

UNIVERSITE ABDE RAHMANE MIRA DE BEJAIA

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

L'image du corps chez les adultes diabétiques

**(Étude de cinq cas réalisée au niveau de la clinique « Beau- séjour » de
Bejaïa)**

Réalisé par :

BORDJAH Souhila

BENRABAH Zouina

Encadré par :

M^{me} HADERBACHE Lamia

Année universitaire 2013-2014

Remerciement

Tout d'abord nous aimerons remercier dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté à fin d'aboutir à ce travail.

Avant tout, nous tenons à remercier chaleureusement notre encadreur Madame Haderbache Lamia. A qui nous devons tout le respect de la reconnaissance, grâce à sa patience, sa présence, ses sacrifices, ses précieux conseils, et ses remarques, ce travail est mené à terme.

Notre reconnaissance va de même à nos enseignants de l'Université Abderrahmane Mira, notamment la faculté des sciences humaines et sociales.

Nous remercions également, l'enseignant Benselahddine Nacer pour son soutien et son encouragement durant notre recherche.

Nous profitons de ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes qui nous ont aidé, de près ou de loin, pour réaliser ce travail de fin d'étude. Nos remerciements à l'ensemble du personnel de la clinique « Beau-Séjour » de Bejaïa

Que soient, enfin remerciés tous les membres de jury qui ont bien voulu accepter de lire ce travail et de l'évaluer.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

A mes très chers parents pour leur amour, leur soutien et leur sacrifices, et leur encouragements, que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse, que dieu les protège et les garde en bonne santé.

A mes adorables frères Locif et Nassim et ma petite sœur Hassiba

A mes grands-parents et ma tante Koukou et ses filles Souria Kahina, Cylia, et aussi ma tante chabha

A mes oncles, Malek, Chaâbane, Idris et Djamel

Et sans oublier mes chers amis Sonia, Sarah, Djazia, Djidji Salma Samia, Lila et Noura.

A tous ceux qui portent le nom Bordjah

A tout mes camarades d'encadrement

A mon chere binôme Zouina

A tout ceux qui me connaissent et m'aiment et que j'ai oublié de cité.

Merci à tous

Souhila

Dédicace

Je dédie ce modeste travail tout d'abord à mes parents qui sont les plus chers à mes yeux, que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse. A vous, les deux êtres, les plus chers au monde, je dis Merci.

A mon très chère époux Karim et toute sa famille

A mes frères Mohand et Fardjellah

A mes grands parents, notamment ma grande mère et mes tantes

A ma tante Sabrina et son mari Boussaâd et leurs enfants, je les remercie infiniment pour leurs soutien et leur encouragement pendant mon cursus universitaire.

A tout mes oncles, surtout Nacer et sa femme Rachida et leurs enfants

A mes chères amies adorables, Sonia, Samira, douada, Aida, Hakima Karima, Nassima, ikram et djidji.

A tout mes copines de la résidence universitaire Berchiche 03

A tous ceux qui portent le nom « Benrabah » et « oublaid ».

A tous mes camarades d'encadrement

A mon chère binôme Souhila.

Merci à vous tous

Zouina

Sommaire

Introduction générale.....	1
-----------------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre I : Le diabète

I- Le coté médical du diabète

Préambule.....	
1. Définitions des notions : santé, maladie, et maladie chronique.....	3
2. Définitions du diabète.....	4
3. Historique du diabète.....	4
4. La classification du diabète.....	5
5. D'autres types du diabète.....	9
6. Les causes du diabète.....	10
7. Les facteurs favorisant le diabète.....	11
8. Les complications du diabète.....	12
9. Le traitement du diabète.....	13

II- Le coté psychologique du diabète

1. Aspect psychologique du diabète.....	15
2. Détresse émotionnel.....	17
3. Les conséquences du diabète.....	17
4. Le vécu de la maladie.....	18

Conclusion du chapitre.....

Chapitre II : Image du corps

Préambule.....

1. Définitions des notions : image, corps, et image du corps.....	20
2. La différence entre l'image du corps, schéma corporel et la représentation de soi	21
3. La dimension structurelle et développementale du corps.....	24
4. Evolution de l'image du l'image du corps.....	24
5. Image du corps et leur destin.....	25
6. Maturation de l'image du corps.....	26
7. Approche psychanalytique de l'image du corps.....	26
8. Image du corps et la maladie chronique.....	28
Conclusion du chapitre.....	

Problématique et hypothèses.....

Méthodologie de la recherche

Chapitre III : La démarche de la recherche et la population d'étude

Préambule.....

1. Définitions des concepts et leur opérationnalisation.....	33
2. Démarche de la recherche.....	34
3. La population d'étude.....	36

Chapitre IV : les techniques utilisées et leur analyse

I- Les techniques utilisées.....38

1. L'entretien clinique.....	38
2. Le test du Rorschach.....	41

II- L'analyse des techniques utilisées

1- L'analyse de l'entretien clinique.....47

2- L'analyse de test Rorschach.....47

III- l'image du corps au Rorschach.....

Conclusion du chapitre.....

Partie pratique

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats.....50

Chapitre VI : Discussion des hypothèses.....91

Conclusion générale.....

Bibliographie

Annexes

Introduction générale

L'homme est une structure si complexe qui se compose du psychique et du physique, où différents aspects rentrent en jeu afin de maintenir l'harmonie entre ces deux constituants de l'homme.

Cette harmonie, on peut la considérer comme étant synonyme de santé qui se définit d'une manière précise comme l'équilibre entre la représentation que nous avons de nous même comme corps et esprit. Ce dernier est un système compliqué et sa perturbation due au conflit continu que vit l'homme en confrontation avec son environnement désir de satisfaction de certains instincts, les obstacles et l'interdit agissent sur son affectivité, déclenchant l'excitation, accélérant ou ralentissant parfois le rythme cardiaque comme des charges électriques qui coulent dans le corps humain qui parfois, grâce à son système immunitaire, résiste et parfois affaibli, cède en subissant certaines maladies tel que le diabète.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) la maladie est définie « *comme étant toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales* ».

Le diabète est une maladie chronique qui se manifeste lorsque le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser correctement. Le corps a besoin d'insuline pour transformer le sucre en énergie. Le diabète peut entraîner de graves complications et le décès prématuré. Ceux qui sont atteints du diabète peuvent toutefois prendre des mesures pour contrôler et réduire les risques de complications. Et pour réduire les risques de complication, il est indispensable que le malade arrive à comprendre sa maladie.

Selon les données du ministre de la santé : Le diabète est un problème majeur de la santé publique en Algérie, où le nombre de diabétiques est d'environ 4 millions plus de 10% de la population-le taux est également de 50% selon des estimations, le nombre de diabétiques en Algérie a augmenté de 100% en l'espace de 15 ans. Au delà du tort que provoque cette maladie pour les personnes, la hausse de nombre est du coût très élevé pour l'état. D'où la nécessité d'une politique de sensibilisation et de prévention assez efficace.

Toute maladie chronique y compris le diabète, représente une perte d'intégrité corporelle ou l'image du corps peut être profondément affectée par les changements physiques liés à la maladie. Ainsi, la maladie oblige le sujet à prendre conscience de son corps.

De ce fait le diabète est une maladie qui affecte et modifie le monde de vie de ceux qui en sont atteints, en effet, que ce soit sur le plan professionnel, personnel, ou familial.

L'un des objectifs principaux de notre travail de recherche sur « *l'image du corps chez les diabétiques.* ». L'objectif est de connaître l'impact du diabète sur l'état psychique du sujet, ainsi que sur le côté relationnel. Nous avons choisi comme terrain d'étude la clinique de « *Beau-séjour* », qui répond aux objectifs de notre recherche. L'approche psychanalytique a servi de cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur cinq cas, deux hommes et trois femmes. Et nous avons focalisé notre recherche sur les techniques suivantes : l'entretien clinique et le test projectif « *Rorschach* », dans le but de voir la fiabilité de nos hypothèses.

De ce fait, notre recherche s'est appuyée sur trois parties afin de vérifier nos hypothèses.

La partie théorique est subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre I : le diabète

Chapitre II : l'image du corps

La deuxième partie méthodologique est répartie en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre III : la démarche de la recherche et la population d'étude.

Chapitre IV : les techniques utilisées et leurs analyses.

La troisième partie pratique est subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre V : présentation et analyse des résultats.

Chapitre VI : discussion des hypothèses.

On conclut notre travail par une conclusion générale, et à la fin, on a inséré la liste bibliographique et les annexes.

I- Le coté médicale du diabète

Préambule

Le diabète est une maladie chronique qui peut affecter toute personne de tout âge. La personne qu'elle soit issue d'une famille diabétique, est beaucoup plus exposée au diabète (phénomène héréditaire), mais les autres ne sont plus à l'abri de cette maladie qui prend de plus en plus de l'ampleur dans le monde. Cette maladie peut avoir un impact chez le malade, notamment dans sa vie professionnelle, psychologique, sexuelle et sociale. Le diabète peut également causer des troubles psychologiques tels que la dépression et l'anxiété.

Dans ce chapitre premièrement, on va aborder le coté médical du diabète où on va mettre l'accent sur sa définition, son histoire, sa classification internationale. Deuxièmement, on va s'intéresser au coté psychologique du diabète où on va mettre l'accent sur son aspects psychologiques et la détresse émotionnelle. Afin de connaître l'impact du diabète sur l'état psychique du sujet, ainsi que sur le coté relationnel. Et on termine avec une conclusion.

1-Définitions des notions : santé, maladie, et maladie chronique

1-1-La santé

Selon le dictionnaire médical, « *la santé est un état normal des fonctions organiques et psychiques* ».

L'organisation mondiale de la santé, (OMS) défini la santé comme étant « *un état complète de bien être psychique, mentale et*

social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou l'infirmité ». (J. Quevauvilliers, 2007, p822).

1-2-La maladie

D'autre part la maladie qu'est définie comme étant « *toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales* ». (Ibid , p559).

1-3-La maladie chronique

Selon l'OMS, les maladies chroniques sont « *des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement, responsable de 60% des décès, les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité dans le monde* ».

Par définition, une maladie chronique est une maladie de longue durée caractérisée par des modes évolutifs différents et des exigences thérapeutiques plus au moins contraignantes. (G. Bouche et all, 2004, p9).

Ce type de maladie chronique, renvoie à des affections très différentes, voire complètement incomparables : certaines sont mortelles (cancer), d'autre pas (le psoriasis), certaines sont stigmatisées (parkinson), d'autres demeurent invisibles (affections cardiovasculaires), certaines sont incapacitantes (polyarthrite), d'autres, ne le sont pas (eczéma), certaines peuvent bénéficier d'un traitement efficace (diabète), d'autres n'en disposent d'aucun (scléroses en plaques). (F. Donguet, 2000, p18).

2-Définitions du diabète

Le diabète est une maladie chronique qui est défini selon l'OMS comme une « *glycémie à jeun supérieure a 1,26 g/L a deux reprise, est suffisante pour affirmer le diagnostique, il n'y a pas lieu de demander une hyperglycémie provoquée orale* ». (A. Grimaldi et all, 2009, p97).

Le diabète est défini aussi comme : « *un terme générique désignant un groupe d'affections caractérisées par une polyurie avec polydipsie, on utilise généralement dans le sens de diabète sucré* ». (J. Quevauvilliers, 2007, p04).

Selon le dictionnaire médical le diabète est un : « *terme désignant plusieurs maladies distinctes qui ont on commun un trouble métabolique d'origine génétique ou hormonale, d'ont la nature est défini par l'épithète qui suit le mot diabète. Employé tout court, il désigne le diabète sucré* ». (G. Delamare, 2009, p243).

3-Historique du diabète

Le diabète sucré est défini comme une maladie caractérisée par une hyperglycémie pathologique, cette maladie est connue depuis l'antiquité. La première référence au diabète sucré est le « papyrus Ebers », écrit environs 1550av.j.c, et conservé à l'université de « Leipzig ». Parmi les nombreuses prescriptions, figurant les remèdes pour le traitement de la polyurie signe de diabète non traité. Cependant sa nature et son origine demeuraient parfaitement mystérieuses. (E. Jouzier, 2007, p160).

La médecine hindou ou la médecine ayurvédique, ancienne tradition médecine indienne, inventent le terme « *urines au miel* », un millénaire avant que les européens, n'ajoutent mellites au mot diabète. (E. Jouzier. 2007, p161).

Le père de la médecine grecque « *Hippocrate* » décrit la « maladie de la soif » Sans donner de précisions quant aux causes.

Selon « *Galien* » (131-201, apr. J-C), il s'agit d'une infection des reins qui sont inaptes à retenir l'eau.

Avicenne à son tour distingue le goût sucré du résidu brun qui laissent les urinés diabétiques. (Ibid, p161).

Au XVI^{ème} siècle « *Paracelse* » avance l'hypothèse suivante « *le diabète serait causé par l'accumulation d'un sel nuisible dans l'organisme qui irrite et altéré les reins* ». (Ibid, p163).

Au début du XIX^{ème} siècle « *Claude Bernard* » considère comme « *le père de la physiologie expérimentale* », découvre la fonction glycogénique du foie et définit une méthode de dosage de glucose dans le sang.

« *Oscar Minkowski* », avec son associé « *Von Mering* » l'ont une découverte constituant une des plus grandes contributions, à notre compréhension du diabète, il montre qu'un mauvais fonctionnement du pancréas cause le diabète une ablation du pancréas subi à rendre les chiens diabétiques. (Ibid., p166).

On trouve aussi « *Nicolas Paulescu* », professeur de physiologie à l'université de Bucarest, contribua à la découverte de l'insuline ayant préparé un extrait pancréatique, qu'il est nommé « *pancreine* », il

injecta dans la veine jugulaire d'un chien extraient une réduction du taux de glucose dans le sang. (E. Jouzier, 2007, p167).

Pour « *Banting* », jeune chirurgien canadien, réussit avec l'aide de son jeune collaborateur biochimiste à isoler l'insuline, le projet génome humain a permis le séquençage complet en 2000, la carte de génome humain marque une nouvelle ère en recherche médicale ouvrons la voie au traitement de plusieurs maladies dont le diabète. (Ibid, p168).

4- La classification du diabète

On distingue plusieurs types des diabètes :

4-1-Diabète insulino-dépendant

Encore appelé diabète juvénile ou diabète sucré de type 1, il frappe le sujet jeune et est dû à une anomalie de sécrétion d'insuline par le pancréas. (B. Damiens- Dollaye, 1985, p21).

