

Les nouvelles symptomatologies de l'enfant

Les psychologues l'observent, le notent, les motifs de consultation évoluent. Les demandes changent, les symptomatologies varient avec le temps. Peut-on cependant aller jusqu'à évoquer de nouvelles symptomatologies, des symptomatologies, inconnues jusqu'alors, qui apparaîtraient dans les consultations ?



Georges Cognet,

Psychologue, chargé d'enseignement à l'Université Paris V et à l'École des psychologues praticiens (Epp), Consultant auprès des Éditions et applications psychologiques (Eap).

À notre sens, c'est le plus souvent d'une évolution dont il s'agit. Les symptomatologies sont connues depuis longtemps, il n'y a pas mutation au sens biologique, mais transformation : apparition plus précoce des symptômes, fréquence plus élevée de ces derniers, accent porté, à un moment donné, sur des expressions psychiques ou comportementales difficilement acceptées ou qui interrogent la société.

Bien entendu, les évolutions des modes de vie, nous pensons à la généralisation des séparations familiales, des familles recomposées, à l'augmentation des adoptions internationales, peuvent générer, non pas de nouvelles symptomatologies, mais une nouvelle recrudescence de certaines, déjà bien connues.

C'est ce que nous allons montrer au travers de quatre cas cliniques.

Les « nouvelles » symptomatologies de l'instabilité

Évidemment, on pense à l'hyperactivité, réalité quotidienne, qui déjà est un des principaux motifs de consultation en psychopathologie de l'enfant. Une enquête que nous avons menée en 2002¹ auprès de psychologues du jeune enfant le confirme. Très souvent reviennent, dans les motifs de consultation de cette population âgée de deux à six ans, les termes d'hyperactivité, d'a-

gitation, de troubles de l'attention et d'agressivité. La survenue des premiers symptômes est quelquefois très précoce, avant ou au moment de l'âge de la marche ; souvent c'est un peu plus tard, au moment des premières contraintes scolaires. À noter que la prédominance du sexe masculin est classique.

Bien entendu, on ne peut pas qualifier de nouvelle cette « turbulence pathologique » de l'enfant. Dès le XIX^e siècle², Bourneville³ décrit des symptômes tout à fait proches de cette hyperactivité actuelle : « mobilité intellectuelle et physique extrême [...], susceptibilité et irritabilité [...], penchant à la destructivité [...], besoin d'une surveillance continuelle [...], insouciance et négligence [...], suggestibilité et soumission aux personnes aimées ». Plus tard, Dupré⁴, Wallon⁵, Chorus développent la position française de l'instabilité psychomotrice. Ajourriaguerra écrit en 1970⁶ : « Ces enfants sont amenés en consultation pour retard scolaire et présentent cependant un niveau mental normal ; ils se révèlent surtout par une agitation psychomotrice : ils remuent sans cesse, touchent à tout, ils sont taquins sans agressivité, incapables d'inhibition motrice et de retenue expressionnelle, leur activité est désordonnée, leur attention éparpillée ; ils sont incapables d'effort soutenu et leur efficacité est insuffisante au cours d'un travail prolongé [...], l'aspect moteur et l'aspect de la forme psychique

1 - Enquête Eap, *Le journal des psychologues*, menée par questionnaire auprès de quatre-vingt-treize psychologues de la petite enfance (de deux à six ans).

2 - En 1845, le Dr H. Hoffman publie *Crasse-Tignasse*, petit ouvrage illustré qui présente onze situations mettant en jeu diverses symptomatologies dont « Philippe qui gigote, [...] il gigotait, se balançait, se dandinait et trépiçonnait ».

3 - Cité par Pierre Fourret, (février 2003) « À propos de l'enfant instable : aperçu historique et point de vue épistémologique », *Carnet Psy*.

4 - Dupré, E., (1913) *Débiliter et déséquilibrer la motricité*, Paris, Médical.

5 - Wallon, H., (1925/2000) *L'enfant turbulent*, Paris, PUF.

