
Hyperactivité: le temps d'une question

Angélique Christaki

Cet article propose un topo à partir de la problématique de l'hyperactivité chez l'enfant. Notre argument a trait aussi bien à la clinique de l'enfant dit hyperactif qu'à un malaise dans la culture actuelle, tel qu'il se donne à lire à travers la visée prédictive de "l'expertise collective de l'INSERM sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent". D'une part nous discutons les conséquences éthiques des conclusions du rapport de l'INSERM et d'autre part nous proposons une approche critique du statut psychopathologique des "troubles des conduites".

Mots clés: Hyperactivité, clinique infantile, malaise dans la civilisation, rapport de l'INSERM

Une question psychopathologique ?

L'agitation physique, la désobéissance, la colère, le manque de concentration, les troubles de sommeil sont des manifestations récurrentes de la clinique de l'enfant. Néanmoins, l'hyperactivité comme trouble du comportement associé ou non aux TOP (trouble oppositionnel avec provocation) – suivant le rapport de l'INSERM de 2005¹ – pose un véritable problème sémiologique et épistémologique. La lecture de ce rapport laisse entendre l'écho d'un malaise qui va au-delà de celui de l'enfant hyperactif et s'articule à l'évolution sociale de la demande et de la conception actuelle de la notion de la dangerosité sociale.²

Du rapport de l'INSERM qui fait du comportement de l'enfant un destin, se dégage une logique oraculaire de laquelle s'est emparé très rapidement un certain discours social et politique qui prône des valeurs sécuritaires et propose une surveillance médicale renforcée et un dépistage précoce pour des enfants de moins de 3 ans.³ Cette approche de la clinique infantile comporte un double risque: d'une part le risque d'une confusion épistémologique entre les TDAH (trouble déficit de l'attention/hyperactivité), avec ou sans TOP associé,⁴ avec le statut

1. Expertise collective de l'INSERM, *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, 2005.
2. Nous proposons une mise en perspective de ce rapport avec la première expertise de l'INSERM parue en 2002: *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, ainsi qu'avec le changement de la législation sur le handicap. Sur cette question lire "Le handicap impossible. Analyse de la notion de handicap dans la loi d'orientation de 30 juin 1975", dans *Annales médico-psychologiques*, v. 146, n. 7 et 8. De même, se référer à l'expertise sur l'évaluation des psychothérapies.
3. Concernant les risques inhérents au rapport de l'INSERM, nous renvoyons notre lecteur à l'article de Bernard Gols intitulé "Le rapport INSERM 2005 sur les troubles des conduites chez l'enfant, ou le TOP des TOP?" dans *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans!*, Toulouse: Érès, 2006, p. 73-81.
4. Nous lisons que "le TDAH (trouble déficit de l'attention/hyperactivité) serait d'autant plus prédictif du trouble des conduites qu'il serait associé au TOP (trouble oppositionnel avec provocation)" (dans Expertise collective de l'INSERM, *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, op. cit., p. 7).

psychopathologique et métapsychologique du symptôme; d'autre part le risque d'une stigmatisation de certaines expressions subjectives et psychopathologiques.⁵

Il est à noter que l'opposition de l'enfant, le fait de dire non, de désobéir, ne constitue pas en soi un symptôme psychopathologique. Des moments d'opposition et de crise, avant qu'ils n'acquière le statut du symptôme en psychopathologie, peuvent apparaître comme des moments critiques du développement psychoaffectif normal de l'enfant. Ils peuvent aussi être considérés en tant que réactions souhaitables au cas où l'enfant évoluerait dans un milieu non adapté pour lui. En dépliant cet argument, il tombe sous le sens que désobéir à une norme sociale peut ne pas être forcément en rapport ni avec un trait psychopathologique, ni d'ailleurs avec un destin délinquant.

Cliniquement, nous admettons que le fait que l'enfant adopte des comportements dérangeants pour l'environnement pourrait s'entendre comme un recours parfois ultime de sa part. Cela étant, nous pourrions entendre son agitation physique comme un moyen d'exprimer sa souffrance quand la parole et d'autres voies d'expression se trouvent entravées. Stigmatiser ce type de manifestations chez l'enfant et les considérer comme le précurseur de conduites délinquantes restent sans aucun fondement clinique.