4-1-1-Les signes cliniques

Les signes cliniques apparaissent dès qu'il existe une insulino-pénie c'est-à-dire un manque d'insuline important, non stimuable par l'absorption de glucose. (Ibid, p 22).

4-1-2-Les signes d'hyperglycémie

Polydipsie précoce intense diurne et nocturne auto entretenue si le sujet boit des boissons sucrées avec une polyurie importante, 4 à 5 litres par jour, diurne et nocturne. A l'examen on observe cependant une sécheresse de la bouche, et des muqueuses bien que le patient se

plaîne de boire beaucoup, et d'uriner trop le jour et la nuit. (B. Damiens- Dollaye, 1985, p 22).

Les signes d'hypercatabolisme protidique

C'est la fonte musculaire provoquant une asthénie intense, globale, physique psychique et sexuelle, s'accroissant au cours de la journée. Un amaigrissement musculaire augmentant l'asthénie. (Ibid.).

Les signes de lipolyse accrue

Amaigrissement de masse grasses ; la perte de poids peut être importante prendre des références des poids antérieur, cette fonte graisseuse s'accompagne toujours d'une odeur acétonique de l'haleine : odeur de « *pommes reinette* ». Cette odeur est caractéristique de tout sujet maigrir. Elle s'accompagne souvent de nausées et parfois de vomissements. (Ibid.).

Les signes accessoires

Avec de bonne orientation, le prurit génitale ou généralisé : on retrouve à l'examen des lésions de grattage. En générale, on se trouve en présence d'un sujet jeune fatigué amaigrir, déshydraté, se plaignant d'une soif permanente mais aussi parfois d'un prurit généralisé ou génitale. (B. Damien- Dollaye, 1985 p33).

4-1-3- Les signes biologiques

Le diagnostic est fait immédiatement sur deux éléments : une hyperglycémie mise en évidence par la mesure de la glycémie capillaire « *au bout du doigt* », et une glycosurie avec souvent une cétonurie par l'examen avec les bandelettes. Donc les examens de laboratoire

n'apportent rien de plus mais confirment les données de façon chiffrée, par exemple :

- L'hyperglycémie est constante, dépassant largement 2g/L (11mmol/L).
- Le dosage de la glycosurie, montre l'importance de la perte de glucose qui dépasse facilement 100g par jour. (L. Perlemuter, 2000, p97).

4-1-4-Le diagnostic de diabète insulino-dépendant

Est immédiatement confirmé par :

-La recherche du sucre dans les urines à l'aide du clinistix ou clinite (se souvenir des faux négatifs quand les taux dépassent 18-21g /).

-La recherche d'acétone à l'aide de kétodiastix ou de l'acètest. Donc la présence de sucre et d'acétone dans l'urine signe la gravité et nécessité urgente du traitement puisque spontanément, l'évolution va se faire vers le coma acido-cétosique. (B. Damiens- Dollaye, 1985, p34).

4-1-5- La physiopathologie du diabète insulino-dépendant

Surtout chez les personnes jeunes non obèses, il se déclare avant 30 ans. Processus auto-immun, pathologie métabolique : c'est une perte de la fonction de production de l'insuline par destruction des cellules Béta des îlots de Langerhans du pancréas, conduisant habituellement à une carence absolue en insuline. La destruction des cellules Béta se fait à la suite d'un phénomène immunologique, il existe plusieurs causes :

- Facteurs génétiques de prédisposition (hérédité).
- Atteinte virale non spécifique (bronchite, oreillons...).

-Auto-immunité : anticorps, anti insuline : anticorps anti ilots de Langerhans.

-Facteur exogène : il apparaît lors de certaines saisons (printemps, automnes).

-Maladie endocriniennes, pancréatite chronique. (A. Grimaldi et al, 1987, p 6).

4-2- Le diabète type non insulino-dépendant

Encore appelé le diabète de la maturité, diabète gras, DNID « *c'est un diabète sucré dont le traitement comporte régime antidiabétique par voie orale, il s'agit en générale d'un diabète du type 02* ». (G. Delamare, 2009, p243).

4-2-1-Les signes cliniques

L'existence des signes cliniques patents est rare, on retrouve alors la même symptomatologie que pour le diabète insulino-dépendant.

-Syndrome polyuro-polydipsique.

-Asthénie et amaigrissement. (B. Damiens- Dollaye, 1985, p35).

4-2-2-Les signes biologiques

Dans tout les cas l'exploration biologique confirmera le diagnostic :

-Glycémie à Jeun et poste-prandiale : rarement au-dessus de 3g /L c'est pourquoi on ne trouve pas la pathologie (DID) ?

-Glycosurie positive en période postprandiale ; et un dosage d'insuline la montrerait augmentée puisque dans ces cas il ne s'agit pas d'un défaut de sécrétion pancréatique mais d'une instabilité des récepteurs périphérique a cette insuline sécrète en excès par le pancréas qui continue à répondre à l'hyperglycémie, ce dosage est en pratique courante inutile. (B. Damiens- Dollaye, 1985, p35).

4-2-3-La physiopathologie du diabète non insulino-dépendant

L'obésité : s'accompagne d'une hyperinsulinisme, l'hyperinsulinisme entraine par effet de régulation négative une diminution du nombre des récepteurs membranaires de l'insuline, puis en s'aggravant un défaut d'action intracellulaire de l'insuline. Ainsi on distingue certains diabètes non insulino-traités survenant chez des patients non obèses et n'ayant parfois jamais eu de surcharge pondérale.

En fait si l'hérédité du diabète non insulino-dépendant est bien établie puisque presque 100% des jumeaux homozygotes concordants pour le diabète non insulino-dépendant. (A. Grimaldi et all, 1987, pp8-9).

4-2-4-Les facteurs favorisant le diabète non insulino-dépendant

Etat pré diabétique antérieur connu, à surveiller régulièrement.

-Obésité actuelle ou antérieure.

-antécédent obstétrical : nouveau-né de plus de 4 Kg a la naissance, mort-né et avortement sans cause retrouvée.

-plusieurs pathologies souvent responsables de diabète (hépatopathie, pancréatopathie).

-et la prise de certains médicaments qui permettent, non de déclencher mais d'extérioriser un diabète pré-existant (corticoïdes, salidiurétiques). (B. Damies- Dollaye, 1988, p35).

5- types du diabète

5-1-Diabète secondaire

Il s'agit ici des syndromes dans lesquels le diabète n'est qu'un signe de la maladie.

-Pancréatopathies : toutes prouvent présentes un diabète. On trouve insuffisance pancréatique chronique.

-Edocrinopathies : toutes celles dues à une hypersécrétion d'hormone hyperglycémiant.

- **Diabète « iatrogène »** : secondaire à la prise d'un médicament diabétoène (diurétique, psychotropes, et antihypertenseurs).

-Syndromes génétiques complexes : ils sont rares et le diabète en générale au second plan d'un tableau clinique grave (syndrome de Friedrich). (B. Damiens-Dollaye, 1985, p2

5-2-Le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est défini « *par un degré quelconque d'intolérance au glucose ou d'hyperglycémie franche, observé au cours du développement d'un grossesse* ». Le diabète se développent au cours de la grossesse surveillé le plus souvent chez une femme en excès pondéral ou obèse et habituellement aux alentours de la vingtième semaine de

grossesse, cet état indique un risque élevé de développement de diabète de type 2 plus tard dans l'existence. (G. Hennen, 2001, p141).

6-Les causes de diabète

Parmi les différentes causes de diabète on trouve :

Diabètes pancréatiques

- Pancréatectomie totale
- Cancer de pancréas
- Pancréatite chronique calcifiante éthylique
- Diabètes tropicaux
- Hémochromatose
- Mucoviscidose

Diabètes endocriniens

- Acromégalie
- Hypercorticisme
- Pheochromocytome
- Hyperthyroïdie

Diabètes iatrogènes

- Corticoïdes
- Diurétiques thiazidiques

-Pentamidine

-Diazoxide

-Neuroleptiques en particulière (inhibiteurs de la protéase dans le traitement).

-Immunosuppresseurs

Diabète avec acanthosis nigricans sans obésité :

-Type A- déficit en récepteurs

-Type B-anticorps anti récepteurs

-Type C-défaut post-liaison au récepteur

-Insuffisances rénales sévères

Diabète avec surdité (hérédité maternelle). (A.Grimaldi, 2009, pp11-12).

7-Les facteurs favorisant le diabète

De nombreux facteurs entrent en ligne de compte dans l'apparition d'un diabète; il faut distinguer :

7-1- Les facteurs héréditaires : Vrais relevant des lois génétiques, La présence de ces facteurs dans le code génétiques d'un sujet le rendrait plus sensible au diabète surtout en cas de rencontre avec le virus dits « diabétogènes », tel que le virus des oreillons ou de la rubéole.

7-2-Les facteurs prédisposant : On regroupe ici toutes les causes relevant du mode de vie de sujets : Obésité, alcoolisme, stress physique ou psychique et infection virales.

7-3- Les facteurs révélateurs ou déclenchant : La grossesse n'est pas la cause de diabète mais permet son extériorisation franche. Hypoglycémie fonctionnelle ; ce syndrome survient souvent chez des sujets qui développeront plus tard un diabète. (B. Damiens- Dollaye, 1985, pp22-23).

8- Les complications du diabète

Ce qui fait l'unité des diabètes, ce sont les complications communes, métaboliques (aigues), infectieuses ou vasculaires.

8-1-complications métaboliques (aigues)

-L'acidocétose : diabétique surtout le diabète insulino-dépendant, mais dans 15%des cas, elle survient lors d'un diabète non insulino-traité, à l'occasion d'une régression, responsable d'une carence transitoire en insuline.

-Le coma hyper-osmolaire : complique électivement le diabète non insulino-dépendant des personnes âgées, il survient à l'occasion d'une Hypoglycémie suffisante pour entraîner une insuffisance rénale fonctionnelle.

-L'acidose lactique : est prix du non respect des contre indications formelles des biguanides en particulier l'insuffisance rénale, les tares viscérales et l'alcoolisme.

-Les hyperglycémies : conséquence en partie inévitable de l'insulinothérapie, peuvent être redoutables lorsqu'elles surviennent chez les diabétiques sentant mal d'alerte neurovégétatifs de l'hyperglycémie, lorsqu'il s'agit de personnes âgées soumises

abusivement à des traitements par sulfamides hypoglycémiantes puissants et à une durée de vie longue. (A. Grimaldi et al., 2009, p11).

8-2-complications infectieuses

-La tuberculose : reste plus fréquente chez les diabétiques et justifie la vaccination systématique des diabétiques par le BCG, ainsi qu'une surveillance régulière.

-Les infections cutanées : comme pour l'infection urinaire, c'est une complication de l'hyperglycémie restant une des plus graves, car elles compliquent l'évolution des angiopathies et des neuropathies surtout au niveau des pieds. (B. Damiens-Dollaye, 1985, p136).

8-3-les complications chroniques (dégénératives)

-Micro angiopathie : caractérisées par un épaissement important de la membrane basale. Elles manifestent particulièrement au niveau de l'œil et du rein.

-La neuropathie : il s'agit d'une neuropathie végétative, avec ses manifestations cardiovasculaires, digestives constipation, diarrhée motrice, sexuelles, et endocriniennes.

-La pathogénie : ce dernier mécanisme est en particulier mis en cause dans la pathogénie du caractère diabétique et de la polyneuropathie diabétique.

-Macro angiopathie : principale cause de décès chez les diabétiques (surtout type 2). Atteinte des artères cérébrales, et atteintes des membres inférieurs et favorisent les troubles trophiques du pied. (A. Grimaldi, et al., 1987, pp11-12).

9-Le traitement du diabète

9-1-Le diabète insulino-dépendant

insulino prives sont traités immédiatement ou après la fin de leur lune de miel par l'insuline. Le traitement insulinique a bénéficié récemment. D'amélioration pratique, remplacement des seringues par des stylos rechargeables ou jetables, aiguilles ultrafines rendant les injections pratiquement indolores. De considérables avancées technologiques grâce à l'ADN recombinant ; abandon des insulines animales remplacées par celles obtenues par génie génétique d'ou un parfaite identité avec l'insuline humain et une totale pureté.

dans la pratique les progrès sont encore un suffisante, et une équilibration parfaite des diabètes reste encore trop souvent hors de portée. (J. Lubetzki et all, 2005, p418).

9-1-1-La définition de l'insuline

« Utilisée pour la première fois en thérapeutique par Frederick Banting et Charles best en 1923 au canada, c'est une antidiabétique provenant de pancréas, elle abusée le taux de la glycémie, et favorise l'utilisation du glucose par les tissus en accélérant son passage a travers le membrane cellulaire, possède également une action antiprotéolytique et antilupolytique ». (G. Delamare, 2009, p 460).

9-1-2-Les types de l'insuline

Il est existe trois types d'insuline

-Action rapide : c'est le traitement de l'urgence, d'action rapide et courte, à répète tout les 6 heures par voie sous cutanée. Elle peut être

utilisée par voie veineuse (avec des pompes) où l'effet est immédiat. (Insuline ordinaire (10)).

-Action semi-lente : très utilisée le soir pour couvrir toute la nuit, la rapitard est déjà un mélange et contient de l'IO. (rapitard, NPH).

-Action retard : elles sont obtenues par combinaison avec du zinc, ou de la protamine leur action ne peut calquer les variations glycémiques d'une journée. Elles sont réservées aux cas où l'espérance de vie est courte car elles sont pratiques, ne nécessitant qu'une injection par jour le matin. (B. Damiens-Dollaye, 1985, p 41).

9-2-Le diabète non insulino-dépendant

ont longtemps été traités préférentielles par l'association régime alimentaire hypoglycémiant oraux, le recours a l'insuline étant rare, mais l'efficacité de ce monde de traitement se dégradant en quelques années, il a des plus en plus tendance a être complète ou substituée par l'insuline dont les indications s'accroissent rapidement, cette progression n'a pas été stoppée par la découverte et le développement des nouvelles thérapeutiques hypoglycémiantes glinides. On trouve aussi le développement de l'activité physique est particulièrement recommandé et ce n'est que si ces deux mesures pour corriger une hyperglycémie. (J. Lubetzki et all, 2005, p418).