6 - Ajourriaguerra (de), J., (1970) *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

>>>

Les nouvelles symptomatologies de l'enfant

donnent les deux faces d'un même état de la personnalité ». La position des tenants d'une approche clinique psychodynamique est ici bien définie, l'instabilité psychomotrice n'est pas abordée seulement par ses symptômes comportementaux. Il est tout à fait nécessaire de prendre en compte la personnalité globale de l'enfant. Parallèlement, les auteurs de langue anglaise évoquent un syndrome hyperkinétique dont l'étiologie serait organique (lésion cérébrale a minima).

Les thérapeutiques préconisées, d'un côté à l'autre de l'Atlantique, expriment ces divergences d'approches. Ici il s'agit d'aides psychothérapeutiques aux parents et aux enfants, d'organisation scolaire adéquate. Là bas, depuis les recherches de Bradley (1937), qui a découvert l'action bénéfique des amphétamines sur les troubles du comportement de l'enfant, il s'agit de traitements à l'aide de psychotoniques (la Ritaline, qui est la plus prescrite).

On l'aura compris, en ce qui concerne l'hyperactivité, la nouveauté ne réside pas dans la description du trouble mais provient, pour une part, de l'augmentation de la fréquence et de la précocité d'apparition des symptômes, et pour l'autre, de l'évolution des modèles diagnostics et des terminologies telles qu'elles apparaissent, par exemple, dans les différentes nosographies : *Troubles hyperkinétiques* pour la CFTMEA-R-2000⁷ et la CIM 10⁸ et TDAH (Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) pour le DSM-IV⁹.

Sous l'influence nord-américaine, l'accent est mis sur les symptômes hyperkinétiques et sur les troubles de l'attention au détriment de ce qui se joue sur le terrain de la clinique. Et pourtant, comme nous le verrons au travers des cas cliniques présentés, de mêmes symptômes hyperkinétiques peuvent recouvrir des problématiques très différentes.

« Je ne sais pas me contrôler. »

Pierre a 7 ans, il présente, cette année encore, une très forte instabilité dans le milieu scolaire. C'est l'institutrice qui a alerté la famille et l'a incitée à consulter auprès d'un psychologue. Dès la première rencontre, passées les quelques minutes pendant lesquelles Pierre semble réservé, il entreprend très rapidement une exploration désorganisée du bureau. Il se glisse sous une table, se faufile dans tous les espaces à sa mesure, grimpe sur une chaise, monte sur un meuble, s'assoit sur le rebord et au bout du compte se dresse debout. Tout au long de l'entretien mère et fils sont liés par le regard, « ce regard [qui] anticipe l'action »¹⁰.

« *Je ne sais pas me contrôler* ». Les premiers mots de Pierre, s'ils évoquent le contrôle, montrent paradoxalement une incompréhension par rapport à son trouble. Il reprend à son compte, sans l'intégrer, une plainte scolaire et familiale. La suite de l'entretien le prouve, son instabilité est un trouble hors représentations dans le sens où il ne se voit pas bouger sans cesse, ne s'entend pas parler de manière ininterrompue. Il ne se représente pas sa manière d'être et n'en souffre pas directement. Il ne réalise pas à quel point son comportement peut le freiner dans ses apprentissages et constituer une gêne pour son enseignante et ses camarades de classe. Il ne souffre qu'indirectement de son hyperactivité par les punitions dont il ne comprend pas les raisons et l'exclusion dont il est l'objet de la part de ses pairs.

Évidemment, sur le plan des symptômes comportementaux, il répond tout à fait aux critères diagnostiques du trouble TDAH, tels qu'ils sont décrits dans le DSM-IV. *Les symptômes d'inattention sont présents*, même s'ils n'ont pas perturbé l'apprentissage de la lecture, ainsi que ceux de l'hyperactivité et de l'impulsivité : *remue très souvent, se lève en classe, court ou grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié, a du mal à se tenir tranquille dans les jeux, agit comme s'il était monté sur ressort, laisse échapper la réponse, n'attend pas son tour, interrompt les autres*. L'âge d'apparition des symptômes est précoce, au moment de l'acquisition de la marche. L'activité exploratoire de Pierre était alors incontrôlable, incessante et les mises en danger fréquentes. Bien sûr, les symptômes décrits provoquent des *gênes fonctionnelles dans les différents environnements de l'enfant et altèrent significativement son fonctionnement scolaire*. Enfin, comme le montre l'examen psychologique approfondi, ceux-ci ne surviennent pas au décours d'un *trouble envahissant du développement*. Le quotient intellectuel est dans la moyenne, les connaissances culturelles et scolaires sont en place et les épreuves projectives, si elles mobilisent les pulsions anales, ne mettent pas en évidence des retraits et ruptures avec le réel.

