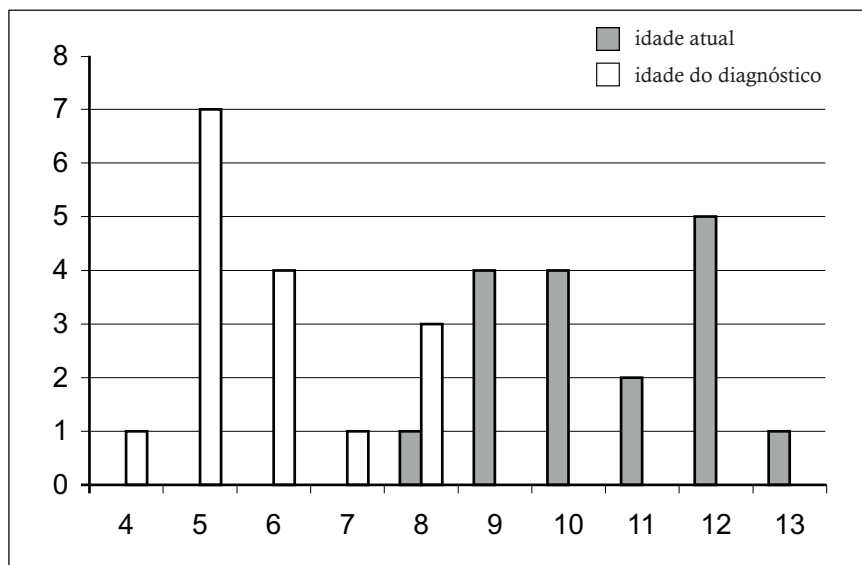
internacional, onde as consultas com as crianças muito jovens revelam sintomatologias mais freqüentes e mais precoces que, antes, agitação, transtornos de atenção, agressividade, segundo os resultados da investigação Eap elaborada em 2002 com 93 psicólogos da pequena infância (Cognet, 2004).

Além dos comportamentos referidos, o que nos interroga na maior parte dessas situações refere-se à confusão, à angústia, à impotência de um e até mesmo dos dois pais em relação às crianças mais jovens. Vários deles fazem de si próprios o laço com o espectro da adolescência: “Se agora já é assim, o que faremos quando ele for maior?” Assim as dificuldades atuais e o temor de tormentos por vir os motivam a consultar.

Vamos agora, com base em uma pesquisa feita com uma população de crianças diagnosticadas “hiperativas” por neuropsiquiatras, interrogar essa dimensão sintomática e marcar os riscos desse novo significante, veiculado nos discursos sobre a psicopatologia infantil.

Apresentação da pesquisa⁴

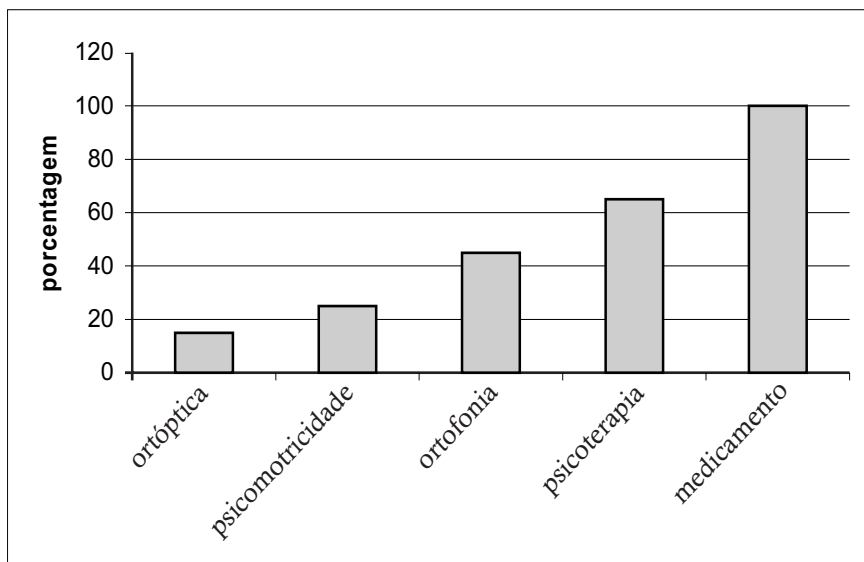
Por meio de associações de pais, encontramos 20 famílias nas quais havia pelo menos uma criança com o diagnóstico de hiperatividade (com referência ao DSM-IV). No momento da pesquisa, as crianças – 4 meninas e 16 meninos (distribuição que corresponde às cifras nacionais) – tinham entre 8 e 12 anos. Os dados dessa pesquisa estão sendo analisados; apresentaremos aqui apenas resultados parciais.