9-3- L'objectif de traitement

Les objectifs du traitement de diabète sont devenus plus ambitieux, un taux d'hémoglobine glyquée inférieur en permanence à 7p100 est recommandé pour empêcher ou retarder la microangiopathie et un moindre, degré l'athérosclérose ce maximalisme mérite d'être

tempéré et un taux de 8p100 est sans doute acceptable. Le traitement de diabète ne peut se limiter à la normalisation de la glycémie, et doit prendre en compte de nombreux facteurs de risque ; obésité sédentarité, hyperlipoprotéinémies, hypertension artérielle, tabagisme, il devient alors lourd et complexe et cela est souvent mal accepté par les patients. (Ibid).

II-Coté psychologique de diabète

1-Aspects psychologiques du diabète

Particulièrement tous les aspects de la prise en charge du diabète et l'équilibre glycémique sont associés à d'importantes exigences liées au comportement et à des facteurs psychosociaux problématiques.

Il faut régulièrement rechercher les symptômes de détresse psychologique chez toutes les personnes diabétiques, ainsi que chez les membres de leur famille. Des interventions préventives, telles que la participation du patient à la prise des décisions, rétroaction et le soutien psychologique, doivent être intégrées à tous les interventions éducatives en matière de soins primaires et à l'auto traitement afin de faciliter l'adaptation au diabète et de réduire le stress. (C. Fournier, 2010, p57).

1-2- l'aspect de la personnalité

Dunbar et all, (1936) avait évoqué « *la personnalité diabétique* ». Immature, passive, avec une dépendance orale, Dunbar (1946), décrit les diabétiques comme fiables, irritables, et instables dans leur

comportement avec une tendance à la dépendance, puis à la rébellion, sur un mode explosif.

L'anxiété est particulièrement fréquente et apparaît positivement corrélée avec l'augmentation de l'hémoglobine glycosées, c'est-à-dire avec un mauvais contrôle glycémique. Les travaux sur le stress, fournissent quand à eux deux types de renseignements :

En premier lieu, la quantification des événements de vie montre une relation entre événement et stress. Et en second lieu, le rôle et l'impact des événements stressants et des contraintes quotidiennes sur le déclenchement et l'évolution du diabète ont fait l'objet, de très nombreux travaux, qui portent sur les mécanismes psychophysiologiques ont permis de mettre en évidence l'impact des hormones de « stress » sur l'équilibre de la glycémie. (A. Haynal et all 1987, p117).

Ainsi que la dépression est le symptôme le plus fréquemment cité, et la perte de l'estime de soi, la réduction, l'énergie, l'accroissement de la fatigue, les troubles des conduites alimentaires. (A. Haynal et all, 1987 p10).

2-Détresse émotionnelle

Selon Dawn, les personnes atteintes de diabète ont signalé qu'ils étaient stressés en raison de leur diabète. Soucieux de ne pas pouvoir remplir leurs obligations familiales et plus stressés que la plupart des personnes de leur entourage. En voit que la moitié des personnes atteintes de diabète interviewées ; sont très angoissées en ce qui concerne leur poids, ont peur d'une aggravation possible de leur

condition ; et redoutent les crises hypoglycémies (baisse de glucoses dans le sang). (F. Snoek, 2002, p38).

Il ressort de cette étude que la responsabilité de soins est un lourd fardeau pour les individus susceptibles de nuire à leur bien-être. En effet un menés précédemment qui révèlent que la détresse émotionnelle est le sentiment fréquent chez les personnes atteintes de diabète, et que la prévalence de la dépression est deux fois plus élevée chez ces individus, par rapport à la population en générale soit environ 15 à 20% indépendamment du type de diabète. (Ibid, p39).

3-Les conséquences psychologiques du diabète

Le fait pour le diabétique de découvrir sa maladie y fait pour beaucoup dans la montée du stress, cela est particulièrement vrai pour le diabète juvénile et à deux égards :

-Parce qu'il est relativement jeune, le patient diabétique en est souvent à sa première expérience de la maladie grave et hospitalisations.

-En raison de l'attaque subite de la maladie, le patient n'a que peu de temps pour s'adapter ; on générale, à partir du moment de sont hospitalisation où le diagnostic est posé jusqu'à son renvoi ou l'on s'attend à ce qu'il assume la responsabilité de sa maladie. (D.Morel, 1981, p1309).

4-Le vécu de la maladie

J.L. Pedinielli (2005), décrit les phases psychologiques par lesquelles le malade passe, au moment où il sait qu'il est atteint d'une maladie chronique, avant d'accepter la maladie. C'est un cycle similaire au cycle du deuil, il décrit également ce travail psychique qui peut se

retrouver chez tous les personnes atteintes de maladie grave, qu'elle soit physique ou psychique.

-Phase de refus ou d'isolement : cette phase doit être respectée, car elle sert à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatal ou gravissime de la maladie.

-Phase de colère (irritation) : elle est liée à la question « pourquoi moi », et peut amener à des projections agressive, pouvant amener la rupture du lien médecin-malade.

-Phase de marchandage : il se retrouve avec le soignant, et très souvent avec dieu.

Phase de dépression : elles a deux aspects, la dépression réactionnelle due aux pertes de sa perception de soi et aux autres, et le « chagrin préparatoire » d'acceptation de son destin.

Phases d'acceptation : phase pendant laquelle la personne est vide de sentiment.

-Phase d'espoir : l'espoir est présent dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'aux derniers moments. (J.L. Pardinielli, 2005 p 43).

J.L.Pardinielli, note également que, dans l'approche temporelle de la maladie, le futur est limité au futur immédiat : les maladies, surtout ceux présentant un pronostic sévère, énoncent peu de projets concernant l'avenir. (J.L.Pardinielli, 2005, p52).

Conclusion du chapitre

Le diabète constitue un problème de santé universel touchant toutes les sociétés humaines quelques soit leurs stades de développements, la prévalence du diabète augmente avec le vieillissement des populations, les modifications de mode de vie et le

progrès du diagnostic. La santé est donc porteuse de l'intégrité de la personne, et le diabète en tant que maladie chronique bouleverse forcément cette intégrité corporelle et physique.

La maladie quelle que soit sa durée et sa gravité, marqué la vie psychologique de l'individu. Alors que les personnes atteintes de diabète doivent être orientées. Lorsque cela s'avère nécessaire, vers un psychologue sensibilisé au diabète pour le traitement des troubles d'adaptation, dépressions graves, des troubles de l'anxiété, et de la personnalité. Dans ce qui va suivre on va s'intéresser à l'image du corps

Préambule

Le concept de l'image du corps est issu de la psychologie clinique, plus précisément de la psychanalyse. C'est une notion post-freudienne, même si Freud avait déjà posé les fondements du rapport entre le schéma corporel et le psychisme. L'image du corps recouvre des données imaginaires, symboliques ou l'influence de vie affective ou émotionnelle est majeure.

Dans ce chapitre on va aborder les définitions de l'image du corps, la différence entre l'image du corps et d'autres notions, la théorie psychanalytique de l'image du corps et les composantes de l'image, pour terminer avec une conclusion.

1-Définitions des notions : image, corps, et image du corps

1-1-notion de l'image

Le terme « *image* » renvoie plutôt au model interne concret ou abstrait des objets auxquels elle se rapporte et non à leur vision mentale, l'image en tant que simple perception, le reflet interne d'une réalité externe, copie conforme dans l'esprit de ce qui se trouve hors de l'esprit. Elle est donc la reproduction passive d'une donnée immédiate. (J.C.Sperando, 1983, p67).

1-2-notion de corps

Le terme « *corps* » en médecine

Le terme « *corps* » en médecine est employé dans le sens corps anatomique et physiologique, le malade évoque son corps à propos d'un symptôme ressenti en un point plus moins bien localisé, du au mauvais fonctionnement d'un organe dans son corps, le médecin fait le diagnostic par l'examen clinique des symptômes.

Le malade exprime une plainte portant, non plus sur un appareil de son corps mais sur une altération plus générale de la conscience qu'il a de son corps. (P. Bernard, 1977, p151).

Le terme « corps » en psychanalyse

Selon Anne Sanglade, le corps y est désigné comme un principe unificateur contenant, délimitant les modes externes et internes, corps membrane à la fois séparant et mettant en contact, fondant l'unité de soi en même temps qu'instaurant la différence avec l'autre, facteur d'isolation et de communication, pouvant assurer la différence de potentiel comme l'osmose. (A. Sanglade, 1983, p106).

La notion de corps s'élabore en référence au corps humain, pour autant qu'il est défini comme, objet pulsionnel. Il ne s'agit pourtant plus de ce corps humain en tant qu'il est saisi visuellement, dont le contour bien distinct permet de contenir la substance amorphe de la subjectivité primitive, mais de ce corps qui fonctionne dans l'exacte mesure où il a lui-même des limites incertaines. (J. Lacon, 1994, p190).

La fonction d'un tel corps, nous pouvons le repérer tout d'abord dans une phase déterminée de la relation d'objet, dans sa demande d'amour primitive, orientée vers la présence de l'autre maternel. Le sujet est amené à supposer le désir de l'autre, suivant là aussi une logique de nature phobique, pour chercher à identifier son objet, en tant qu'il est la cause de la présence et de l'absence maternelle « *phallus imaginaire* ». (Ibid, p190).

1-3-notion de l'image du corps

Image du corps en médecine

L'image du corps est définie comme « *l'image de notre propre corps qui nous formons en même temps, que se développe notre personnalité, est la façon dont notre corps apparaît à nous même, cette image est construite avec des sensations*

partie de la surface du corps (tactile, thermique, douloureuse), Des muscles et des tendons (kinesthésique).par de cette multitude de sensations, le sujet éprouve directement une unité du corps ». (P, Bernard, 1977, p155).

Image du corps en psychanalyse

L'image du corps est « *une construction psychique de la représentation du corps, elle est éminemment personnelle et inconsciente fondatrice notre identité, sa construction s'appuie à la fois sur des facteurs sociaux et psychologiques.* (C. Mareau et al, 2004, p95).

Schilder a popularisé la notion d'image du corps selon trois aspects, un premier aspect physiologique, un aspect libidinal et enfin un aspect social. (A. Bioy ; D. Fouques, 2002, p135).

2-La différence entre l'image du corps, schéma corporel, représentation de soi, et le ça

2-1- L'image du corps

L'image du corps renvoie à la notion de mois-peau développée par D.Anzieu en 1974 et dont il donne la définition suivante « *par mois-peau nous désignant une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps ».* (A. Sanglade, 1983, p106).

2-2-Le schéma corporel

Le schéma corporel est une réalité de fait, il existe en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique [...].

Certes, des atteintes organiques précoces peuvent provoquer des troubles du schéma corporel, et ceux ci du fait du manque ou de l'interruption des relations langagières, peuvent entraîner des modifications passagères ou durables à vie de l'image du corps. Il est cependant fréquent qu'un schéma corporel infirme et une image du corps saine cohabite chez le même sujet. (F. Dolto, 1984, p18).

2-3-La représentation de soi

La représentation de soi désigne corps « *objectalisé* », corps que l'on donne à voir, qui médiatise et agit la relation à l'autre .Ce sont les qualités que nous attribuons inconsciemment à notre moi-corps, issu tout autant de notre vécu corporel que de notre soi fantasme et qui vont conditionner nos relations aux autres (A. Sanglade, 1983, p106).

La représentation de soi est étroitement tributaire du réseau des relations que nous constituons et dans lesquelles nous sommes pris, elles peuvent à chaque instant s'en trouver modifiées, s'éprouvant solide ou détruite, désir ou reflété. Cette notion se trouve ainsi au carrefour de l'épreuve narcissique et de la vie relationnelle (Ibid).

F. Dolto distingue aussi l'image du corps de schéma corporel comme suit : le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentation de l'espèce, quelque soit le lieu, l'époque ou les conditions dont lesquelles il vit. C'est lui, ce schéma corporel qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une subjectivité d'une relation libidinale langagière avec les autres qui, sans lui, sans le support qu'il représenté, resterait à jamais fantasme non communicable. Le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus [...] de l'espèce humaine. L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire.

Elle est spécifique d'une libido en situation d'un type de relation libidinale .Il en résulte que le schéma corporel est en partie inconscient mais aussi préconscient et conscient tandis que l'image du corps est éminemment inconscient. (F. Dolto, 1984 p 22).

A. Sanglade a fait une distinction entre l'image du corps et schéma corporel comme suit : L'image du corps c'est une représentation mentale, encore qu'inconsciente de soi dans son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité. Ainsi que le schéma corporel considéré comme le substrat neurologique de l'image du corps, le schéma corporel n'est pas à proprement parler une image : il n'est pas issu d'un travail psychique réflexif, il est un donné de l'expérience motrice. Etroitement lié au ressenti musculaire et cénesthésique, il est un schéma postural qui rend compte de l'acquisition d'une structure interne stable, organisatrice du rapport au monde. Il s'agit là d'un référent fondamental implicite, en rapport avec la neurophysiologie qui contient les schémas d'action, les préformes motrices élémentaires, qui est constitué tôt dans l'enfance et assure l'intégrité du corps dans l'espace. (A. Sanglade, 1983, p106).

Selon D. Anzieu et C. Chabert, l'image du corps appartient au registre imaginaire et demande à être distinguée du schéma corporel ,qui relève d'un registre sensori-moteur et cognitif, l'image du corps est inconsciente , sa base est affective ;le schéma corporel est préconscient ,sa base est neurologique .dans le premier cas ,le corps est vécu comme le moyen premier de la relation avec autrui ; dans le second cas ,le corps sert d'instrument d'action dans l'espace et sur les objets.(D, Anzieu, C. Chabert,1961,p326).

2-4-Le ça

Le ça, constitue le pôle pulsionnel de la personnalité, ses contenus, expression psychique des pulsions sont inconscients, pour une part héréditaire et innés, pour l'autre refoulés et acquis. (J. Laplanche ; J.B. Pontalis, 1994, p56).

Du point de vue économique, le ça est pour Freud le réservoir premier de l'énergie psychique ; du point de vue dynamique, il entre en conflit avec le moi et le surmoi, qui du point de vue génétique, en sont des différenciations. (Ibid).

Selon D. Anzieu et C. Chabert dans leur ouvrage « les méthodes projectives » le ça est composé de contenus inconscients, les uns innés (les pulsions qui constituent en désirs en associant leurs visées à des souvenirs inconscients) les autres acquis (le « *refoulé* », qui tente d'ailleurs de revenir sous des déguisements dans la conscience et la conduite du sujet). Le conflit interne au ça oppose les pulsions de vie (la libido Eros) aux pulsions de mort (l'agressivité, Thanatos). (D. Anzieu ; C. Chabert, 1961 p334).