Au cours des entretiens, la maman de Pierre nous apprend avoir vécu, suite à la naissance, une assez longue période dépressive. Seule au domicile, elle n'avait plus de désirs, ne sortait pas, et les tâches, même les plus simples, lui semblaient des épreuves insurmontables.

Alors, la question essentielle demeure : l'hyperactivité présentée par Pierre est-elle une entité syndromique spécifique, telle qu'elle peut être définie dans le DSM-IV, ou un symptôme révélateur

7 - Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, révision 2000.

8 - Classification internationale des maladies, 10^e édition.

9 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4^e éd.

10 - Bergès, J., (1985) « Les troubles psychomoteurs chez l'enfant », Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF (1^{ère} édition).

11 - « Ce terme se réfère à la dépression inconsciente du patient, aux fantasmes de perte de l'objet réactivés par la rencontre [avec le psychologue] » : Diatkine, R., Denis, M., (1995) « Les psychoses infantiles en dehors de l'autisme infantile précoce », Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.

12 - Berger, M., (1997) *L'enfant et la souffrance de séparation*, Paris, Dunod.



Certaines symptomatologies, telles que l'hyperactivité par exemple, peuvent être qualifiées de nouvelles par la simple augmentation de leur fréquence

d'un trouble psychopathologique sous-jacent ? En d'autres termes, cette agitation motrice est-elle porteuse d'un sens en elle-même ? Ou peut-on évoquer le concept de défense maniaque¹¹ et faire l'hypothèse que l'instabilité de Pierre prend sa source, précocement, dans l'échec à animer une mère déprimée ?

Les « nouvelles » symptomatologies du lien

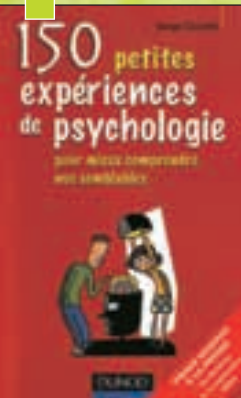
Certaines symptomatologies, telles que l'hyperactivité par exemple, peuvent être qualifiées de nouvelles par la simple augmentation de leur fréquence. C'est aussi le cas des symptomatologies que Maurice Berger¹² regroupe sous le titre de *Pathologie du lien*. D'après l'auteur, elles se caractérisent par deux mécanismes principaux qui handicapent gravement la capacité de penser de l'enfant, le déni et le clivage. Dans l'un, l'enfant n'accepte aucun argument ou élément objectif concernant sa situation ou celle de ses parents. Florian ne peut s'imaginer que c'est son propre père qui décide, lui-même, de l'abandonner et de rentrer

dans son pays d'origine. Dans l'autre, le clivage, l'enfant arrive à garder en lui-même deux modes de pensée antinomiques : « Oui », peut dire Mehdi, « *Je sais que c'est ma mère qui demande que j'aille en institut de rééducation, je sais qu'elle ne peut plus me supporter, mais laissez-la en-dehors de tout cela car elle m'aime et je l'aime* ».

Nous n'évoquerons pas ici les ruptures d'avec le réel comme elles peuvent apparaître dans les organisations psychotiques. Dans les cas évoqués plus loin, il n'y a pas rupture du lien. Celui-ci existe mais il est défaillant. La différence soi/non soi (D.W. Winnicott) est bien en place, l'enfant et sa mère sont bien perçus comme des personnes à la fois différentes, séparées mais aussi liées. C'est la qualité de ce lien qui est problématique, fragile, souvent intouchable, ininterrogeable, inélaborable par l'enfant.