Quadro 1. Distribuição das crianças em função da idade

Para cada família, encontramos os pais (às vezes um só) com os quais fizemos uma entrevista semidiretiva. Num segundo tempo, tivemos uma entrevista e realizamos testes projetivos com a criança: o Rorschach e o TAT (as fábulas de Düss para as crianças com menos de 10 anos).

Todas as crianças têm um percurso médico-psicológico relativamente complexo: freqüentemente, várias tentativas de psicoterapia, reeducações ortópticas e/ou psicomotoras, de ortofonia, durante vários anos, e desde a idade de 6 anos todas estiveram ou estão ainda sob tratamento medicamentoso (ritalina).



Quadro 2. Distribuição dos tipos de tratamento

Mesmo se após o ocorrido os pais sublinham a precocidade das dificuldades encontradas com sua criança: *Ele não dormia, ele mexia muito, era agitado...* . Entretanto, é quase sempre a escola que pediu as consultas. Na maior parte dos casos é essa indicação da instituição escolar que parece ser o ponto de origem da doença: *Na maioria das vezes, isso nos é dito do grupo de crianças do maternal / Quando ele entrou no CP a professora disse que era preciso consultar...* Em seguida, as dificuldades de adaptação e de integração da criança no sistema escolar vão cristalizar o conjunto de prognósticos feitos sobre ela. De fato, em geral, os anos escolares servem, freqüentemente, de referências temporais para os pais; logo, nessas entrevistas a relação com a escola é onipresente. É ainda mais impressionante para essa pesquisa encontrar crianças e pais fora do quadro escolar e durante as férias. Então, no discurso dos pais, a criança aparece em primeiro lugar como aluno antes de ser criança. Podemos talvez aqui já marcar

o efeito de um discurso social, o do campo escolar, que é particularmente normativo, sobre a maneira pela qual pais podem apreender sua criança.

Vamos agora, com base nas análises das entrevistas realizadas com os pais, centrarmo-nos nos efeitos desse diagnóstico de hiperatividade na representação da criança que, ao nosso ver, vai influenciar na relação com ela. Para essa exposição, retivemos três pontos característicos do conjunto das entrevistas: o discurso dos pais abriga sob sua autoridade uma divisão da criança, seu desaparecimento como sujeito e um apaziguamento da culpabilidade parental.

Uma divisão da criança

Considerando os pressupostos neurocientíficos do DSM-IV, o diagnóstico de hiperatividade implica, quase automaticamente, um tratamento medicamentoso. Foi assim para o conjunto das crianças encontradas – uma prescrição de ritalina seguiu de perto o diagnóstico médico. A maior parte das crianças (17 em cada 20) faz uso do medicamento desde a idade de 6 anos. Esse tipo de medicamento tem como particularidade modificar consideravelmente o comportamento da criança, pelo menos durante sua ação. Os pais descrevem realmente uma criança que apresenta duas faces: por um lado uma criança ideal, por outro lado uma criança irritada: *Era dia e noite / A professora não a reconhecia mais e nós também não*, diz, por exemplo, a mãe de Célia. Essa criança de duas faces aparece em dois níveis no discurso parental, segundo o que está em questão antes ou durante o tratamento, mas também no decorrer de cada dia, de acordo com o tempo de ação do medicamento: *Quando ela não está sob o efeito da ritalina, ela é viva demais e quando ela está sob o efeito da ritalina ela se torna particularmente calma*. Essa fala da mãe de Louis deixa perceber o sentimento de estranheza que a invade em relação a seu filho vivo demais / particularmente calmo. Outros pais, como os de Célia, procuram fora soluções para se encarregarem de sua filha: *Como a ritalina não fazia mais efeito, quando ela voltava da escola, e como na hora dos deveres era um conflito permanente, encontramos uma solução, nós a colocamos na ajuda aos deveres com outras crianças...*