3-la dimension structurelle et développementale du corps

L'entité image du corps, serait la synthèse de trois composantes :

-l'image de base : est « *ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « même té » c'est à dire dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance [...], c'est comme cela que je définis le narcissisme, comme la mêmeté d'être connue et reconnue, allant devenant pour chacun dans le génie de son sexe* » (F. Dolto, 1984, p50).

-L'image fonctionnelle : est « *image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir [...], c'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le désir viser à se*

manifester pour obtenir plaisir, s'objectiver dans la relation au mande et à autrui » (F. Dolto, 1984, p50).

-L'image érogène : *l'image érogène « pour seulement la présenter, je dirai qu'elle est associée à-t-elle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir en déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, images douées d'intention émissives, actives ou réceptives passives à but agréable ou désagréable ».* (F. Dolto, 1984, p57).

L'image du corps est la synthèse vivante en constant devenir, de ces trois images de base, fonctionnelle et érogène, reliées entre elles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique.

-L'image dynamique : exprime en chacun de nous l'état, appelant l'advenir, le sujet en droit de désirer, j'aimerais dire « *en désirance* ». (Ibid, p58).

4- Evolution de l'image du corps

4-1- la première phase (orale)

C'est la phase orale que Freud qualifie également de cannibalisme, le but sexuel réside dans « *l'incorporation de l'objet prototype de ce qui jouera plus tard en tant qu'identification, un rôle psychique si important* » le suçotement est un reliquat de « *cette phase fictive d'organisation qui nous est imposée pour la pathologie* ». C'est une fiction nécessaire qu'impose la pratique de l'analyse, ce statut ne lui retire aucun présentation à la vérité, mais elle est une reconstitution après coup de l'effectuation de l'histoire de l'objet imaginaire du réel de l'objet (A. Vanier, 2005, p82).

-Le stade orale : selon Braconnier-Stade orale primitif (suction), premier semestre de vie, la bouche est foyer d'un mode d'approche dominant mais non exclusif l'incorporation

-Le stade tardif : seconde l'incorporation par morsure se substitue à la suction (A. Braconnier, 2006, p83)

4-2 la deuxième phase

Succèdent à celle ci est nommée la phase sadique –anale, c'est le temps de l'opposition entre actif et passif. (A. Vanier, 2005, p83).

-Le stade sadique anale : selon Braconnier, s'étend sur la deuxième et troisième année, les tensions se déchargent principalement sur la défécation la satisfaction libidinale est liée à l'évacuation et à l'excitation de la muqueuse anale. (A. Braconnier, 2006, p37).

4-3-le stade phallique

C'est un complexe d'œdipe entre trois et cinq ans les organes génitaux deviennent zone érogène dominante, les tensions se déchargent principalement

-Chez le garçon, le complexe d'œdipe positif consiste dans le fait que intensifiant son amour pour sa mère, il ressent un conflit entre son amour pour son père et sa haine contre son père.

-Chez la fille, l'évolution plus complexe vers le père est préparée par les déceptions dans la relation avec la mère, principalement l'absence de pénis. (Ibid, p39).

5-l'image du corps et leur destin (les castrations symboligènes)

Nous revenons ici sur la dimension relationnelle de l'élaboration de l'image du corps .cette élaboration prend appui sur les dires de l'autre et plus particulièrement sur celui de la mère auquel l'enfant est charnellement attaché. Porteur de sens d'avis, de jugement, d'encouragements les dires limitent, infirment, promeuvent.la parole de la mère médiatise (donne du sens par sa parole vivante et vraie adressé à la personne de l'enfant) l'absence de l'objet ou la non satisfaction d'une demande de plaisir.de cela résultera l'évolution de l'image inconsciente du corps. (CH. Paquis 2008, p06).

La parole est l'organisateur qui permet le croisement du schéma corporel et de l'image du corps .l'image de soi est unie par la relation symbolique continue pour que le nourrisson puisse de vivre de façon non morcelant (introjecter) les perceptions rencontrées. En psychanalyse, les castrations renvoient aux épreuves auxquelles heurte le désir comme interdit radical opposé à la satisfaction auparavant connue interdite pour tout humain incesté. (Ibid).

6-La maturation de l'image du corps

Se fait grâce aux castrations successives :

-la castration ombilicale : (fin de la vie fœtale et naissance) qui permet le fondement du narcissisme primordial.

-la castration orale : (serrage ou interdit de téter) est la possibilité d'accéder au langage ,le fruit de la castration orale qui permet l'accès aux interdits de nuire à soi et aux autres ,à la l'autonomie et la socialisation.

-la castration génitale primaire : qui entraîne la différence des sexes.

-la castration génitale œdipienne : qui pose l'interdit de l'inceste pour synthétiser la pensée de F. Dolto en une phrase, nous dirons que la parole et le processus de castration sont déterminants dans la construction symbolique du corps. (CH. Paquis, 2008, p07).

7-l'approche psychanalytique de l'image du corps

Plusieurs psychanalystes se sont intéressés à l'image du corps et pour cela, ils ont effectué beaucoup de travaux concernant le thème comme S. Freud, D. Anzieu, P. Schilder, J. Lacan, J.P. Meloukou, C. Chabert, J.D. Nasio, et A. Sanglade.

S. Freud, des 1905, a mis en évidence la peau comme zone érogène. « *Dans le plaisir de regarder et s'exhiber, l'œil correspond à une zone érogène, tandis que, dans le cas composantes de la pulsion sexuelle comme la douleur et la cruauté, c'est la peau qui tient ce rôle, la peau qui, en certains endroits du corps, c'est différenciée en organes des sens et c'est transformée en muqueuse autrement dit, la zone érogène par excellence* ». (S. Freud, 1905, p85).

D. Anzieu en 1985, définit le moi-peau comme « *une figuration dont, le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme contenu, les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps* ». (D. Anzieu, 1985, p04).

P. Schilder, introduit le terme image du corps, il insiste sur l'existence d'une image optique et non pas postural du corps, image à laquelle la perception est rapportée, pour lui « *l'image de corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même* » Selon lui y a autre chose que sensation simple, et autre chose qu'imagination. (P. Schilder, 1968, p35).

Schilder, a popularisé la notion d'image du corps, il envisage l'image du corps selon trois aspects, un premier aspect physiologique, un aspect libidinal et enfin aspect social. (A.Bioy et all, 2002, p135).

J. Lacan a parlé de stade du miroir qui est pour lui une « *identification primordiale dans le sens où il s'agit finalement d'acquérir une identité par la perception d'une image totale de son corps* ». (A. Braconnier, 2006, p70).

Selon J.P Meloupou « *l'image du corps est une construction psychique qu'une personne se fait de son propre corps en s'appuyant sur des facteurs à la fois psychologique et sociaux, notamment l'histoire du sujet et les valeurs esthétiques véhiculées dans la société, il s'agit de la façon dont le sujet se perçoit lui même et comment il se pense perçu par les autres, ce qu'on appelle « image de soi* ». (J.P Meloupou, 2013, p208).

C.Chabert dans son ouvrage « la psychopathologie à l'épreuve du Rorschach » a montré que dans le corps de la pulsion D.Anzieu définit les conditions requises pour que la pulsion soit représentable avec Freud il insiste sur la source corporelle de la pulsion, liée en particulier aux expériences sensorielles et sensori-motrices précoces et sur son devenir imaginaire : « *l'appareil psychique se représente ses pulsions par des figurations corporelles qui traduisent l'expériences de l'excitation corporelle* ». (C. Chabert, 1989, p221).

Pour A. Sanglade l'image du corps renvoie à la notion de moi-peau développée par D.Anzieu en 1974 et dont il donne la définition suivante « *par moi-peau nous désignons une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps* ». (A. Sanglade, 1983, p106).

Selon J.D Nasio, le corps qui intéresse la psychanalyse. N'est pas notre organisme corps ausculté et soigné par la médecine .nous le corps qui nous intéresse

est notre corps vivant, certes mais tel que nous l'aimons ou le rejetons, tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés (J.D Nasio, 2007, p112).

Selon A. Weil et all, l'image du corps résulte de l'histoire du sujet, c'est la synthèse vivante des expériences émotionnelles personnelles. Croisées avec le schéma corporel, l'image du corps, exprimée par des mots, permet d'entrer en communication avec autrui. (A. Weil-Barais ; D. Cupa, 2008, p83).

8- Image du corps et la maladie chronique

Une recherche française effectuée par Estelle Automne en 2006 a montré que la maladie oblige, le sujet à prendre conscience de son corps. Conscience que ne surgit que lorsque le silence des organes est rompu. De même notons que l'expérience de la douleur permet aux barrières corporelles et psychiques de s'instaurer. (E. Automne, 2006).

Freud dans son introduction au narcissisme en 1914, nous dit que la maladie organique est une des voies permettant d'aborder le narcissisme, En effet l'apparition d'une maladie organique, qui plus est lorsqu'il s'agit d'une maladie grave, modifie la répartition de la libido en obligeant le sujet malade à désinvestir le monde objectale pour reporter sa libido sur son corps. (Ibid).

Les symptômes, de la maladie organique sont tributaires de leur étiologie et leur déchiffrage dépend d'un savoir, Ils rejoignent l'opacité du corps, et par l'impuissance qu'ils rendent manifeste, lui donnent paradoxalement une extériorité d'objet. Seule la douleur garde son inéluctable présence dans le repli narcissique qui détourne de l'objet. (J.B. Pontalis, 1971, p18).

Conclusion du chapitre

L'image du corps renvoie à la façon dont nous percevons notre propre corps et qui se construit à travers toutes les expériences de la vie, par conséquent lors de lésions. Il ne faut pas négliger l'aspect dit psychologie, à celui dit physique et réciproquement. Dans ce que va suivre on va s'intéresser à la problématique et hypothèses.

Préambule

Dans ce chapitre, nous allons retracer les différentes étapes que nous avons menées au cours de notre travail de recherche, sous le thème de « *image du corps chez les adultes diabétiques* ».

Ce choix du thème, relève du fait que cette maladie prend de plus en plus de l'ampleur dans le monde, ce que nous mène, nous, en tant qu'étudiantes en 2^{ème} année master, psychologie clinique à réaliser notre enquête afin d'aider cette catégorie de malade à comprendre le lien entre leur aspect psychique et physique.

Dans notre enquête, nous nous sommes basés sur l'entretien clinique semi directif et le test projectif « Rorschach » ce qui nous permet de comprendre l'image du corps chez les adultes diabétiques.

Ce chapitre comprend : la définition des concepts et leur opérationnalisation, la démarche de la recherche et la population d'études, les techniques utilisées et leurs analyses et pour terminer avec une conclusion.

1- Définition des concepts et leur opérationnalisation

1-1- Définition des concepts

Diabète

« *C'est un état caractérisé par une concentration excessive de glucose dans le sang (hyperglycémie), à partir d'une certaine concentration, il se trouve dans les urines, qui n'en contient jamais à l'état normal (glycosurie)* ». La définition officielle et simple retenue

aujourd'hui est : « *le diabète est un syndrome hyperglycémie chronique de causes multiples* ». (M_J.chicouri, 1983, p15)

Image du corps

La notion d'image du corps appartient au champ conceptuel de la psychanalyse. Selon P. Schilder, l'image corporelle est « *l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* ». C'est la somme des jugements conscients et inconscients que nous portons à l'égard de notre corps. Elle englobe les perceptions présentes et passées. (P. Schilder 1968, p25).

1-2- Opérationnalisation des concepts

Diabète

- uriner fréquemment.
- maigrir sans raisons apparentes malgré un appétit conservé.
- boire beaucoup et avoir toujours soif.
- trouble de vision.
- plaies chroniques.

Image du corps

C'est l'image mentale qu'ont les diabétiques vis-à-vis de leur corps cette image peut être :

Positif : quant ils ont une image d'un corps parfait, satisfaisant, ils le perçoivent dans son totalité.

Mauvaise : quant ils ont une image d'un corps incomplet, abimé, un corps qui ne fonctionne pas, une impression d'un corps qui a changé, ils le perçoivent comme des parties.

2- La démarche de la recherche et la population d'étude

2-1- La pré-enquête

La pré-enquête est une étape préparatoire pour l'enquête, qui nous permet d'avoir des informations et d'avancer des hypothèses sur le thème de recherche. Ça nous aide à désigner notre population d'étude avec laquelle, nous vérifierons nos hypothèses avancées préalablement.

Et pour cela, nous nous sommes présentés à la clinique « Beau Séjour », où nous avons rencontré le chef de service, et pour qui nous avons exposé l'objectif de notre étude et la nature de notre diplôme à préparer. Il nous a alors orienté vers le médecin chef qui nous oriente vers les sujets après leur accord, que nous allons entretenir tout au long de notre stage après leur consentement.

2-2- La méthode clinique

L'étude de cas

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en- une observation approfondie d'un individu ou un groupe d'individus, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence ; c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques,

elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leurs évolutions.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passée. (KH. Chahraoui et all, 2003, p125).

2-3- présentation de lieu la recherche

Notre stage s'étend entre le mois de février au mois de mars au sein de la clinique « Beau-séjour » de Bejaïa, elle est située en plein centre ville ; cette clinique est comme une première structure médicale qui s'occupe des diabétiques. Ouvrant ses portes en 1995 pour ses patients, elle prend en charge tous les types de diabète gestationnel, insulino-dépendant et non insulino-dépendant...etc. Pour bien s'occuper de ces malades ; elle dispose de :

- un néphrologue.
- trois diabétologues.
- un psychologue.

Quoique ses moyens sont limités, elle a quand même pu prendre en charge ses patients, qui ont atteint le nombre de cinq mille trois cent dix sept(5317) en 2013, grâce à l'organisation et au sérieux de son personnel. Son but est d'aider les diabétiques à s'adapter à leurs régimes et de bien comprendre leurs maladies et l'accepter tout en organisant des séances de consultation.

3- la population d'étude

3-1- la sélection de notre population d'étude.

Les critères d'homogénéités retenus

- **L'âge** : qui est supérieur à 18 ans, âge adéquat c'est -à-dire tous les cas sont des adultes.

-**La langue des patients** : la langue d'entretien avec les patients est le français ou le kabyle.

Tous les cas sont des diabétiques qui traitent par l'insuline et/ou les médicaments. Il faut noter que notre enquête, ne concerne que les sujets atteints depuis plus d'un an, et cela pour éviter toute confusion psychique ou physique.

Les critères non pertinents pour la sélection

-**Le niveau socio-culturelle** : cette maladie peut toucher toutes les couches sociales de différents niveaux culturels et intellectuels et pour éviter toute sorte de ségrégation et de ne pas déroger à notre objectif cité en préambule, nous n'avons pas tenus compte de ce critère pertinent pour la sélection.