« C'est trop tard elle ne veut plus de moi »

En France, environ un mariage sur trois, voire même un sur deux dans les grandes villes, échoue. Il y a divorce et, lorsqu'il y a



150 petites expériences de psychologie

*pour mieux comprendre
nos semblables*

Serge Ciccotti
Dunod, Coll. « Psychismes »

2004 - 344 p. - 19,00 €

ISBN : 2-1004-8458-3

Nos comportements quotidiens reposent sur des mécanismes fascinants, parfois étranges, que des chercheurs ont réussi à mettre en évidence, dans le cadre de publications trop souvent confidentielles. Cent cinquante expériences effectuées en laboratoire ou en milieu naturel sont ainsi retracées et permettent de lever enfin le voile sur ces questions clés liées à l'intelligence, aux émotions, à la perception, etc. Comment comprendre le fonctionnement psychologique de nos semblables ?

Brèves

Apprendre à lire en touchant les lettres

Édouard Gentaz, chercheur en psychologie au CNRS, fait intervenir le toucher pour apprendre à lire. Des élèves de cinq ans ont ainsi été amenés, pendant un trimestre, à suivre du doigt le contour des lettres en relief afin de bien identifier leur forme, avec des exercices associés sur les sons. La difficulté pour l'enfant est d'établir la connexion entre les sons et leur transcription graphique. Reconnaître la forme d'un « a » relève du visuel ; traiter le son, de l'auditif. La combinaison des deux fait que ces enfants lisaient deux fois mieux que les autres élèves les jeux de syllabes proposés. À suivre...

>>>

>>>

Les nouvelles
symptomatologies
de l'enfant

des enfants, la règle la plus commune est l'autorité parentale conjointe avec domiciliation alternée. Dans bon nombre de cas les adultes, malgré la désunion du couple, accèdent à une parentalité plus ou moins déconflituée. Aidée par les conseils d'un avocat et les décisions d'un juge, la famille « éclatée » réexiste, au risque quelquefois



« Si je ne suis pas sage, c'est sans faire exprès »

de la paupérisation, mais aussi au risque d'une nouvelle organisation familiale apaisée et riche pour les enfants.

Là où il n'y a plus de juge ni d'avocat (un enfant sur deux naît hors mariage) la situation peut être plus difficile pour l'enfant. Notons que dans la majorité des cas le processus de parentification joue pleinement son rôle et même, quelquefois, la nouvelle situation est moins conflictuelle. Les parents détendus semblent alors revivre. Des symptômes disparaissent. Pour l'enfant, les êtres qu'il aime le plus au monde ne se déchirent plus, ou tout du moins plus aussi souvent. Là, il y a un avant et un après.

À l'inverse, la situation de séparation peut être source de danger. Une étude de l'Odas¹³ de 1999

relève que la proportion des familles monoparentales parmi les familles d'enfants à risque est trois fois plus importante que dans la population générale. La fonction parentale, en proie à l'isolement, aux difficultés matérielles, au désarroi devient alors plus complexe et la place de l'enfant plus difficile à trouver.

Pour Florian, âgé de sept ans et demi, la séparation n'intervient pas comme un « coup de tonnerre dans un ciel serein ». S'il y a eu un avant, l'après n'est pas encore en vue. Pas d'avenir, juste un présent douloureux qui s'étire en récriminations, en disputes perpétuelles. Il n'y a qu'une séparation qui n'en finit plus, il n'y a pas de véritables moments traumatiques repérables, le traumatisme est à bas bruit, cumulatif.

Florian refuse la séparation, il ne peut l'évoquer, même avec le thérapeute. Il vit dans le fantasme que ses parents, contre toute réalité, vont se remettre ensemble. Il se plaint cependant que sa mère ne l'aime plus. Elle a réuni ses affaires, ses jouets, ses vêtements dans un carton pour qu'il parte habiter chez son père. Florian en a exprimé le souhait et sa mère le prend, sans la moindre distance générationnelle, au mot. Mais son père a disparu, il est rentré dans son pays, en Lituanie et, depuis, il ne donne aucune nouvelles. Ce n'est qu'un épisode, certes spectaculaire, de l'escalade symétrique dans le sadisme à faire souffrir le conjoint. Et tant pis pour les enfants, tant pis pour Florian qui n'a nulle part sa place.