Podemos também nos interrogar sobre o efeito desse discurso parental sobre a construção subjetiva da criança. Os pais instituem, assim, uma representação dividida da criança considerada como um bom ou mau objeto, uma vez que ela está ou não sob o efeito do tratamento: *Ela o toma às 7 horas da manhã / e faz efeito às 8 horas, / às 15 horas o efeito tinha acabado / ela pula por todo lado, / ela corre por todo lado, / ela grita por todo lado* (mãe de Louis). Aqui a criança boa não é somente a que é calma e não é repreendida na escola, mas ainda uma criança dócil que não se opõe mais às exigências dos adultos. Este último aspecto nos conduz a uma segunda característica dos discursos parentais que é certa objetivação de sua criança.

Um desaparecimento do sujeito

Alguns trabalhos assinalam o efeito objetivante⁵ da nosografia do DSM-IV, que reduz certas produções infantis a transtornos comportamentais. Se não ignoramos que solicitar aos pais as crianças, deliberadamente, no quadro de uma pesquisa pode ter como efeito colocar a criança como “objeto de estudo”, fomos questionados, contudo, pelo pouco lugar que esses pais atribuíam à palavra e ao ressentimento de suas crianças. Realmente, em nossas entrevistas, os pais descrevem essencialmente o comportamento da criança, sem jamais interrogá-los. Os pais não se questionam e não parecem questionar a criança; ela também é atriz sem ser autora de seus atos: Quando seu filho a chama de puta, enfim de coisas bastante difíceis de ouvir / bem ele / é que ele não sabe bem que não pode. Se essas injúrias fazem a mãe de Thibaut sofrer, ela não pergunta pelo que pode estar em jogo entre ela mesma e seu filho. Ou, ainda, quando a mãe de Louis encontra a professora ou a treinadora esportiva para explicar o comportamento de seu filho – Apesar de ter explicado bem a ele, e lhe dizer para explicar isso aos outros (camaradas, colegas), ele não conduziu bem as coisas –, ela não parece considerar interpelar Louis para falar com ele sobre o que se passa com seus colegas ou com seus professores. Ela aumenta o número das condutas para falar de seu filho aos que vão ter que geri-lo, e as dificuldades são atribuídas a eles, pois não compreenderam ou não quiseram compreender “sua doença”. Assim o discurso sobre a criança substitui a palavra da criança. Em várias entrevistas a criança é apresentada como “incapaz” de se concentrar, “incapaz” de não se agitar, os pais parecem estar diante de uma criança regida pela sua hiperatividade, uma criança que não pode responder pelos seus atos. O comportamento instável, que poderia ser considerado uma consequência sintomática de um conflito psíquico inconsciente, está aqui invertido por causa das dificuldades da criança. É a hiperatividade que se torna a única responsável pelos seus problemas: É essa doença, nos dizem vários pais.

Podemos nos perguntar se esse apagamento da criança como sujeito de seu discurso é um efeito do diagnóstico de hiperatividade, ou se ele preexistia antes e o diagnóstico contribuiria apenas para reforçar esse apagamento. Realmente certas situações nos interrogaram quanto à particularidade do enodamento do laço mãe/criança desde as primeiras semanas da vida da criança. *Tivemos uma relação muito fusional*,⁶ dizem várias mães, não sem certa complacência. Podemos nos perguntar se a redução da criança a seu comportamento não contribui para deixar a criança no lugar de objeto da mãe:

Ela vinha, a partir de dezembro, durante a noite em minha cama e tornou-se sonâmbula, / mas, como eu a encontrei quatro ou cinco vezes dormindo no corredor sobre o ladrilho / na minha porta / e como logo ela pegou uma pneumonia, eu então acabei aceitando, pois disse a

mim mesma que um dia graves aborrecimentos poderiam vir a ocorrer a ela; então eu escolhi o menor e a coloquei na minha cama quando ela vinha / e eu não a peguei por obrigação.