Ce débat amène les cliniciens face à un souci éthique majeur quant aux buts que viserait un projet thérapeutique pour l'enfant. Il est aussi à noter que l'enfant hyperactif ne se plaint quasiment jamais de son hyperactivité; c'est l'instituteur ou les parents qui le souhaitent plus calme, plus posé. Ainsi, nous soutenons que l'hyperactivité a souvent trait à l'impossibilité que rencontre l'enfant d'exprimer sa question et de demander de l'aide.

Le clinicien intervient ainsi pour écouter ce qui de la difficulté de l'enfant est resté en sourdine, l'empêchant de *tenir sur place*. Donner à l'enfant la possibilité de dire et de faire entendre dans l'espace d'une cure ce qui l'empêche d'entrer dans les apprentissages, de partager un temps de jeu avec ses camarades, de ne pas être agressif dans ses liens sociaux constitue un chemin à parcourir parfois long mais nécessaire vers la pacification d'un comportement appelé hyperactif.

Une première étape critique vers le chemin d'une pacification est celle de la demande. Une demande d'écoute de la part de l'enfant n'est pas automatique, son

5. Nous pouvons lire dans l'expertise de l'INSERM que "ce déficit représente un des facteurs de risque les plus importants des conduites délinquantes à l'âge de l'adolescence et à l'âge adulte" (*op. cit.*, p. 6).

avènement est parfois un pari inhérent à la construction d'un lien social, du lien à l'altérité comme chemin humanisant et pacificateur pour le sujet. Or, si le destin de l'enfant est pré-tracé,⁶ connu à l'avance, demander quelque chose, essayer de comprendre, de changer, est bel et bien inutile. Court-circuiter l'étape de l'émergence de la demande de l'enfant, en évoquant un savoir prêt-à-porter sur son avenir à partir d'un comportement donné, ne laisse comme perspective que la prédiction de la délinquance comme risque à contrôler.

Dans cette optique, nous nous trouvons face à une question éthique qui stipule désengagement du sujet face à sa responsabilité, y compris la responsabilité quant à sa propre pathologie. "C'est le destin" est une affirmation qui fait l'impasse sur l'engagement du sujet. Évacuer la responsabilité du sujet sous prétexte que l'avenir est tracé avant l'âge de 3 ans constitue une approche idéologique qui présente un risque d'enfermement du sujet dans un avenir sans issue.

Néanmoins, nous dirions que l'hyperactivité de l'enfant est loin d'être une "nouvelle pathologie". Il s'agit plutôt de la concevoir non pas comme un comportement, mais comme l'expression d'un questionnement qui n'est pas encore advenu, en tant que question articulée dans la bouche de l'enfant.⁷

Des questions de vie et de mort qui n'ont pas encore trouvé une voie de subjectivation sont à la base de la complexité des manifestations psychopathologiques chez l'enfant. En effet, permettre à un enfant d'articuler la question qui l'agite, qui le presse, qui le laisse sans sommeil, qui le déconcentre des apprentissages, constitue un enjeu vital. Il est évident que nous ne saurions

6. Sur ce point, nous suivons la réflexion de F. Benslama qui réinterroge à partir d'ultimes écrits de Freud le statut de la genèse du savoir en psychanalyse en tant que celui-ci ne se constitue pas seulement du point de vue de l'expérience, mais comme possibilité de penser l'expérience: "On pourrait dire qu'elle est génétique, alternative, par dérivation empirique et par déduction métapsychologique, ce qui signifie qu'elle n'obéit pas à une logique développementale dans un temps chronologique linéaire" (p. 54)... "Le projet de Freud dans ce texte suppose ainsi la structure inversée d'une scène qui n'est pas sans rappeler le mécanisme pulsionnel de la prématuration entre les deux pôles actif/passif du partage de la jouissance, joué ici sur le plan du processus de pensée entre savoir/non savoir, de sorte que le mouvement méthodique de la *genesis* semble reposer sur le fait que ce qui permet le mieux la représentation d'un savoir possible, c'est que nous ne savons pas encore" (p. 55). *Savoir et altérité dans l'épistémologie psychanalytique. Psychologie Clinique* n. 17, Qu'est-ce qu'un fait clinique? Nouvelle série, Paris: L'Harmattan, 2004.
7. Voir le texte de R. Gori intitulé "La psychopathologie en question aujourd'hui" qui traite – entre autres – du destin de la souffrance psychique quand celle-ci se réduit au trouble mental et au trouble de comportement (dans *Cliniques méditerranéennes*, n. 71, "Soigner, enseigner évaluer", Toulouse: Érès, 2005, p. 40-57).