Même si le couple parental n'avait jamais bien fonctionné auparavant, la période de la séparation est très désorganisatrice pour Florian. Son repère fondamental, l'appartenance à une famille, a volé en éclats. Sa pensée, comme le montrent l'examen psychologique et en particulier ses réponses au Rorschach, se désorganise. De plus, ce fonctionnement pervers des parents, fait de jouissance face à la souffrance, est intégré et repris par Florian dans ses rapports avec sa jeune sœur ou son enseignante. Sa souffrance psychique ne se manifeste pas sous une forme verbalisée ou sous une forme psychosomatique. Elle émerge sous une forme agie, infiltrée d'agressivité et, bien entendu, soutenue par une forte angoisse d'abandon.

« Ça tombe toujours sur moi »

Si le nombre des enfants en danger (statistiques Odas) augmente, celui des enfants placés diminue. L'évolution est cependant différente selon le type de placement. Si les placements en famille d'accueil diminuent, les placements en institution se maintiennent (environ 72 000 enfants

13 - À télécharger sur : www.Odas.net.

14 - Statistiques de la Mission de l'Adoption internationale, à télécharger sur www.diplomatie.gouv.fr/mail/.

15 - Berger, M., (1997), *L'enfant et la souffrance de séparation*, Paris, Dunod.

sont placés en institution en 2002). Qu'il soit administratif ou judiciaire, ce placement génère, toujours, une réelle souffrance.

Mehdi, âgé de 7 ans et demi, est de ceux-ci. Il doit être placé dans quelques mois en institut, « pour rééduquer mon comportement » précise-t-il. Effectivement, son comportement est inadapté à l'école. Mehdi n'écoute pas, parle, siffle, s'agite, jette des objets et passe une grande partie de son temps à la porte de la classe ou chez le directeur.

Très clairement, les difficultés de comportement présentées par l'enfant sont liées aux dysfonctionnements pervers de la famille : son père qui l'abandonne ou revient, sans prévenir, et part avec son fils dans un week-end de transgression puis « l'oublie » à nouveau pendant plusieurs mois ; sa mère, qui demande que son fils soit envoyé dans un établissement car elle ne le supporte plus, lui qui rappelle trop son ex-compagnon, père de l'enfant.

Ainsi, Mehdi est pris dans un fonctionnement où dominant le déni et le clivage. Dans son déni tout d'abord, il ne peut envisager les choses sous l'angle de la réalité que pourtant il vit au quotidien. Il pense par exemple, malgré des mois d'abandon (pas un appel, pas signe de vie), que son père s'intéresse à lui et va revenir régulièrement le voir. Le clivage ensuite lui permet de conserver un pseudo lien, qu'il pense positif, avec sa mère envers et contre tout : « Non », pourrait dire Mehdi, « ce n'est pas ma mère, m'aimant et me soutenant, qui veut m'éloigner d'elle. Non, je dois aller en institut pour me rééduquer car je fais des bêtises ». Ce mode de défense massif lui interdit l'accès à l'ambivalence. Il ne peut pas à la fois critiquer et aimer ses parents sans le risque fantasmatique de les perdre. L'angoisse alors l'étreint, il a peur « d'aller chez les fous » et précise, comme pour diminuer sa culpabilité, « Si je ne suis pas sage, c'est que c'est sans faire exprès ». Il essaye de s'en dégager par des défenses à coloration paranoïaque : « Ça tombe toujours sur moi, je suis tout le temps puni ». Sa personnalité, telle qu'elle apparaît au Rorschach, n'est pas pathologique. Le contrôle formel tient le coup, la pensée est créative. En revanche, à une épreuve thématique qui met en jeu la relation d'objets, ses récits sont infiltrés d'angoisses massives de mort et d'aban-

don. Par là, Mehdi nous indique à quel point, malgré son organisation psychique stable, il est submergé par ce qui se joue dans son environnement familial.