O fim dessa citação da mãe de Émilie revela que ela não ignora a reprovação que pesa sobre o pai, que aceita a criança em sua cama; é por isso que ela se defende e se justifica. Esse primeiro elemento nos mostra a questão da culpabilidade dos pais diante das dificuldades de sua criança.

Uma abstenção da culpa dos pais

Paradoxalmente, a teorização da hiperatividade proposta pelo DSM-IV objetivando a criança e seus transtornos contribui para desculpabilizar os pais: *Ela me tranqüilizou completamente me dizendo que, provavelmente, Louis tinha um problema de hipercinesia... / O diagnóstico do doutor X chegou dizendo que era uma criança que tinha um problema de déficit de atenção com hiperatividade.* Então, a hiperatividade é uma doença e a criança, um doente. Se os pais não parecem particularmente assustados com as conseqüências desse diagnóstico, é provavelmente porque ele introduz uma causa aparentemente orgânica nas dificuldades da criança. É interessante marcar que nenhum dos pais ressalta que o diagnóstico e o tratamento que acompanham a criança resolveram suas dificuldades. Temporariamente, a ritalina torna a criança mais sensata, mas as dificuldades estão sempre presentes. A satisfação trazida pelo diagnóstico está essencialmente ligada ao fato de dar a eles uma resposta objetiva. Não é surpreendente que os pais digam ter freqüentemente convivido mal com outro tipo de discurso que tendia implicá-los nos transtornos de sua criança:

O psiquiatra me disse, não se pode dizer que seu filho tem alguma coisa, / se eu tivesse problemas com ele eu teria que me cuidar. / Isso foi muito agradável [mãe de Thibaut]; e efetivamente / tudo é culpa da mãe / então eu tive um estalo imediatamente / é / meu filho era uma criança médico / uma criança curadora, ela designava isso. [Mãe de Louis]

Eles se sentiram implicados, e até mesmo acusados, não compreendendo o procedimento terapêutico quando o psicoterapeuta desejava trabalhar apenas com os pais: *Ele não falava jamais com meu filho, era unicamente comigo.* Se parece claro que a perspectiva do DSM-IV convém melhor a certos pais que não se sentem então implicados, seria, entretanto, útil perguntar sobre o modo pelo

qual é possível implicar os pais no trabalho terapêutico. A maneira pela qual nós vamos ouvir sua queixa, sem pegar o sintoma de frente, é fundamental.

Conclusão

O discurso sobre a hiperatividade aparece como efeito das mutações sociais. As modalidades de expressão da construção subjetiva (aqui desordens comportamentais) se fazem nas formas aceitas pelo discurso organizador do laço social. Os primeiros resultados dessa pesquisa nos mostram como pais e crianças se encontram presos pelos significantes que lhes são propostos e como esses vão estar a trabalho nas suas relações.

No mais, mesmo se não tivéssemos desenvolvido neste escrito a análise das entrevistas e dos testes efetuados com as crianças, isso indicaria que os sintomas desenvolvidos por cada um se inscreveriam em uma problemática e em uma estrutura psíquica particulares. O exemplo de Emilie mostra que seus transtornos de atenção têm um sentido de escapar a uma dependência múltipla de processos primários, compostos de idéias profundamente angustiantes que se impõem em seu espírito. Os transtornos de atenção aqui tomam lugar em um quadro mais geral de transtornos da personalidade que um medicamento não saberia suprimir. Enquanto a agitação de Thibaut se inscreve em um registro neurótico, ela vem colocar em cena angústias ligadas a um questionamento sobre a morte.