évacuer cet enjeu critique ni avec une réponse médicamenteuse, ni d'ailleurs avec des mesures sécuritaires sur un plan politique et social.

Par ailleurs, ne saurions-nous pas reconnaître à travers l'écho d'une réponse unilatérale, qu'elle soit médicamenteuse ou éducative, scientifique, politique, etc., la promesse fallacieuse d'une certaine paix sociale, voire d'une garantie face au risque inhérent que comporte l'entreprise qui mène le sujet face à des questions de vie et de mort ?

Il s'agit plutôt dans une cure d'enfant de repérer ce qui se laisse entendre comme risque par rapport à sa propre constitution psychique. Nous concéderons que des manifestations telles que l'agitation, le manque de concentration, etc. peuvent être prodromiques d'un risque qui se donne à voir comme la réponse agie et parfois provocatrice devant une question qui ne peut pas se poser. Autrement dit, une réponse agie peut venir à la place d'une question qui n'arrive pas à trouver les termes de son articulation. Un risque psychopathologique important se présente alors, quand l'enfant se trouve aux prises avec ce qui le laisse sans recours à la parole, avec ce qui le coupe du lien avec l'autre. En fait, exprimer, articuler quelque chose de l'ordre de ce risque est pour la constitution du sujet: vital.

Avant de passer à un fragment clinique, nous dirions que le rapport de l'INSERM dérobe une problématique psychopathologique de sa complexité et propose des méthodes de prise en charge qui font l'impasse de l'approche psychanalytique. Nous stipulons qu'introduire l'approche psychanalytique, c'est réintroduire le temps nécessaire pour qu'une question se pose.

Permettre à l'enfant de se donner le temps pour élaborer sa question est un pari inhérent au travail psychique tel qu'il peut s'accomplir dans le cadre d'une psychanalyse d'enfant. Ce temps n'est pas une simple question de durée, il s'agit plutôt de le concevoir en tant que consubstantiel du lien transférentiel au sein duquel la parole pourra advenir comme altérité. Or, l'élaboration d'une question dépend de la qualité d'écoute, comme possibilité offerte afin que l'enfant puisse accéder à la subjectivation de ce qui l'agite au titre d'un danger de mort.

Or, se donner le temps pour articuler et élaborer sa question engage pour un sujet la dialectique de l'énigme au sein de laquelle trouve sa source l'avènement de la sexualité infantile. Celle-ci passe immanquablement pour chaque sujet par les termes du sexe et de la mort.⁸

Une telle approche concernant l'hyperactivité ne devrait écarter ni la question pharmacologique, ni d'ailleurs la recherche qui la soutient, elle ne devrait pas

8. Fédida, P. Structure théorique du symptôme. L'interlocuteur. In: *Crise et contre-transfert*, Paris: PUF, 1992, p. 261.

non plus écarter une approche sociale, éducative, ou politique. Nous insistons simplement sur le risque d'une confusion d'apports, apports que chaque discipline devrait mesurer aux limites de son propre champ et de ses propres compétences.

C'est à travers ces soucis à la fois cliniques, épistémologiques et éthiques que nous proposons une réflexion à partir d'un fragment clinique.

Hyperactivité: une activité pulsionnelle en panne

Nous venons de stipuler que le terme d'hyperactivité est inopportun, parce qu'il gomme la singularité de la demande. Plus particulièrement, dans la clinique avec les enfants, la demande ne s'exprime au début que très partiellement, voire pas du tout directement par l'enfant lui-même. De ce fait, nous faisons l'hypothèse que l'accès d'un enfant à la formulation de sa demande dépendra de la mise en route de l'activité pulsionnelle.

Nous allons nous référer à la clinique infantile et partirons de l'idée que la pulsion est un "montage",⁹ un appareillage qui s'opère avec les signifiants de la demande de l'Autre. Dans une cure d'enfant, c'est avec ces signifiants que nous aurons à mettre en chemin les allers et retours de la pulsion.