-**Le sexe** : dans notre enquête est aussi indifféremment, n'a pas pris en considération, la variable sexe.

-**Début de leur diabète** : l'âge d'apparition du diabète est différent d'un cas à un autre.

Nous avons constitué une population composée de cinq cas et nous avons aussi changé les noms de nos sujets, pour garder l'anonymat de ces sujets.

Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude

Nom	âge	Etat civil	Niveaux d'instruction	Situation professionnelle	durée de traitement	L'évolution de son état
Sabrina	34	Mariée	1 ^{eme} année primaire	Femme au foyer	7 ans	Vivante avec complication
Mourad	40	Marié	9 ^{eme} année	Chauffeur	10 ans	Vivant avec complication
Nawal	48	Mariée	5 ^{eme} année primaire	Femme au foyer	10 ans	Vivante avec complication
Yamina	50	Mariée	analphabète	Femme au foyer	08 ans	Vivante avec complication
Karim	55	Marié	2 ^{eme} année moyen	Agent administratif	12 ans	Vivant avec complication

Tableau n°1: la récapitulation des caractéristiques de notre population d'étude.

I- Les techniques utilisées

Nous avons focalisé notre recherche sur les techniques suivantes : l'entretien clinique qui nous permet d'avoir des informations personnelles concernant l'état psychologique et l'environnement familial et social et le test projectif afin de comprendre notamment la perception du patient de son corps.

1-L'entretien clinique

« L'entretien est l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. L'entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue ».

« L'entretien clinique vise à appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique, d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime ses rêves et ses fantasmes ». (H. Bénony et all, 1999, p11).

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'information sur le sujet mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui – même. Par exemple, les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont restituées dans le cadre de référence l'histoire personnelle du sujet, son histoire familial la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité... etc.

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans le contexte :

- D'aide ou de soins psychologiques
- De diagnostic ou d'évaluation psychologique
- Ou de recherche clinique

L'entretien clinique est de trois types qui sont : l'entretien directif l'entretien non directif, et l'entretien semi directif auquel on s'est intéressé dans notre recherche. (Ibid, p13).

1-1-l'entretien semi directif

Le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associé sur le thème proposer sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure le clinicien où le chercheur propose un cadre et une trame permet au sujet de dérouler son récit. (KH. Chahraoui et all 2003, p143).

L'entretien semi directif est un compromis entre l'entretien directif et non directif. Il rend de grands services dans la recherche, lorsqu'il faut comparer les réponses d'un échantillon représentatif, par exemple, s'il s'agit de comparer le discours des mères d'enfants normaux, des mères d'enfants autistes, des mères d'enfants déshydratés ; le chercheur va établir des questions qu'il souhaite posé, dans le même ordre , à ces trois groupes de mères, pour pouvoir ensuite comparer termes à termes , leurs réponses. (M. Castréde, 2003, p93).

Dans ce type d'entretien le clinicien dispose d'un guide d'entretien. Il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Les questions ne sont pas posées d'une manière hiérarchisée, ni ordonnée. Mais au moment opportun de l'entretien clinique. De même, dans ce type d'entretien le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet.

1-2-Le guide d'entretien

Les informations personnelles

Age :

Sexe :

Niveau d'instruction :

Profession :

Situation familiale :

Axe I : le diabète

1. Depuis quand vous avez su que vous êtes malade ?
2. Comment vous avez découvert votre maladie ?
3. Quel est votre traitement actuel ?et comment vous le vivez ?
4. Suivez-vous un régime alimentaire adéquat ?
5. Y-a-t-il des personnes qui souffrent de la même maladie dans votre Famille ?

Axe II : concernant l'image du corps

6. Quelle image avez-vous de vous avant votre maladie ?
7. Quelle image avez-vous de vous actuellement ?
8. Qu'est ce qui a changé dans votre perception de votre corps ?
9. Pouvez-vous me dire si vous aimez votre corps ?et pourquoi ?
10. Pouvez- vous me dire si vous aimez regarder dans le miroir ?et pourquoi ?
11. Pouvez-vous me dire si vous êtes différents des autres ?
12. Quelle est la partie que préférez-vous dans votre corps ?et celle qui vous gêne ?
13. Y-a-t-il un changement au niveau de votre corps après votre maladie ? Si c'est oui lequel ?

Axe III : concernant les informations sur la qualité de la vie relationnelle

14. Y-t-il un changement dans votre vie relationnelle ?
15. Quelle est la nature de ce changement ?
16. Est-ce que vos relations ont changé avec votre entourage depuis votre maladie ?comment ?
17. Est-ce que cette maladie influence votre travail ?et comment ?
18. Comment sont vos relations relation avec vos collègues de travail ?

19. Comment vous vous comportez avec vos amies (e) après votre maladie ?y-a-t-il un changement ?si oui, comment ?

20. Y-a-t-il un changement dans votre vie conjugale ?quels sont ces changements ?

21. Est-ce que votre comportement a changé avec vos enfants ?si c'est oui, comment ?

Axe IV : concernant la projection d'avenir

22-Avez-vous un projet à réaliser ? Lequel ?

23-Quelle est votre vision de votre avenir ? Pourquoi ?

2-Le test du Rorschach

2-1-Histoire de test du Rorschach

Le Rorschach publie pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie « *Hermann Rorschach* », le test des taches est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative. L'auteur conçut de nombreuses taches puis sélectionna, celle qui discriminait au mieux les malades mentaux des sujets dit « *normaux* ».

Rorschach s'est surtout basé, pour l'interprétation, sur l'opposition entre les personnalités extratensives et les personnalités introverties. (J.L. Bernaud, 1998, p87).

Le test de rorschach est utilisé dans la pratique clinique et fait chaque année l'objet d'un grand nombre de recherches et de publications en psychologie projective, en psychologie clinique et en

psychopathologie sa sensibilité, sa fidélité et sa validité sont régulièrement confirmées et précisées. (C. Chabert, 2004, p47).

2-2-La passation de test du Rorschach

Le premier temps

Le temps de la représentation successive et dans l'ordre de numérotation des planches, cette présentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient, dans une position de soutien et d'accueil des productions du sujet.

Le deuxième temps

De l'enquête, qui consiste en une seconde présentation des planches, accompagnée de la réitération par le psychologue. Ce temps a pour objectif de s'assurer d'avoir bien compris ce que vous avez voulu dire et de recueillir des informations nécessaires pour la cotation.

Le troisième temps

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelle est sa planche préféré puis sa planche la moins aimée. (P. Roman, 2006, pp 91-92).

2-3-Le matériel de test du Rorschach

Le test Rorschach se présente sous forme de dix planches chacune représentant une tache d'encre symétrique et plus ou moins complexe. (J.L. Bernaud, 1998, p87).

Au plan de la couleur, certaines sont noires ou marquées par des nuances de gris plus au moins contrastées (planche I, planche IV

planche V et planche VII) d'autres sont noires et rouges. Les planches (II et III), et d'autres de couleur pastel (VIII, VI et X).

N. Rausch de Traubenberg insiste sur le fait que le caractère symétrique du matériel, organisé autour d'une bilatéralité plus au moins exprimée mais en tous les cas imparfaits, ainsi chacune des planches peut –elle considérée, au delà de la sollicitation manifeste qu'elle présente à partir de la sollicitation qui sous -tend la rencontre avec le sujet (P. Roman, 2006, p88).

2-4-La consigne de test du Rorschach

La consigne donnée au sujet ne présente pas de caractère invariable la littérature en propose différentes versions, tantôt longues ; tantôt courtes. Chabert(2007) a proposé une formule similaire remettant à l'avant plan de la tâche la notion d'imagination.

« Je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ». Il peut être utile, au moment de la consigne de préciser qu'il n'ya pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponses. (Au sens des réponses attendues lors d'un test d'efficacité intellectuelle) et que le sujet a la possibilité de donner autant de réponses qu'il le souhaite. (R. Jaqueline 2009, p 23).

2-5-méthode d'analyse du protocole du Rorschach

2-5-1-La cotation

La cotation des réponses, dans le rorschach consiste à traduire chaque réponse obtenue dans un système de codification propre au test, on va utiliser le livret de cotation de Cécile Beizmann. La démarche classique prend en considération des critères généraux, et quatre critères spécifiques à chaque réponse. Les critères généraux concernant le nombre total des réponses et le temps moyen par réponse.

Les quatre critères fondamentaux

-Le mode d'appréhension : ou localisation de la tache qui contient (G Gbl, D, Dbl, Dd, Do).

-Les déterminants : les réponses formelles, les réponses kinesthésiques les réponses sensoriels, les réponses estompages, les réponses claire-obscur.

-Les contenus : par exemple, humain, animal, anatomie...

-Les réponses additionnelles : banalités, chocs...

2-5-1-1-Le mode d'appréhension

Le terme « *mode d'appréhension* » définit la localisation, comme « *cadre perceptif dans lequel se moule le contenu de la réponse.* », qui contient ; les réponses globales (G), les réponses grands détails (D), les réponses petits détails (Dd), les réponses localisées dans les espaces blancs (Dbl), les réponses de détails oligophréniques (Do). (C. Chabert 1983, p94).

2-5-1-1-1-Les réponses globales

« Concernent la totalité de la tache noire ou colorée ».
(D.Anzieu ; C. Chabert, 1961, p 63).

2-5-1-1-2-Les réponses grand détails

« Sont constituées par les découpes qui, dans chaque planche, sont le plus fréquemment interprétées ». (Ibid, p67).

2- 5-1-1-3-Les réponses petites détail

« Représentent les découpes partielles autres que les D ou le blanc ». (D. Anzieu ; C. Chabert, 1961, p67).

2-5-1-1-4-Les réponses localisées dans les espaces blancs

« Elle désigne ainsi les réponses portant sur les lacunes intraoculaires ou extravasculaires. Le sujet opérant ainsi une inversion figure/fond ». (C. Chabert, 1983, p125).

2-5-1-1-5-Les réponses de détails oligophréniques

Elles désignent « des éléments traités isolement, dans un contenu partiel alors qu'habituellement il fait implicitement partie d'un tout, soit pour les réponses de grands détails (D) ou pour les réponses globales ». (N.Rauch.de Traubenber, 1981, p64).

2-5-1-2-Les déterminants

« Pour connaitre ce qui détermine la réponse du sujet, c'est-à-dire ce qui a déclenché sa perception d'une découpe de la tache, il faut procéder à la seconde cotation ». (C. Chabert, 2004, p71).

2-5-1-2-1-Les réponses formelles

«Elles sont les plus nombreuses au test de Rorschach. F (nombre de F) s'établir en moyenne entre 60 % et 65%, il indique la capacité du sujet à s'adapter à la réalité extérieur grâce à l'activité régulatrice de la raison et de la pensée. » (C. Chabert, 2004, p71).

2-5-1-2-2-Les kinesthésies

« Ces déterminants sont caractérisés par la mise en mouvement, l'animation, la dynamisation des images et engrammes présentes : images humaines K et Kp, images animales Kan, images d'objets Kob ». (N.Rauch.de Traubenberg ; M.F. Boizou, 1996, p30).

2-5-1-2-3-Les réponses sensorielles

« Les réponses couleur sont cotées depuis rorschach FC, CF ou C, selon que la forme a été un élément prépondérant, secondaire ou absent, dans l'élaboration d'une réponse déclenchée par la couleur des taches ». (C. Chabert, 2004, p 76).

2-5-1-2-4-Les réponses d'estompage

Se définit comme « des réponses déterminées par la sensibilité aux dégradés de tous, à leur nuances : en général, elles apparaissent aux planches sombres, mais on admet actuellement leur cotations aux planches pastelles ». (C. Chabert, 1983, p 207)

2-5-1-2-Les contenus**2-5-1-2-1-Les réponses humaines**

« L'apparition des réponses humaines au Rorschach est nécessaire : elle rend compte de la capacité de l'individu à s'identifier à une image humaine ». (C. Chabert, 1983, p221).

2-5-1-2-2-Les réponses animales

« L'apparition d'un pourcentage minimal des réponses, est requise au test de Rorschach et constitue un facteur d'interrogation adaptatives et socialisante ». (Ibid, p218).

2-5-1-3-Les facteurs additionnels**2-5-1-3-1-Les réponses banales**

« Ces réponses sont celles qui reviennent une fois sur trois selon Rorschach une fois sur six selon ses successeurs. Elles témoignent d'une adaptation sociale élémentaire : voir les banalités, c'est voir ce que tout le monde voit. La liste Ban varie évidemment selon les pays ». (C. Chabert, 2004, pp82-83).

2-5-1-3-2-Les chocs

« Les chocs sont des réactions de stupeur affective, de perturbation émotionnelle profonde, provoquée chez le sujet les particularités de certaines planches ». (Ibid).

2-5-2- l'analyse quantitative (le psychogramme)

« Les cotations des réponses récapitulées sur l'une des feuilles prévenues à cet effet 1,2, ou sur papier libre dans le but de faire apparaitre un résumé qui puisse saisi et comparé avec les données normatives ». (N.Rauch.de Traubenberg ; M.F. Boizon, 1996, p70).

II- L'analyse des techniques utilisées

1-Analyse de l'entretien clinique

L'analyse de l'entretien s'est fait suivant la méthode d'analyse qualitative qu'est définie comme : « *une démarche discursive de reformulation d'explication ou de théorisation des données d'enquête, dont la logique est la découverte et construction du sens* ». (P. Paillé et all, 2005, p5).

Selon L. Bardin, (2003) estime que l'analyse de contenu « *est un instrument d'investigation applicable à des messages de nature très différents : diffusions de masse, entretiens cliniques ou matériaux d'enquête* ». (L. Bardin, 2003, p14).

III-Analyse de l'image du corps au Rorschach

La représentation de soi se situe au carrefour des expériences corporelles et relationnelles, des investissements narcissiques et objectaux, englobe l'image du corps, l'identité et les identifications. Nina Rausch de Traubenberg (1990) l'a tout particulièrement analysée en repérant les facteurs Rorschach qui la traduiraient et Anne Andronikof- Sanglade(1990) a défini la représentation de soi comme un contenant fantasmatique du sujet, manifestation de son unité et de sa

cohérence, reflet de son niveau de développement et de ses investissements narcissiques, et agent premier de la relation. Le Rorschach en permet, en effet, l'approche de façon privilégiée en tant qu'il met directement à l'épreuve l'image du corps, le fonctionnement du moi et la relation aux objets. La représentation de soi va se lire dans l'attitude perceptive, la capacité d'engagement kinesthésique, le monde relationnel assumé par le sujet, les contenus et les affects. (Z. Neslihan et all, 2005, p309).