A abordagem comportamental e neurocientífica, que serve de base a essas novas classificações, se faz em detrimento da consideração da singularidade de todo sujeito humano. A noção de hiperatividade, que consiste em encarregar-se da dificuldade apresentada pela criança ou por seus pais como expressão de um desregramento funcional ou orgânico, quando se trata da expressão de um conflito psíquico, corre o risco de se deslocar ou de reforçar o sintoma ao invés de aliviar o sofrimento psíquico. Preferimos, então, a noção de instabilidade psicomotora, que conserva a dimensão sintomática das desordens comportamentais. A dimensão familiar do sintoma sublinha a complexidade dos riscos contidos nesse sintoma e o perigo de querer erradicá-lo de uma só vez, tendo em vista que esse perigo é um tanto maior na clínica da criança, onde a dimensão inconsciente do sintoma é negligenciada não só na criança, mas também nos pais.

Notas

1. NT: Em francês, *enjeux*, que pode ser entendido também como “o que está em jogo”.
2. NT: Em francês, *oppositionnels*, traduzido por oposicionais, termo não dicionarizado em português.

3. Citação de Lacan, conforme informado no texto *O seminário: Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, já traduzido para o português.
4. Estudo efetuado no quadro da pesquisa coordenada pelo Pr. Demont (ULP), que sustenta sobre as “Dificuldades na aprendizagem da leitura e dos transtornos da atenção com hiperatividade. As crianças hiperativas são todas más leitoras?”
5. NT: Em francês, *objectivante*, traduzido por objetivante, termo não dicionarizado em português.
6. NT: em francês, *fusionnelle*, termo não dicionarizado em francês nem em português, traduzido livremente por “fusional”

Referências

- Ajuriaguerra, J. de (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson.
- Bergeret, J., (1996). *La personnalité normale et pathologique: Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. (3^{ème} édition). Paris: Dunod.
- Berger, M. (2005). *L'enfant instabl: Approche clinique et thérapeutique* (2^{ème} édition). Paris: Dunod.
- Brun, D. (1998). Du discours sur l'enfant au discours de l'enfant. In *L'entretien en Clinique*. Paris: In press éditions, 281-287.
- Cognet, G. (2004). Les nouvelles symptomatologies de l'enfant. *Psycho Média*, 1, 19-24.
- Freud, S. (1909/1990). *Cinq psychanalyses*. Paris: PUF.
- Hurstel, F. (1996). *La déchirure paternelle*. Paris: PUF.
- Hurstel, F. (2001). Quelle autorité pour les parents aujourd'hui?. *Comprendre*, 2, 207-222.
- Julien, P. (1991). *Le manteau de Noé: Essai sur la paternité*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Lacan, J. (1962). *Le séminaire*. Livre X: L'angoisse. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1973). *Le séminaire*. Livre XI: Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1986). Deux notes sur l'enfant. *Ornicar? Revue du Champ Freudien*, 37, 13-14.
- Lebrun, J. P. (1997). *Un monde sans limite: Essai pour une clinique psychanalytique du social*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.

- Lebrun, J. P. (2007). *La perversion ordinaire: Vivre ensemble sans autrui*. Paris: Denoël.
- Lesourd S. (2006). *Comment taire le sujet? Des discours aux parlottes libérales*. Paris: Erès.
- Mannoni, M. (1965). *Premier rendez-vous avec le psychanalyste*. Paris: Denoël.
- Mannoni, M. (1967). *L'enfant, sa maladie et les autres*. Paris: Seuil.
- Misès, R. (2005). A propos de l'expertise INSERM relative au "trouble des conduites chez l'enfant et chez l'adolescent. *La Lettre de Psychiatrie Française*, 149, 13-15.
- Théry, I. (1993). *Le démariage*. Paris: Odile Jacob.
- Wallon H. (1925). *L'enfant turbulent*. Paris: PUF.
- Wallon H. (1949). *Les origines du caractère de l'enfant* Paris: PUF.
- Winnicott D.W. (1971). *L'enfant et sa famille*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