Il s'agit de repérer comment il serait possible de permettre dans le cadre d'une cure d'enfant l'avènement du corps, comme corps des pulsions, à savoir comme distinct du soma soumis à l'excitation physique. Nous dirons alors que l'hyperactivité est du côté d'une excitation physique qui se produit quand l'instauration de la sexualité infantile – qui advient sous forme de pulsions partielles – s'avère être une réalisation en panne. Dans cette optique, nous considérons l'hyperactivité comme une excitation physique désarrimée de l'activité pulsionnelle. Or c'est à travers l'activité pulsionnelle, les allers-retours de la pulsion partielle que la sexualité participe à la vie psychique, articulant la parole au corps.¹⁰

Afin d'avancer, par petites touches, vers ces directions, nous discuterons un fragment clinique d'une longue cure d'enfant dit hyperactif.

9. Lacan, J. *Le séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil, 1973, p. 154.

10. *Ibid.*, p. 160.

Fragment clinique

Nous recevons Willy avec sa mère. Il s'agit d'un petit garçon de 4 ans qui vient consulter au CMPP pour cause d'hyperactivité. La mère déploie dans ce premier entretien une longue plainte concernant son fils, plainte scandée à plusieurs reprises par deux motifs qui ont attiré notre attention: "Il est trop vivant, il ne se pose pas...", raisons qui l'amènent au CMPP.

Le trait qui nous a tout d'abord interpellé chez cet enfant et pendant les premiers temps de son suivi consistait dans le fait qu'il ne posait aucune question; il a même fallu un long moment pour qu'il puisse en poser une.

Un jour, nous allons le chercher dans la salle d'attente, mais il est caché. Nous le retrouvons peu de temps après affalé, sans tonus, derrière un poteau de la salle d'attente. Il nous demande: "Pourquoi tu n'es pas venue me chercher?" Pendant la séance qui suit, il reste silencieux et s'explique en disant: "Je suis mort de fatigue".

Pendant les quatre ans et demi qu'a duré son suivi, nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de repérer la place centrale qu'avait la mort dans son histoire. Plus précisément, Willy n'était pas, comme ses parents nous l'avaient présenté au tout début, le quatrième enfant d'une série de quatre garçons mais le dernier enfant d'une série de six. Dans le premier décompte, il manquait un premier garçon mort-né, mort passé sous silence par les parents pendant de longues années. Il manquait aussi une fille qui venait à la troisième place, morte *in utero* à cause d'une malformation. De même, l'un des garçons de la fratrie était atteint d'une maladie génétique mortelle.

Cette configuration au niveau de la fratrie était l'effet d'une consanguinité parentale qui faisait que les filles mouraient alors que les garçons avaient un risque important d'être atteints d'une maladie génétique mortelle.

Ce tableau a été déployé petit à petit et pendant des temps critiques de sa cure. Ces moments ont donné sens entre autres au tout premier dessin de Willy qui représentait "un bonhomme avec un couteau au-dessus de sa tête"; nous l'aurions autrement appelé: un bonhomme avec une épée de Damoclès au-dessus de sa tête.

"Je suis mort de fatigue"

À partir de ce jour-là et de ce jeu-là, et pendant un petit moment, il se cachait régulièrement avant chaque séance, explorant peu à peu toutes les cachettes du CMPP.

Il semble ainsi que c'est avec son absence, sa propre perte mise en jeu, qu'il interroge le désir de l'adulte dans le transfert en jouant en quelque sorte le disparu. Suivant Lacan, il s'agit de remarquer que "ce qu'il va y placer, c'est son propre manque sous la forme du manque qu'il produirait chez l'Autre de sa propre disparition".¹¹ Nous concéderons d'ailleurs ce moment comme un temps critique dans le transfert dans le sens où de l'élaboration de ce temps dépendent la constitution du fantasme et la sexualité infantile.

Or pour continuer à *jouer* le mort, il faudrait que l'Autre continue à le chercher au moins pendant un temps. Car si l'Autre ne le cherche pas, alors il ne peut pas jouer le mort, il n'existe pas: il est mort.

Ce jeu, qui évoque d'ailleurs d'une manière assez explicite le jeu de la bobine,¹² marque un moment inaugural de la cure. C'est un jeu qui signifie ce moment où l'enfant s'offre comme perte, en même temps que sa question "pourquoi tu n'es pas venue me chercher?" se laisse entendre comme une énigme qui *se pose* pour lui, énigme sur le désir de l'Autre.¹³ Cette question, telle une mise en tension énigmatique,¹⁴ est inaugurale aussi bien pour l'avènement de la sexualité infantile que pour la place du sujet dans le transfert. C'est alors par ce biais, biais d'un enjeu vital, celui de sa propre perte, que cet enfant est poussé à poser sa question, à prendre la parole et à l'adresser.