Le Rorschach teste la présence d'une image du corps intégrée ; la facture des planches-formes, couleurs, oppositions blanc/noir, creux/plein et l'organisation symétrique autour d'un axe médian-permet une interprétation à deux niveaux :

-Un premier niveau reflète l'incapacité à établir une limite entre soi/autre, de distinguer dedans/dehors, intérieur/extérieur, ce qui rejoint l'établissement ou le non-rétablissement de l'identité et, de ce fait l'instauration ou non de relation objectales

-Un deuxième niveau rend compte d'une capacité de rapports à l'autre plus évoluée où les choses se discutent en termes de niveaux de relation entre moi et l'autre, les limites étant acquises. (Z. Neslihan et all, 2005, p309).

L'étude de l'image du corps au Rorschach comme traduction d'un ressenti souvent impossible à verbaliser permettra de mieux appréhender le vécu douloureux de ces sujets. Nous verrons que les images de corps disséminées, émiettées, éclatées allant jusqu'au vide corporel. Ces enfants et adolescents, qui ont tous souffert dans leur

corps et dans leur psychisme, douloureux et secret qui s'apparente parfois à une catastrophe ou un chaos. (CH. Condamin, 2006 p122).

Les représentations humaines et entières sont rares, même à la planche III, qui présente pourtant un contenu humain kinesthésique banal. Elles sont généralement peu porteuses de différences de sexe et de génération, l'accès au stade Œdipien semble devenu impossible. Le rapport aux objets s'élabore dans des relations instables et dramatisées de domination/soumission, agression/victimisation sadisme/masochisme, aux acteurs interchangeables. On observe une régression à des relations d'objet partielles, orales et anales. La menace de castration réactive des angoisses de coupure qui se jouent en termes de vie et de mort, des angoisses archaïques de perte d'objet et de destruction par les mauvais objets internes. (Ibid. p124).

L'image paternelle est rarement évoquée ; lors des agressions incestueuses, elle a souvent totalement disparue. L'image maternelle est essentiellement perçue dans une dimension persécutive et destructrice comme image prégénitale ou phallique incapable d'apporter la sécurité. (Ch. Condamin, 2006, p124).

Conclusion du chapitre

Il est à noter que tout travail réussi, est un travail bien structuré au préalable La méthodologie c'est la science qui nous a permis de bien structurer, et d'organiser notre recherche pour bien mener à terme, notre investigation à partir de laquelle nous avons répondu à nos hypothèses et

nos objectifs tracés. Dans ce qui suivre on va s'intéresser à la présentation et analyse des résultats.

1- Cas de Sabrina

1-1-Présentation du cas de Sabrina

Madame Sabrina âgée de 34ans, mariée, et mère de 4 enfants et enceinte actuellement, son niveau d'instruction est 1^{ère} années primaire c'est une femme au foyer.

1-2- Données et analyse de l'entretien clinique semi directif

Durant l'entretien Sabrina était calme, souriante, le contact est très facile avec elle, son discours est logique et précis. Sabrina nous a raconté qu'elle est atteinte d'une maladie chronique qu'est le diabète suite à une crise de nerf et son inquiétude sur le sort de sa cousine qu'elle a voulu sauver d'injures et d'infâme, un jour de ramadan.

Après quelque jours, lors de la fête de circoncision de son fils, en fournissant quelque efforts, elle se senti épuisée (fatigue excessive), qui lui donne l'envie de boire sans arrêt, elle a été transférée à hôpital où elle a découvert, pour la première fois qu'elle était diabétique, suite à un prélèvement sanguin.

Sa réaction lors de la découverte de sa maladie a été le choc et la peur en même temps car pour elle c'est une maladie sans remède. Le début de sa maladie remonte à 7ans, elle suit un traitement à base de comprimés qui est remplacé par l'insuline pendant sa grossesse. Sabrina s'adapte petit à petit à son traitement quoique ça lui fût difficile au début, elle suit bien son régime alimentaire.

Sur le plan physique

Le sujet avant sa maladie était en bonne santé, heureuse, elles se sont toujours en forme, après sa maladie elle se sent souvent fatiguées et

obsédée par la crainte qu'on lui mutile les bras, elle a dit « j'ai peur qu'on me coupe les bras ». En clinique on l'interprète comme angoisse de morcellement. Pour elle son corps n'a pas changé et elle aime toutes les parties de son corps, elle a dit « *je ne me sens pas différente par rapport aux autres* ». Ce que peut signifier en clinique une dénégation. Car le sujet sait qu'elle est malade et aussi différente des autres. Sabrina aime s'admirer, sa vision à l'égard de son corps est positif selon elle.

Sur le plan psychique

Elle est stressée, angoissée et nerveuse, ce qui a causée une perte d'appétit et l'insomnie, elle a dit « j'ai peur, je ne mange pas, je ne dors pas, je pleure et j'ai peur de mourir ». On psychologie signifie que le sujet a un angoisse de mort et on distingue aussi dans ses dires une symptomatologie dépressive.

Sur le plan relationnel

Ses relations n'ont pas changé, ni avec sa famille et ni avec son entourage. La maladie n'influence pas sur son travail à la maison parce qu'elle travaille beaucoup, afin d'oublier sa maladie. Avec ses enfants elle n'a pas changé au contraire elle est devenue plus proche d'eux. Ce qui concerne la relation conjugale, elle n'a pas constaté un changement par rapport à la relation sexuelle.

Projection d'avenir

Elle souhaite avoir une maison, et guérir de sa maladie

1-3- Présentation de protocole du Rorschach du cas Sabrina

Planch e	T. L	Texte	Enquête	cotation
I	2ss	^ C'est quoi ça ? 1-C'est comme un insecte 40ss	-un papillon selon ça forme [(RepAdd :GF ⁺ A(Ban))]	-GF ⁺ A
II	53ss	^ (concentrée sur la planche) 2-je vois le rouge comme de la poterie 3-le milieu c'est un avion 1mn39ss	-le rouge on dirait une radiographie du cerveau. [(RepAdd :DCF ⁺ Anat)] . -le milieu c'est un avion	-DCF [±] obj -DF [±] obj
III	11ss	^ (concentrée sur la planche) 4- Deux personnes qui tiennent	- Deux personnes qui ont deux pieds, deux têtes qui tiennent quelque chose.	-GKH

		quelque chose 1mn26ss		
IV	16ss	<p>5- Comme un arbre</p> <p>6- Comme un rocher</p> <p>7- ou milieu c'est un tronc d'arbre</p> <p>8- comme une montagne</p> <p>1mn03ss</p>	<p>-Un arbre qui ressemble à une montagne</p>	<p>-GF⁺Bot</p> <p>-GF⁺Frag</p> <p>-DF⁺Bot</p> <p>-GF[±]pays</p>
V	3ss	<p>9- Comme des anges qui volent</p> <p>30ss</p>	<p>-des anges qui volent selon leur forme</p>	<p>-GK(H)</p>
VI	10ss	<p>10- comme une fusée</p> <p>11- comme la mer</p>	<p>-la mer ou une fusée</p> <p>-sous forme d'un arbre [(Rep Add : GF⁺Bot)]</p>	<p>-GF[±]obj</p> <p>-GF⁻Géo</p>

		50ss	-	
VII	15ss	<p>^</p> <p>12- comme un animal</p> <p>13- comme deux chats qui se regardent et qui montent sur quelque chose.</p> <p>1mn30ss</p>	<p>-comme deux chats qui contemplant dés bout sur une montagne</p>	<p>-GF[±] A</p> <p>-D kan A</p>
VIII	7ss	<p>^</p> <p>14- comme une montagne</p> <p>15- deux animaux qui escaladent une montagne</p> <p>1mn00ss</p>	<p>-Deux animaux qui montent sur quelque chose</p>	<p>-G F⁺ pays</p> <p>-D kan A</p>
IX		<p>je n'ai pas compris, c'est une simple rature</p>	<p>-je ne vois rien</p>	<p>Refus</p>
X	9ss	<p>^</p> <p>16- le jaune c'est des araignées</p>	<p>-Selon leur forme le jaune c'est comme des araignées, par contre le</p>	<p>-DF[±] A</p>

		17- le bleu représente deux scorpions 58ss	bleu, une sorte de scorpion	-DF ⁺ A
--	--	--	--------------------------------	--------------------

Tableau n°2 : le protocole du Rorschach du cas Sabrina

Le choix + : la planche III : *« elle me plait parce qu'il y a de mouvement »*

La planche V : *« elle me plait car c'est quelque chose qui vole ».*

Le choix - : la planche : *« elle me plait pas, car je n'ai pas vraiment compris ».*

Les planches IV et VI *« elle ne me plait pas a cause de ses couleurs ».*

1-4- Analyse quantitative de Sabrina

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Synthèse
G=10 G%= 59% D= 7 D%= 41% TA= <u>GD</u>	F ⁺ = 5 F ⁻ = 1 F=13 F [±] = 7 F%= 76% F% élargi = 100% F ⁺ %= 65%	A=6 Ad= 0 A%= 35% H= 2 Hd=0 H%= 12%	R= 17 T.T= 9mn36ss T/R= 34ss T.L.M= 14ss

F ⁺ %élargi= 74%	Obj= 03
CF= 1	Anat= 0
FC= 0	Abst= 0
C= 0	Geo= 1
K= 2	Bot= 02
Kan= 2	Sex= 0
kob= 0	Frag= 1
TRI= 2 / Σ 1	Pays= 2
FC= 2 / Σ 0	Ban= 0
Rc%= 24%	Ban%= 0%
	Refus IX

Tableau n°3 : psychogramme de cas Sabrina.

1-5- L'analyse qualitative de cas Sabrina

1-5-1-l'impression générale

On a constaté à travers le protocole de Rorschach de cas, la présence d'une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses qu'est inférieur à la norme, dix sept(R=17) dans un temps de 9mn et 36ss, le temps de réaction est de 34ss qu'est inférieur à la norme 60ss témoigne la défaillance, dans le contrôle des idées, mais le temps de latence moyen est élevé dans les planches IV,VI et surtout la planche V.

Donc ces réponses sont très peu par rapport aux normes données par D. Anzieu et C. Chabert, la moyenne des réponses données par l'adulte et de trente(30) réponses. On a remarqué que le protocole de madame Sabrina n'est pas productif et ça apparaît dans le refus de la planche neuf (IX), qui reflète son impuissance de dépasser L'inhibition.

1-5-2-les modes d'appréhension

On a constaté que le nombre de réponses globales $G=59\%$ c'est un pourcentage considérable par rapport aux normes données par D. Anzieu et C. Chabert qui sont de (20%-30%) ce que signifie la nature adaptative de sujet avec la réalité extérieure, ainsi la capacité de l'appréhension de l'unification du corps. Concernant la qualité des réponses globales G , elles sont de mauvaise qualité pour certaines et de bon qualité pour les autres. On a remarqué dans le protocole de Sabrina l'apparition des réponses globales vagues (G vague) dans quatre réponses (4), elles signifient l'insuffisance de l'enveloppe, la fragilité du contenant. Dans l'autre contexte, elles peuvent être utilisées comme mécanisme de défense contre des représentations gênantes, l'hésitation entre deux images renvoyant alors à un doute de type obsessionnel (comme un rocher, comme une montagne).

Tandis que, les réponses détaillées sont $D=41\%$ c'est un pourcentage modique par rapport aux normes (60%-68%), ce que explique l'intégration de l'unification corporelle.

Les déterminants

Le pourcentage des déterminants formelles donné par le sujet sont $F=76\%$ qu'est supérieur à la moyenne (60%-65%), c'est l'indication d'un étouffement de la vie affective et pulsionnelle, d'une privation de contact immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi-même encore de tendance dépressives. ces réponses dominées par des réponses formelle imprécises ($F_{\pm}=41\%$) ce que explique l'intelligibilité de ses pensées. À propos des réponses formelles erroné $F-=6\%$ par contre $F+=65\%$ elle signifie l'utilisation de la réalité externe comme un moyen qui inhibée l'apparition de la réalité interne.

1-5-3- les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (TRI) apparaît comme un type introversif (2K / Σ 1C) qui renvoie à un fonctionnement idéationnel. Le détour du fond de la personnalité.

Les réponses kinesthésiques

Le protocole de Sabrina est caractérisé par l'apparition des réponses kinesthésiques K=2 cela indique que le sujet est intelligent, ce que témoigne la présence d'une capacité de l'élaboration des conflits.

1-5-4--réaction sensorielle

On a remarqué dans le protocole de Sabrina l'absence des réponses FC et C, mais il Ya une seul réponse CF=1. Concernant les réponses qui portent sur les contenus, on remarque : Les réponses humaines apparaissent avec un pourcentage de H=12% il est dans la moyenne, renvoie à une capacité de s'identifier à un être humain, la représentation de soi et des autres, comprendre les relations humaines. On a remarqué l'existence de (H) ce que signifie la richesse de la vie imaginaire chez le sujet. Les réponses animales existent avec un pourcentage de A=35%, elles sont dans la norme (30%-60%) c'est un indice de sociabilité et conforme, cependant on remarque l'absence des réponses banales dans le protocole en générale ce que signifie la désintégration de l'image du corps.

Le choix des planches

On trouve le choix positif dans la planche V et VII, et comme le choix négatif, les planches I, IV, VI.

Image du corps au Rorschach

Le pourcentage des réponses globales G=59%, par contre les réponses détaillées D=41% qui est inférieur à la norme, indique que Sabrina a une capacité d'unification de l'image du corps en entier avec une vision positive, car les réponses globales sont associées à des bonnes formes même s'il y a des réponses formelles imprécises peu par rapport à des réponses formelles correctes.

Dans le protocole de Sabrina on a constaté la présence des réponses humaines, en entier H=12% ce qui témoigne la capacité de Sabrina à s'identifier à un être humain, dans sa globalité. Absence de réponses anatomiques, qui signifie, le sujet a une vision positive envers son image du corps malgré l'existence d'une seule planche refus (IX), Qui renvoie à une problématique de solitudes et / ou d'abondant.

Conclusion du Rorschach

On a constaté que Sabrina a la capacité d'appréhension de l'image du corps qui indique une vision positive envers son image du corps. donc on conclut que Sabrina n'a pas une image perturbée de son corps.