PSYCHOMOTOR INSTABILITY OR HYPERACTIVITY? RISKS OF THE MISTAKES IN THE DISCOURSES ABOUT CHILD PSYCHOPATHOLOGY

Abstract: Some years ago new significant, as hyperactivity, and OCD, appeared in child psychopathology field. Presented as a new pathology, hyperactivity seems to really point to a psychomotor instability. This new term defines a behavior disorder and its decrease, in spite of a complex psychodynamic vision of the subject. Well, to pay attention only to behavior expressions, without considering its symptomatic dimension, leads to the neglect of the complexity of the conscious and unconscious phenomenons, that acts in the subject in his singular and familiar dimension. We propose, based in a research with a child population labelled as hyperactive, to question this symptomatic dimension and mark in which picture this nosography chance interfere and the risks of this new significant in the child psychopathology discourse.

Keywords: Child psychopathology, Diagnosis, Symptom, Psychomotor instability.

¿INESTABILIDAD PSICOMOTORA O HIPERACTIVIDAD? RIESGOS DE LOS ERRORES DE LOS DISCURSOS SOBRE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Resumen: Hay algunos nuevos significantes, tales como hiperactividad, los tocs., aparecen en el campo de la psicopatología infantil>Presentada como una nueva patología ,la hiperactividad parece realmente remitir a la inestabilidad psicomotora. Este nuevo término caracteriza una conducta centrada en los trastornos del comportamiento y en la reducción de ellos, en detrimento de un abordaje psico-dinámico complejo del sujeto. Por un lado, apegarse apenas en las expresiones de comportamiento, sin tomar en cuenta su dimensión sintomática, lleva a descuidar la complejidad de los fenómenos conscientes e inconscientes, que actúan en el sujeto tomado por la dimensión singular y familiar. Proponemos , a partir de una investigación hecha con una población de niños rotulados "hiperactivos", interrogar esa dimensión sintomática y apuntar en cual cuadro ese cambio nosográfico interviene, y los riesgos de ese nuevo significante dirigido en los discursos

sobre la psicopatología infantil.

Palabras llave: Psicopatología infantil, Diagnóstico, Síntoma, Inestabilidad psicomotora.

INSTABILITÉ PSYCHOMOTRICE OU HYPERACTIVITÉ?
ENJEUX DES GLISSEMENTS DES DISCOURS SUR
LA PSYCHOPATHOLOGIE INFANTILE

Résumé: Depuis quelques années de nouveaux signifiants, tels que l'hyperactivité, les tocs..., apparaissent dans le champ de la psychopathologie infantile. Présentée comme une nouvelle pathologie, l'hyperactivité nous semble en fait renvoyer à l'instabilité psychomotrice. Ce nouveau terme caractérise une démarche centrée sur les troubles du comportement et leur réduction, au détriment d'une approche psychodynamique complexe du sujet. Or ne s'attacher qu'aux expressions comportementales sans prendre en compte leur dimension symptomatique conduit à négliger la complexité des phénomènes conscients et inconscients qui se jouent pour le sujet pris dans sa dimension singulière et familiale. Nous proposons, à partir d'une recherche menée sur une population d'enfants étiquetés "hyperactifs", d'interroger cette dimension symptomatique et de repérer dans quel cadre intervient ce changement nosographique et les enjeux de ce nouveau signifiant véhiculé dans les discours sur la psychopathologie infantile.

Mots-clés: Psychopathologie infantile, Diagnostic, Symptôme, Instabilité psychomotrice.

Recebido em: 22/5/2007 - Aprovado em: 30/5/2007.

Sobre as autoras

Anne Thevenot – Professor Adjunto em psicologia clínica, HDR, Unidade de Pesquisa em Psicologia : Subjetividade, Conhecimentos e Laço Social (EA 3071), Universidade Louis Pasteur. Strasbourg - France. Endereço eletrônico: anne.thevenot@psycho-ulp.u-strasbg.br

Claire Metz – Professor Adjunto da IUFM, psicóloga, psicanalista. Unidade de Pesquisa em Psicologia : Subjetividade, Conhecimentos e Laço Social (EA 3071), Universidade Louis Pasteur. Strasbourg - France. Endereço eletrônico: anne.thevenot@psycho-ulp.u-strasbg.br