Autrement dit, c'est à travers ce "pourquoi", cette mise en chemin de la pulsion de savoir que le transfert s'engage. Cet engagement est aussi celui du sujet dans la question du sexuel qui vectorisera le temps de la cure.

Poser une question, demander, désigne la voie du manque à travers laquelle est introduite la sexualité. Et c'est le travail de la cure qui permet qu'un certain nombre de tours soient faits dans le transfert; des tours nécessaires, au cours desquels la pulsion se construit comme un appareillage entre le sujet, l'Autre et l'objet, bordant ainsi un impossible à dire.

11. Lacan, J. Position de l'inconscient. In: *Écrits*, Paris: Seuil, 1966, p. 844.

12. Freud, S. Au-delà du principe de plaisir. In: *Essais de psychanalyse*, Paris: Payot, coll. "Petite bibliothèque Payot", n. 15, 1981, p. 41-115.

13. Lacan, J. *Le séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, op. cit., p. 194.

14. Souvenons-nous que, dans *Les trois essais sur la théorie sexuelle* (Paris: Gallimard, 1987, p. 123), Freud stipule que l'avènement de la sexualité infantile s'effectue avec l'éveil de la pulsion de savoir, qui est consubstantiel à l'énigme sur l'origine et sur la différence des sexes. Nous dirions ainsi que les questions que se pose l'enfant ont trait au manque constitutif autour duquel va se construire le sujet.

Nous allons à présent nous référer à ce temps du transfert qui se met au service de la déduction d'une perte autour de laquelle se tissera le temps d'une question, afin de préciser ce qu'on pourrait appeler un arrêt satisfaisant de cure d'enfant.

Nous précisons que le suivi a duré quatre ans et demi, entre ses 4 ans et ses 8 ans et demi. Il s'agit en effet d'un temps long, mais nécessaire, au cours duquel Willy a essentiellement parlé de la mort.

Pendant toutes ces années, aux difficultés de sommeil, d'attention, à son tempérament turbulent et agité, d'autres difficultés se sont greffées, telles des difficultés scolaires de lecture, d'écriture, d'attention..., éléments cliniques sur lesquels nous n'allons pas du tout insister ici.

Nous ouvrons simplement une parenthèse pour dire qu'avec une telle évolution au bout de quelques années de suivi, il y aurait eu matière à découragement; l'agitation de l'enfant, son insomnie n'ont pas été réglées rapidement. C'est peut-être pour cette raison-là qu'il est très difficile de convaincre les spécialistes de l'INSERM du bien-fondé de la psychanalyse pour le traitement de ce type de situations cliniques. Sur ce point, il est d'ailleurs remarquable de constater que le rapport de l'INSERM est le seul – parmi les vingt-cinq qui ont eu lieu dans le monde – qui arrive à conclure son étude en indiquant les bonnes thérapies pour l'hyperactivité tout en faisant l'impasse sur le rapport suédois qui stipule l'efficacité de la psychanalyse dans ses conclusions. Nous fermons cette parenthèse pour passer à un moment paradigmatique datant du dernier temps du suivi de cet enfant.

Willy arrive un jour (il a alors 8 ans, à ce moment-là il ne présente plus de traits majeurs du tableau clinique de l'hyperactivité) sérieusement ennuyé parce qu'il n'arrive pas à fermer la boucle de sa montre qu'il essaie de mettre à la main droite. Au bout de quelques tentatives infructueuses, nous lui disons qu'une montre se porte en général à la main gauche. Très étonné, il nous répond: "Mais non, c'est avec la main droite que j'écris et maintenant je sais écrire et je sais lire l'heure" (en effet, il a entre-temps acquis la lecture et l'écriture, et de manière générale à l'école ça se passe plutôt bien).

Suite à cela, il nous demande d'aller faire pipi. Nous lui proposons d'attendre la fin de la séance si c'est possible, sinon il peut y aller mais dans ce cas nous nous reverrons la semaine suivante. Il se met alors en colère et nous demande: "Pourquoi à chaque fois tu dis ça?", et quelques instants plus tard il répond à sa propre question en disant: "Maintenant je sais, c'est parce que quand on fait pipi ça coupe tout". Cela étant dit, il continue la séance et, au moment où nous lui signifions que c'est la fin de la séance, il nous demande: "Encore un peu", dans la hâte d'ajouter encore un mot, encore une pièce de Lego, etc. Nous refusons, il

insiste et nous lui promettons qu'il aura tout son temps la prochaine fois. Il nous répond alors: "Ça, ce n'est pas vrai parce que mon temps est toujours limité".