Conclusion de cas Sabrina

D'après l'analyse de données obtenues à l'entretien, notre sujet souffre de certaines complications physiques et psychiques (angoisse de morcellement, angoisse de mort, crises de nerf) cause par son Diabète. Concernant son état de santé psychique le sujet sent toujours la fatigue excessive, l'angoisse, stress et la peur de l'avenir, le côté relationnel elle a des bonnes relations avec sa famille et son entourage même sa relation conjugale, rien n'a changé.

On a constaté à partir de l'entretien que le sujet a une image négative envers son corps, à partir de son utilisation des mécanismes de défense tel que la dénégarion, le refoulement, de cela le sujet a une image du corps perturbée et mauvaise malgré la production positive de projection qu'on a fait avec elle, car le sujet a continué la défense (refoulement dénégarion). La production générale de Sabrina est caractérisée par une inhibition, où elle a donné 17 réponses. L'apparition des réponses globales vagues dans ce protocole, indice de l'insuffisance de l'enveloppe, la fragilité du contenant. On peut dire que le sujet a une mauvaise image du corps d'après les données de l'entretien malgré les bons résultats de test de Rorschach car le sujet est dans l'état défensif.

2-Cas de Mourad

2-1-Présentation du cas de Mourad

Monsieur Mourad est un homme âgé de 40ans, marié, père d'un garçon, son niveau intellectuel est moyen (9AF). Il travail comme un chauffeur.

2-2-Les données et analyse de l'entretien clinique semi directif

Au début de l'entretien, Mourad a été hésite de le faire, car il n'a pas compris notre but de recherche, mais après qu'on a réexplique notre recherche et son objectif. Il a accepté de participer dans la recherche. Lors de l'entretien Mourad, parle avec hésitation, il est un peu difficile à suivre mais son discours est logique. Mourad nous a raconté qu'il est atteint, d'une maladie chronique qu'est le diabète, il a découvert sa maladie lorsqu'il prenant une douche, il s'évanouit ; incident qui l'oblige à être hospitalise pour trois jours.

Lorsqu'il a quitté hôpital, il se sentait toujours mal, affaiblit, angoissé ce qui lui provoque une perte d'appétit. Il s'adonné alors à la consommation de l'alcool et du tabac, ce qui a aggravé son état de santé, et l'oblige à consulter un médecin et faire un prélèvement sanguin, l'a suite auquel il a découvert sa maladie, le début de son diabète remonte a10ans. Mourad prend un traitement composé de comprimés avec lequel il s'adapte rapidement, et ne suit pas le régime alimentaire.

Sur le plan physique

Mourad avant sa maladie il déclare *« je marche trop, mais après être atteint, je me sens souvent fatigué, je ne peux ni trop marcher, ni trop conduire »*. Sa vision sur son image du corps selon lui est positive parce qu'il aime son corps, et aime aussi toutes les parties de son corps.

Le sujet avant son mariage, aime se regarder dans le miroir mais maintenant plus comme avant. Il se sent différent des autres, il a dit *« je me sens différent des autres parce que, je suis toujours obligé d'être accompagner de mon médicament, chose qui me dérange beaucoup »*.

Mourad accepte sa maladie qui est selon lui est une fatalité *« j'accepte ma maladie el hamd'oulah »*.en clinique c'est un recoure à la religion pour supporter son diabète.

Sur le plan psychique

Mourad, avant il est calme, mais après sa maladie il est devenu nerveux et angoissé. Le sujet dit *« j'ai un grand changement, qui est heureusement positif car ma maladie ma poussée à ne pas s'attarder dehors ; chose qui m'évite les mauvaises fréquentations et la débouche »*.

Sur le plan relationnel

Pour Mourad être atteint de diabète veut dire, dégradation, régression, recule, au niveau physique, dans le domaine du travail car il ne peut plus fournir d'effort comme avant.

Il a coupé court à ses relations avec ses amis, même ses relations dans le domaine du travail, ont changé d'abord sur le physique, il ne fournit pas d'effort comme avant, pour lui sa maladie est un obstacle pour son travail, en suite sur le plan amical, professionnel, il s'entend mal avec ses responsables. Ses relations avec sa famille n'ont pas vraiment changé, même avec sa femme. Mourad a une baisse de confiance en soi car sa femme n'est pas au courant de sa maladie.

Projection d'avenir

Il souhaite vivre dans le calme et la paix.

2-3- présentation et analyse de protocole du Rorschach du cas Mourad

Planch e	T.L	Texte	Enquête	Cotation
I	11ss	Λ 1- un masque 2- souris, c'est papillon 24ss	-c'est une sorte de masque	-GF ⁺ obj -GF ⁺ A (Ban)

II	3ss	<p>Λ</p> <p>3- je vois deux garçons qui hissent leurs mains en guise de solidarité vis-à-vis du peuple</p> <p>35ss</p>	<p>-deux garçons qui lèvent leurs mains ce sont des sportifs</p> <p>- c'est un statut</p> <p>[(RepAdd=GF⁺ Arch)]</p>	-GKH
III	6ss	<p>Λ</p> <p>4- deux filles qui prennent une marmite de couscous</p> <p>24ss</p>	<p>-deux femmes Africaines qui cuisinent</p> <p>-deux femmes préparent un plat dans une marmite</p>	-GKH (Ban)
IV	5ss	<p>Λ</p> <p>5- je vois un homme qui conduit une motocyclette</p> <p>27ss</p>	<p>- c'est un homme qui conduit une moto</p>	-GKH
V	14ss	<p>Λ</p> <p>6- je vois une chauve-souris</p> <p>32ss</p>	<p>- une sorte d'une chauvesouris, sa tête, ses pieds, ses ailes</p>	-GF ⁺ A (Ban)

			apparaissent clairement	
VI	10ss	Λ 7- la tête d'un dinosaur 28ss	-comme la peau d'un animal	-GF [±] A
VII	5ss	ΛV 8- deux petits éléphants 9- une statue 52ss	-deux petits éléphants	-DF [±] A -GF [±] Arch
VIII	2ss	Λ 10- deux tigres qui attaquent un bateau « <i>il faut une précision</i> ». 34ss	-deux tigres qui sautent sur un bateau. -au milieu c'est un bateau ancien. [(Rep Add= DF ⁺ obj)]	-D kan A
IX	36ss	ΛV 11- peut être une carte géographique. 1mn05ss	-il sourit et dit « c'est trop compliqué »	-GF ⁺ Géo

X	45ss	Λ 12- c'est une tête humaine 1mn34ss	-il tourne et retourne la planche à plusieurs reprises et dit « je ne sais rien »	-GF [±] Hd
---	------	--	---	---------------------

Tableau n°4 : le protocole du protocole du cas Mourad.

Enquête aux limites

Planche VII :

Le chercheur : « *Est ce que se n'est pas des être humains* ».

Le sujet : « *C'est possible des être humains, elle n'est pas claire* ».

Le choix+ : la planche II « *elle me plait seulement* ».

: La planche III « *ça me plait parce qu'il y a de l'activité* ».

Le choix- : la planche VI « *ça ne me plait pas ce que j'ai pas vraiment compris de quoi il s'agit* ».

: La planche VII « *ça ne me plait pas a cause de sa couleur* ».

2-4- l'analyse quantitative du cas Mourad

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Synthèse
G=10	F ⁺ = 4	A=5	R= 12

G%= 83%	F ⁻ = 0 F=8	Ad= 0	T.T= 6mn55ss
D= 2	F [±] = 4	A%= 42%	T/R= 35ss
D%= 17	F%= 67%	H= 3	T.L.M= 13,7ss
T.A=GD	F% élargi = 100%	Hd=1	
	F ⁺ %= 75%	H%= 33%	
	F ⁺ %élargi= 83%	Obj= 1	
	CF= 0	Anat= 0	
	FC= 0	Abst= 0	
	C= 0	Geo= 1	
	K= 3	Bot= 0	
	Kan= 1	Sex= 0	
	clob= 0	Frag= 0	
	TRI= 3/ ∑0	Arch= 1	
	FC= 1 / ∑0	Ban= 3	
	Rc%= 25%	Ban%= 25	
		Refus = 0	

Tableau n°5 : le psychogramme du cas Mourad.

2-5-L'analyse qualitative de Mourad

2-5-1-l'impression générale

On a constaté à travers le protocole du Rorschach, la présence d'une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses R=12, donc le sujet n'a pas donné une production, car le nombre total des réponses R est très bas par rapport à la norme donné par D. Anzieu et C. Chabert 30 réponses pour les adultes. Le temps de réaction T/R=35ss, qu'est inférieur à la norme (45ss) signifie une défaillance de contrôle des idées chez Mourad, par contre le temps de latence moyen (T. Lat. moyen) est élevé

dans certaines planches IX et X, par contre le temps total est de 6mn55ss qui est très bas par rapport à la norme.

2-5-2- les modes d'appréhension

L'apparition des réponses globales sont atteints $G = 83\%$, le pourcentage est élevé. Ce qu'ils dénotent un faible investissement du fonctionnement cognitif et une curiosité intellectuelle limitée : l'absence de combinaison et d'élaboration qui les caractérise, permet d'évoquer une certaine passivité du sujet dans l'abord du monde extérieur, un uniforme social stéréotypé, où encore une attitude défensive qui consiste à ne pas s'impliquer dans une démarche plus approfondie ou plus personnelle. La qualité des réponses globales (G), elles sont presque toutes de bonne qualité, le sujet ne se contente pas de s'attacher aux données du stimulus, mais réalise une opération mentale originale dans la perception qu'il offre de la planche.

Tandis que, les réponses détaillées sont $D = 17\%$, leur pourcentage est bas signifie que son sens dépend de la composition restante du type d'appréhensions, on note la prédominance de G simple qui renvoie à une adaptation perceptive de base, leur association à une bonne forme témoigne du caractère adaptatif du fonctionnement cognitif, en indiquant la référence possible à un objet total.

Les déterminants

Le pourcentage des réponses formelles sont $F\% = 67\%$. Ce pourcentage est supérieur à la norme, ce que désigne selon C. Chabert, D. Anzieu, l'indication d'un étouffement de la vie affective et pulsionnel, ou encore de tendance dépressives.

On remarque que le nombre de $F+ = 75\%$ c'est un pourcentage inférieur à la norme donné par C. Chabert (entre 80%-90%) ce que signifie l'utilisation de la réalité externe comme un moyen qui inhibe l'apparition de la réalité interne.

Tandis que le pourcentage de $(F-) = 0\%$ et le $(F\pm) = 33\%$, le $F\%$ élargi est élevé (100%) indique une tendance à étouffer la vie affective en utilisant principalement des mécanismes rationnels pour la contenir.

2-5-3- les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance interne (TRI) apparaît comme un type introverti pur $TRI=3K/\sum 0C$, qui signifie l'intériorisation de la vie réactionnelle où les réponses couleurs sont absentes par rapport aux réponses kinesthésiques.

Les réponses kinesthésiques

Le protocole de Mourad est caractérisé par l'apparition des réponses kinesthésiques, car on trouve trois réponses kinesthésiques humaines $K=3$ ce que témoigne la présence d'une capacité de réincarnation de l'image humaine et l'élaboration des conflits.

2-5- 4-Les réactions sensorielles

On remarque que dans le protocole de Mourad, l'absence des réponses FC et même les réponses couleur, en général sont absentes. Maintenant on passe aux réponses sur les contenus, les réponses humaines apparaissent avec un pourcentage de $H=33\%$, élevé indique une préoccupation concernant l'image du corps, donc elle a la capacité de s'identifier à un être humain et ses réponses H sont attachées à des réponses kinesthésiques qui témoignent alors des possibilités du sujet de se représenter lui-même dans un système de relations clairement défini quant à l'identité de base des protagonistes. On remarque aussi l'existence de Hd (une réponse) ce que montre l'incapacité du sujet à appréhender le corps humain dans son intégrité.

Concernant les réponses animales, A représente avec un pourcentage de $A=42\%$ qui est dans la norme (30% - 60%) indique que Mourad a une pensée stéréotypée c'est -à -dire l'indispensable possession de mécanismes mentaux automatisés, se déroulant sans intervention de la réflexion, mais si ces mécanismes tentent à devenir exclusifs, la pensée s'appauvrit. Dans ce protocole de Mourad on trouve des réponses banales ($BAN=3$ réponses) ainsi que $Ban=25\%$ c'est un pourcentage dans la norme (20%-25%) et sa signification l'adaptation sociale, élémentaire, il s'agit donc de la conformisme social, de participation à la pensée

collective .dans ce protocole apparaît aussi la capacité de sujet dans l'appréhension unie de l'image du corps, ainsi que la qualité des réponses globales (G) sont de bon qualité indiquent que Mourad a une image positive du corps.

Le choix des planches

Concernant l'épreuve des choix des planches, les choix du patient renvoient à sa compréhension des contenus des planches.

Le choix positif des planches II et III. Il a choisie la planche II sans réponse et la planche III à cause de mouvement. Tandis que le choix négatif la planche VI VII à cause de leurs couleurs.

Image du corps au Rorschach

Le pourcentage des réponses globales $G = 83\%$, supérieur à la norme, contraire aux réponses détaillées qu'est inférieur à la moyenne $D = 17\%$, témoigne que le sujet a une capacité de l'unification de l'image du corps dans sa globalité, avec une vision négatif, car les(G) associe à des bonnes formes. Concernant les réponses Humaines présentes avec un pourcentage de $H = 33\%$, qu'indique une identification à un être Humain dans sa totalité. L'absence des réponses anatomiques et l'absence de refus des planches, confirme que Mourad a une image positive en vers son corps.

Conclusion du Rorschach de Mourad

On a constaté dans ce protocole, que Mourad a une capacité de l'appréhension unie de l'image du corps, ainsi que la qualité des réponses globales définit le positivisme de l'image du corps.

Conclusion du cas Mourad

Pendant l'entretien le sujet parle avec hésitation, il vit avec cette maladie depuis dix ans, sur le plan physique, le sujet nous a décrit qu'il sent toujours de la

fatigue et se plaint d'une perte d'appétit. Sur le plan psychique l'angoisse, et s'énerve trop suite à cette maladie Mourad perçoit le traitement comme un obstacle dans sa vie. Concernant le plan relationnel, il a une mauvaise relation avec son entourage et ses amis, mais avec sa femme ses relations n'ont pas changé, sans doute parce qu'elle n'est pas au courant de sa maladie.

L'épreuve de Rorschach a montré que le sujet appréhendé l'unité de son image du corps, de bonne qualité ainsi qu'il a la capacité de s'identifier à un être humain dans sa globalité, ce que indique une vision positive de son corps.