Moi, Irina, enfant adoptif

Les adoptions internationales sont en plein essor depuis 20 ans dans notre pays. En 2003, près de 4 000 enfants ont été adoptés¹⁴ en provenance de 70 pays. À parité, ces enfants proviennent des quatre continents : Amérique (32 %), Afrique (24 %), Europe (23 %) et Asie (22 %). C'est évidemment une grande chance pour l'enfant de pouvoir quitter la pouponnière, le foyer ou même l'orphelinat et d'être accueilli dans une famille aimante. Échapper, dans certains cas, à la pauvreté, aux divers troubles, voire à la guerre. Pouvoir se reconstruire en comblant un double manque. Celui d'une famille pour l'un, d'un enfant tant attendu pour les autres. C'est aussi une responsabilité, quelquefois écrasante et génératrice d'angoisse. Serai-je à la hauteur d'une telle demande d'amour ?

L'angoisse est aussi toujours présente dès les premiers instants. Elle est consubstantielle au principe de l'adoption et renforcée dans le cas des adoptions internationales. Des enfants et adolescents « décrivent un état de stupeur durant le voyage qui les amène dans leur pays d'adoption [...], la désorientation et la détresse qui les ont obligés à s'accrocher souvent de manière instantanée à [...] en général la mère adoptive. Cela produit chez elle une réaction immédiate d'attachement ainsi qu'un mouvement d'identification et de protection envers un enfant si démuné. »¹⁵ Par cet accrochage immédiat, c'est l'enfant qui renverse les rôles et adopte ces étrangers qui deviennent alors ses parents protecteurs. On peut alors parler d'enfant adoptif dans le sens où c'est l'enfant qui adopte instantanément et parentalise la personne ou le couple venu le chercher. Il lui faut alors s'adapter rapidement, créer de nouveaux repères et, le premier, celui de la communication. Il semble constant de noter que ces enfants apprennent rapidement la langue de leur pays d'adoption et qu'ils oublient encore plus rapidement leur langue maternelle.

Ainsi, Kom est adopté en mars, il a alors 3 ans et demi. C'est un garçon très vif, qui s'exprime bien dans sa langue maternelle.

>>>

Jean Bergès

Psychiatre, psychanalyste, il est décédé le 8 juin 2004. Né le 13 septembre 1928 à Toulouse, après ses études de médecine, Jean Bergès est d'abord chef de clinique auprès du professeur Jean Delay, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne (Paris), foyer actif de recherches. Ayant décidé de se spécialiser en psychiatrie de l'enfant, il travaille aussi avec le professeur Alexandre Minkowski et à partir de ses recherches cliniques traitant du développement de bébés nés prématurément. Il élabore de nouveaux modèles sur les relations de l'enfant avec l'espace, le temps. Il a dirigé l'unité de psychopathologie de l'enfant à Sainte-Anne à Paris, succédant à Julian de Ajuriaguerra. Il a créé l'Association lacanienne internationale (ALI) où il assure un enseignement et des séminaires.

Il a écrit avec Gabriel Balbo *L'enfant et la psychanalyse*, édité chez Masson, leur premier ouvrage ; ensuite vint *Le jeu des places de la mère et de l'enfant*, un essai sur le transactivisme, édité chez Erès en 1998, et dernièrement, *La psychose, l'autisme et les défaillances cognitives chez l'enfant*, une réflexion théorique à partir des psychoses en général, c'est-à-dire de tous les points communs qui articulent les psychoses adultes et les psychoses infantiles autour de la question du symbolique. Un dernier livre, co-écrit avec Gabriel Balbo, paraîtra chez Erès, sur leurs travaux relatifs au deuil, à la mélancolie et à la dépression envisagés à partir de la clinique des enfants et des adolescents.