Nous considérons cette sage parole à la fois comme paradigmatique d'un chemin élaboré et comme une réponse pacifiante que l'enfant s'est construite pendant le temps de cette cure.

À partir de ce fragment – qui ne résume pas le travail effectué et ne rend compte que d'un point précis –, nous proposons une lecture de l'hyperactivité qui met au premier plan l'articulation d'une souffrance avec les coordonnées du sexe et de la mort. Ce moment paradigmatique de la cure donne à entendre le passage d'une manifestation clinique au statut du symptôme, au sens métapsychologique du terme, à savoir "le symptôme comme d'un énigmatique savoir sur soi".¹⁵

La parole de Willy énonce le temps en tant que toujours limité, en tant que manque déduit aussi bien pour l'un que pour l'Autre. Le temps se déduit comme trait indexé à l'objet perdu et par là il rejoint de manière paradigmatique ce qui comme éternellement manquant ne peut qu'être contourné. Quand il repère alors que son temps est toujours limité, il ponctue le temps comme manque, comme ce qui se déduit et choit logiquement du dispositif même de la cure, indiquant un moment de séparation. Nous manquons tous les deux du temps, et la promesse fallacieuse de notre part *qu'il aurait eu tout son temps la fois suivante* n'y peut rien. Avec sa réponse – "Ça, ce n'est pas vrai parce que mon temps est toujours limité" qui se pose comme interprétation dans l'espace de la cure – se laisse entendre le temps comme objet manquant qui inscrit le corps comme mortel et sexué parce que limité.

Au bout de ce chemin, le temps comme figure paradigmatique du manque n'appartient plus ni à l'un ni à l'Autre, il se déduit comme pure perte là où apparaît la fonction séparatrice de la pulsion, là où le cheminement pulsionnel borde le corps comme limité, marqué par son destin mortel et sexué. Et quand la pulsion ferme sa boucle et repart en circuit, le sort du sujet se joue de nouveau, sous le coup d'un manque qui vectorise le sujet comme désirant.

Autrement dit, ce avec quoi rompt Willy au bout de ce travail, ce n'est pas tant l'agitation et le comportement agressif, prédictifs d'un risque de délinquance à l'adolescence ou à l'âge adulte comme l'indique le rapport de l'INSERM. Il rompt avec la chaîne signifiante de la mère qui le disait "trop vivant, ne pouvant pas se poser". Cette séparation est issue de l'élaboration d'un savoir. Elle est issue de ce qui s'est effectué comme travail de deuil, suite à l'élaboration d'une perte constitutive et non accidentelle et ayant une incidence pacifiante sur le corps.

15. Fédida, P. Structure théorique du symptôme. In: *Crise et contre-transfert, op. cit.*, p. 264.

Nous dirons ainsi que le temps de ce suivi était un temps d'avènement de la sexualité infantile, avènement qui restaure la perte constituante du subjectif sans la combler. Ce parcours a permis le retour en circuit de la pulsion en tant que pulsion partielle, retour en circuit qui inaugure ce que Freud appelle le "nouveau sujet",¹⁶ un sujet autre à chaque fois qu'un temps de séparation le décompte autrement.

D'abord Willy s'offre à l'Autre comme *mort*, "mort de fatigue", pour revenir dans le tracé du temps de la cure comme *mortel*, à savoir comme sujet manquant "de temps" et désirant d'"encore un peu".

Il revient alors avec un corps plus pacifié car mortel et sexué, marqué par le travail de deuil qui le sépare de cette parole qui le causait "trop vivant". C'est la conséquence logique qui suit l'articulation de sa demande et qui permet l'engendrement de son désir.

En deux mots et pour conclure, à la fin de ce long travail, il est aussi nouveau d'entendre qu'il n'est pas *trop vivant*, qu'il n'est pas *mort* non plus, mais qu'il est *mortel*, parce que son *temps est limité*, et c'est justement pour cela qu'il parle, qu'il demande et qu'il pose des questions.

Références

BENSLAMA, F. Savoir et altérité dans l'épistémologie psychanalytique. *Psychologie Clinique*, Paris, n. 17, p. 52-59, 2004.

CHAPIREAU, F. Le handicap impossible. Analyse de la notion du handicap dans la loi d'orientation du 30 juin 1975. *Annales médico-psychologiques*, v. 146, n. 7, p. 609-631 et n. 8 p. 691-706, 1988.

Expertise collective de l'INSERM. *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, 2005.

Expertise de l'INSERM. *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002.

FÉDIDA, P. Structure théorique du symptôme. L'interlocuteur. In: *Crise et contre-transfert*. Paris: puf, 1992 p. 227-265.

16. Freud, S. Pulsions et destin des pulsions. *La métapsychologie*. Paris: Gallimard, coll. "Folio Essais", 1968, p. 11-43.

- FREUD, S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard, 1987.
- FREUD, S. Pulsion et destins des pulsions. *La métapsychologie*. Paris: Gallimard: 1968, p. 11-43.
- FREUD, S. Au-delà du principe de plaisir. *Essais de psychanalyse*, Paris: Payot. coll. "Petite bibliothèque Payot", n. 15, 1981 p. 41-115.
- GOLS, B. Le rapport de l'INSERM 2005 sur les troubles de la conduite chez l'enfant, ou le TOP des TOP?. *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans!*, Toulouse: Érès, 2006, p. 73-81.
- GORI, R. La psychopathologie en question aujourd'hui. *Cliniques méditerranéennes*, n. 71, "Soigner, enseigner, évaluer", Toulouse: Érès, 2005, p. 40-57.
- LACAN, J. (1964). *Le séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris: Seuil, 1973, coll. "Le champ freudien".
- LACAN, J. Position de l'inconscient. In: *Écrits*, Paris: Seuil, 1966, p. 829-850.

Resumos

Esse artigo propõe um esboço sobre a problemática da hiperatividade na criança. O nosso argumento evidencia tanto clínica da criança denominada hiperativa, quanto o mal-estar da cultura contemporânea, tal como ele é veiculado pela perspectiva preditiva da "perícia coletiva do INSERM (Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica) sobre transtornos de comportamento na criança e no adolescente". Num primeiro momento, discutimos as conseqüências éticas das conclusões do relatório do INSERM e, num segundo momento, sugerimos uma abordagem crítica do status psicopatológico dos "transtornos de comportamento".

Palavras-chaves: Hiperatividade, clínica infantil, mal-estar da civilização, relatório do INSERM

Este artículo se propone hacer un bosquejo de la problemática de la hiperactividad en los niños. Nuestra argumentación pone en evidencia tanto la clínica del niño hiperactivo cuanto el malestar de la cultura contemporánea, tal como es vehiculado por la perspectiva predictiva de la "pericia colectiva del INSERM" (Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica) sobre trastornos del comportamiento del niño y del adolescente. En un primer momento discutimos las consecuencias éticas de las conclusiones del informe del INSERM y en un segundo momento sugerimos un abordaje crítico de status psicopatológico de los "trastornos de comportamiento".

Palabras claves: Hiperactividad, clínica de la infancia, malestar de la civilización, informe del INSERM

This article presents an outline on child hyperactivity. The analysis concerns both the clinical view on the so-called hyperactive child, as well as the malaise in contemporary culture, as proposed by the predictive perspective of INSERM's (National Health and Medical Research Institute) report on child and adolescent behavior disorders. Initially, the ethical consequences of INSERM's conclusions are discussed, and finally, a critical approach on the psychopathological status of "behavior disorders" is suggested.

Key words: Hyperactivity, child psychoanalysis, malaise in civilization, INSERM's report

Citação/Citation: Christaki, Angélique. Hiperatividade: le temps d'une question. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 4-16, maio de 2009.

Editor do artigo/Editor: Profa. Dra. Junia de Vilhena

Recebido/Received: 15.2.2009/2.15.2009 **Aceito/Accepted:** 18.3.2009/3.18.2009

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/ this is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited

Financiamento: O autor declara não ter sido financiado ou apoiado/The author has no support of funding to report.

Conflito de interesses: O autor declara que não há conflito de interesse/The author declares that has no conflict of interest.

ANGÉLIQUE CHRISTAKI

Psychologue clinicienne, psychanalyste, Chargé d'enseignements à l'université Paris 7, Chercheur associé au CRPM de l'université Paris 7.

6, Rue des chartreux

75006 Paris, France

Fone: 01.56.24.07.54

e-mail: angelique.christaki@wanadoo.fr