Doublement des hospitalisations sous contrainte en dix ans Inquiétude des psychiatres

Dans un rapport non encore rendu public, Maryvonne Briot, députée UMP, fait état des dernières données sur le nombre d'hospitalisations sous contrainte (HSC) en France. Entre 1992 et 2001, on est passé ainsi de 37 688 HSC à 72 519. Presque un doublement. Cette progression est encore plus marquée dans les hospitalisations à la demande d'un tiers (passant de 31 057 à 62 894) que dans les hospitalisations d'office (effectuées par le maire ou le préfet de police à Paris) qui augmentent de 6 631 à 9 625 durant la même période.

Les nouvelles symptomatologies de l'enfant

Le soir au moment du coucher, il s'endort en chantonnant des chants thaïs. En avril, il dispose déjà de deux berceuses françaises qu'il utilise seul et spontanément pour se rassurer le soir. En mai, à l'occasion d'un cauchemar, ses parents se



L'aspect de nouveauté réside essentiellement dans la prévalence du trouble

rendent compte qu'il rêve en langue française. Depuis, il semble avoir perdu, oublié sa langue maternelle.

Pour Irina, âgée de 8 ans, l'adoption fut plus tardive, elle était alors âgée de 5 ans lorsque ses parents vinrent la chercher dans un orphelinat russe. Celui-ci, aux dires des parents, est peu re-luisant : locaux vétustes, peu de matériel et de jouets mais le personnel est nombreux. Comme souvent, la famille adoptive ne connaît que peu d'éléments du passé de leur enfant. Irina, c'est certain, est née dans une famille carencée, elle a été négligée, a reçu des soins inadéquats. Mais comment se sont constituées ses premières expériences précoces, fondatrices de sa personnalité ? A-t-elle été maltraitée ? Quel type de violence ? Ces questions la famille se les pose, particulièrement lorsqu'elle est alertée par l'école qui se plaint de l'hyperactivité de leur fille. Mais elle n'a aucune réponse, ni vraiment le désir de savoir.

Irina a très rapidement oublié sa langue maternelle et avec elle tous les souvenirs d'enfance. Il n'en reste qu'un. Il émerge après quelques séances. C'est une scène qui précède juste l'adoption. « On » lui dit, les autres enfants lui disent aussi, « C'est à ton tour », et lorsque ses parents entrent dans l'orphelinat elle se jette dans les bras de sa future et déjà mère.

Depuis, Irina développe des compétences sociales exacerbées sur un fond de confusion de la pensée. Elle porte en elle un besoin de maîtrise qui épuise ses proches. Elle rejoue avec tous cette rencontre inaugurale et connaît, interpelle, se jette dans les bras de tous les commerçants de son quartier ou des adultes qu'elle rencontre.

Des symptomatologies actuelles

Il y aurait une forte dose de provocation ou de méconnaissance à vouloir qualifier de « nouvelles » des symptomatologies décrites, pour certaines, au XIX^e siècle. L'aspect de nouveauté réside essentiellement dans la prévalence du trouble, dans l'approche diagnostique et thérapeutique influencée par les travaux nord-américains et par les terminologies employées.

De plus en plus, les psychologues sont confrontés à ces symptomatologies qui, si elles ne sont pas à proprement parler nouvelles, sont celles de notre époque. Il nous semble plus opportun de les qualifier d'actuelles, en liaison avec les évolutions, notées plus haut, des valeurs et des organisations familiales.

Dans tous les cas, le psychologue ne peut pas faire l'économie d'une approche clinique fine. Il doit s'adapter aux évolutions des symptomatologies et se méfier des faux amis que peuvent représenter les descriptions nosographiques basées sur les seuls symptômes.

Bibliographie

Ajuriaguerra (de), J., (1970) *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

Berger, M., (1997) *L'enfant et la souffrance de séparation*, Paris, Dunod.

Dupré, E., (2 avril 1918) La constitution émotive, *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 13.

Dupré E., (1925) « La débilité motrice », *Pathologie de l'émotivité et de l'imagination*, Payot, 259-280.

Fourneret, F., (2003) « À propos de l'enfant instable : aperçu historique et point de vue épistémologique », *Carnet Psy.*

Ménéchal, J., (2001) *L'hyperactivité infantile, débats et enjeux*, Paris, Dunod.