3- Cas du Nawal

3-1-Présentation du cas de Nawal

Madame Nawal est âgée de 48ans, elle est mariée, et mère de 2 enfants (un garçon et une fille). Son niveau d'instruction est de 5ème années primaire, c'est une femme au foyer.

3-2-Données et analyse de l'entretien clinique semi directif

Durant l'entretien Nawal a été spontanée, calme et souriante, et prête à faire l'entretien, elle a été contente quand on a lui proposé de participer dans notre recherche. Elle a répondu « *sans problème, bien sûr* ». Lors de l'entretien le sujet nous a raconté qu'elle est atteinte d'une maladie chronique qui est le diabète. Elle à découvert sa maladie depuis dix ans durant le mois de ramadan, elle déclare « *je me sentais fatiguée, et je ne pouvais pas rester à jeun* ». Elle suit un régime alimentaire moyen, prend son traitement qui est constitué de comprimés, et d'insuline auquel elle s'adapte facilement et rapidement selon ses dires.

Sur le plan physique

Avant sa maladie, elle se sent toujours en forme même en travaillant mais après son corps est souvent en état de fatigue excessive, sans même fournir aucun effort physique, le sujet a dit « *quand je me lève le matin, je sens mes articulations qui se brisent et se détachent* ».

Le sujet aime se regarder dans le miroir après sa maladie, mais pour voir si elle est maigrie ou non, le sujet déclare « *j'aime toutes les parties de mon corps, mais je n'aime pas qu'on voie les rides qui apparaissent sur mes mains* ». Nawal au début a subi un choc émotionnel lors de la découverte de sa maladie, elle a déclaré « *au début je me sens pas à l'aise, je pleurais tous les temps, mais maintenant ça va* ». Le sujet semble avoir accepté sa pathologie.

Sur le plan psychique

Nawal s'énerve et se stressé rapidement. Elle se sent inquiète par rapport à l'évolution de sa maladie.

Sur le plan relationnel

Ses relations avec sa famille, aucun changement n'apparait. La maladie n'influence pas son travail, elle affirme « *j'accomplis mes tâches ménager d'ailleurs, je les aime beaucoup* ». Sa relation avec sa voisine s'est détériorée car elle accuse son mari et se méfie d'elle. Mais avec les autres non. Sa relation a changé vis-à-vis de son mari et avec ses enfants car elle est devenue nerveuses et ne supporte pas les comportements de ces enfants.

Le sujet développe un sentiment pénible vis-à-vis de son mari car elle n'arrive pas à satisfaire les besoins sexuels de son mari « *je me sens*

fatiguée et ce rapidement surtout pendant la relation sexuelle par contre à mon mari qu'est toujours en forme .il me demande souvent d'aller chez la coiffeuse ».

La projection d'avenir

Elle souhaite maigrir et vivre une belle vie. On note donc la préoccupation permanente tout au long de l'entretien par rapport à son corps à son poids, et à l'image qu'elle dégage aux autres.

3-3- présentation et analyse de protocole du Rorschach du cas « Nawal »

Planch e	T.L	Texte	Enquête	Cotation
I	5ss	^ (Sourit, je ne vois rien) 1- un simple dessin 2- en haut, le blanc c'est des yeux. 3- le blanc au milieu c'est un petit nez. 4- tous le milieu, c'est une forme d'une tête. 1mn7ss	-forme d'une tête humaine avec des oreilles sur les cotés et un nez dans le blanc. -je ne vois pas la bouche .c'est comme un masque.	-GF [±] obj -Ddb F ⁺ Hd -Ddbl F ⁺ Hd -Ddbl F [±] Hd
II	3ss	^		

		5- le noire c'est des poumons. 55ss	-Deux personnes et leurs entrailles [(Rep Add : DF [±] H)]	-DC'F ⁻ Anat
III	30ss	^ 6- deux femmes 53ss	(regarde attentivement -des pied [(Rep Add :DO F ⁺ Hd)] -deux femmes	-GF ⁺ H (Ban)
IV	8ss	^ 7- corps humain. 8- en bas, je vois des pieds. 9- en haut, je vois des mains. 10- un monstre (sourit). 1mn30ss	(silence, sourire) -un monstre avec des cornes.	-GF [±] Anat -DF ⁺ Hd -DF ⁺ Hd - G → clob F ⁺ (H)
V	2ss	^ 11- c'est une chauve-souris 45ss	Une chauve-souris avec des oreilles et des pieds. -[toute la planche]	- GF ⁺ A (Ban)
VI	2ss	^ (regard profondément avec sourire)	-long silence.	

		12- c'est un papillon. 1mn43ss	-un papillon -un poisson [(Rep Add : GF [±] A)]	-GF ⁺ A
VII	5ss	^ 13-un papillon 14-une tête humaine 59ss	-tête d'un bébé	-GF [±] A -GF [±] Hd
VIII	4ss	< > 15- deux souris sur les cotés. 16- un papillon 1mn05ss	-des animaux (souris) avec quatre pieds et une tête.	-DF ⁺ A (Ban) -GF ⁻ A
IX	5ss	v 17- j'ai imaginé un corps de l'être humain 66ss	-corps de l'être humain -le rouge représente les riens [(Rep Add : DF [±] Anat)] -le vert représente les poumons [(Rep Add : DF ⁻ Anat)]	-GF ⁺ Anat.

X	6ss	V 18- je vois des araignées qui dévorent les entrailles humaines. 1mn05ss	-des araignées et des petits insectes en haut	-D kan A
---	-----	--	--	----------

Tableau n°6 : le protocole du Rorschach du cas Nawal.

Le choix+ : la planche VIII : « *il y a plusieurs couleurs, ça donne de la joie* ».

: La planche X : « *c'est la même chose, en raison des couleurs* ».

Le choix - : la planche I « *ça me plait pas à cause de sa couleur* ».

: La planche VI « *ça me plait pas, c'est que je n'ai pas vraiment compris ?* ».

3-4- analyse quantitative du Rorschach du cas Nawal

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Synthèse
G=10 G%= 56%	F ⁺ = 10 F ⁻ = 2 F=17	A=6 Ad= 0	R= 18 T.T= 11mn08ss
D= 5 D%= 28%	F [±] = 5 F%= 94%	A%= 33% H= 2	T/R= 37ss T.L.M= 7ss
Ddbl=3	F% élargi = 100%	Hd=6	

Ddbl%=17%	F ⁺ %= 74%	H%= 44%	
TRI : G D	F ⁺ %élargi= 75%	Obj= 1	
Dbl	CF= 1	Anat= 03	
	FC= 0	Abst= 0	
	C= 0	Geo= 0	
	K= 0	Bot= 0	
	Kan= 1	Sex= 0	
	→ clob= 1	Frag= 0	
	TRI= 0 /∑ 1	Pays= 0	
	FC= 1 /∑ 0	Ban= 3	
	Rc%= 22%	Ban%= 17	
		Refus = 0	

Tableau n°7: Le psychogramme du cas Nawal

3-5- L'analyse qualitative du cas Nawal

3-5-1-l'impression générale

On a constaté à travers le protocole de Nawal, la présence d'une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses R=18 c'est un pourcentage qui est inférieur à la moyenne (20), donc le protocole n'est pas productive, il est dans un temps total de 11 mn et 08ss qui est inférieur à la norme. On a remarqué dans ce protocole que le temps de réaction est inférieur à la moyenne (37ss) qu'est un indice marqué par l'accès de rapidité, qui témoigne une défaillance, dans le contrôle des idées, par contre le temps de latence moyen, est peu pour neuf planches sauf, la planche III (30ss).

3-5-2-les modes d'appréhensions

Dans le protocole de Nawal, le nombre de réponses globales $G=56\%$, c'est un pourcentage considérable par rapport aux normes données par D. Anzieu et C. Chabert (20% et 30%) ce que signifie la nature adaptative avec la réalité extérieure, ainsi la capacité de l'appréhension de l'unification de corps. Concernant la qualité des réponses globales G , elles sont associées aux F_{\pm} et F_{-} qui sont dominantes, cela signifie une mauvaise qualité. Tandis que les réponses détaillées sont $D=28\%$ c'est un pourcentage inférieur à la moyenne (60%-68%), qui ne signifie rien par lui-même, son sens dépend de la composition restante du type d'appréhension, et dans ce cas les réponses détaillées signifie l'intégration de l'unification corporelle.

Les réponses détaillées données par le sujet, reliée au vide blanc (petit détail dans le blanc) $D_{dbl}=17\%$, renvoie à l'attraction par le blanc, car il représente une lacune, comme un défaut ou comme un manque, qui constitue l'intérêt essentiel des significations accordées aux D_{dbl} .

Les déterminants

Les déterminants formelles données par le sujet sont $F%=94\%$, c'est un pourcentage qui est supérieur à la norme (50%-70%), indique une exagération des ressources d'ordre relationnelle par étouffement de la vie affective et pulsionnelle, ces réponses sont dominées par des réponses formelles correctes 10/18 réponses et le pourcentage de $F_{+}=74\%$ qu'est inférieur à la norme (80-85%) elle signifie l'utilisation de la réalité externe comme un moyen qui inhibe l'apparition de la réalité interne. Dans ce protocole il a des réponses formelles confuses (F_{\pm}) avec un pourcentage de $(F_{\pm})=28\%$.

3-5-3-Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (TRI), apparait comme un type extratensif pur : ok / $\sum 1c$ ce que signifie ; la perte de contrôle émotionnel face aux stimuli externe. Concernant les réponses formelles couleurs qui sont à un pourcentage de RC=22%, qu'est inférieur à la moyenne (35%-37%) cela indique que la couleur altère le sujet.

Les réponses kinesthésiques

D'autre part les réponses kinesthésiques humaines sont absentes dans le protocole de Nawal signifie l'incapacité de l'élaboration de ses conflits, on le résume cela par la fragilité de l'image du corps par contre on trouve des réponses kinesthésique animales (Kan=1).

3-5-4-Les réactions sensorielles

Le sujet n'a pas donné des réponses qui renvoient aux couleurs ce qu'empêche l'apparition de la réalité affective. Les réponses qui portent sur les contenus on a constaté un pourcentage des réponses humaines (H=44%) qu'est très élevé par rapport à la norme (12%-18%) donc H élevé indique une préoccupation concernant l'image du corps.

On trouve des réponses humaines détaillées (Hd) avec un pourcentage de 33% qui indique l'appréhension détaillée ou lieu de l'appréhension globale du l'image humaine, ainsi que la présence d'une seule réponse Humaine irréel (H)=1, cela indique que Nawal a une capacité imaginaire. Les réponses animales apparient avec un pourcentage de A=33 qui est dans la norme, indique que Nawal a une pensée stéréotypée.

Concernant les réponses banales qui existent dans le protocole de Nawal avec un pourcentage de Ban=17%, inférieur à la moyenne (20%-25%), cela indique que le sujet a une tendance à ignorer les conventions sociales.

Le choix des planches

Le sujet a choisi les planches VIII et X a cause de leur couleur comme choix positif et comme choix négatif elle a choisi la planche I et VI.

Image du corps au Rorschach

Les réponses globales. (G=56%) ont un pourcentage considérable par rapport à la norme, par contre. Les réponses détaillées (D=33%) ont un pourcentage inférieur à la moyenne, cela indique la capacité de « Nawal » d'unification de l'image du corps, mais elle est d'une mauvaise qualité car les (G) Associés à (F±)= 4 réponses, et (F-) deux réponses. Ce qui attire l'attention L'apparition des réponses petit détaille dans le blanc (Ddbl=17%) qui est Supérieur à la norme, ce qui signifie l'intégration corporelle.

Concernant les réponses humaines (H=44%), dans le protocole du « Nawal » on remarque l'existence des réponses humaines détaillées (Hd=6 Réponse), cela indique L'apparition de l'appréhension détaillée ou lieu de l'appréhension globale du L'image humaine. (C'est le morcellement du corps). Les réponses anatomiques sont apparues dans 3 réponses une associée à (F-) et L'autre à (F±) ce qui signifie que le sujet a une mauvaise image vers son corps, Donc « Nawal » a une image du corps perturbée. On a constaté dans ce Protocole l'absence des réponses kinesthésiques, cela indique d'un choc Kinesthésique et un choc au rouge.

Conclusion du Rorschach

On a conclu de ce protocole de Nawal, à partir de la qualité des réponses globales (G) qui sont d'une mauvaise qualité et l'apparition des

réponses humaines détaillés et la qualité des réponses anatomiques, la présence d'une fragilité de son image du corps.

Conclusion du cas Nawal

Le sujet vit avec cette maladie depuis dix ans lors de sa découverte, elle a vécu un choc émotionnel et elle se sent inquiète par rapport à l'évolution de sa maladie, elle vit sans complication physique grave mais, a un problème physiologique (obésité).

Sur le plan physique et psychique, on note une fatigue excessive, un stress, et une irritabilité. Sur le plan relationnel, le sujet a de bonne relation avec son entourage mais concernant sa relation avec son conjoint, elle a changé sur le plan sexuel. On a renforcé cet entretien clinique semi directif par la projection qu'on a fait avec le sujet.

Concernant les résultats de test Rorschach, la production générale de « Nawal » caractérisée par une inhibition qui apparaît dans le nombre des réponses (R=18) on remarque dans le protocole de sujet, a une capacité d'appréhension globale de l'unité corporelle, mais cette unité de son image du corps est négative, ça apparaît dans la mauvaise qualité des réponses globales. Tandis que les réponses anatomiques qui apparaissent dans le protocole sont associés à (F-) et (F±) ce qui signifie une mauvaise image du corps.

On peut dire que les résultats obtenus dans le protocole de Rorschach et l'entretien sont complémentaires car le sujet, n'a donné que quelques indices de son image du corps mais le protocole a confirmé que le sujet a une mauvaise image du corps.

4- Cas de Yamina

4-1-Présentation du cas de Yamina

Madame Yamina, âgée de 50 ans, mariée, mère de sept enfants (3 garçon et 4 fille), est une femme au foyer, elle est analphabète, issue d'une famille diabétique.

4-2- Données et analyse de l'entretien clinique semi directif

Durant l'entretien Yamina était calme, souriante, elle s'est montrée coopératif, et elle répondait à toutes les questions.

Le sujet nous raconté qu'elle est atteinte d'une maladie chronique qu'est le diabète, découvrant sa maladie après les analyses faites suite à son intervention chirurgicale de goitre. Le début de sa maladie remonte à 8 ans, consciente de la gravité de son cas, elle commence à faire le régime alimentaire et prendre son traitement constitué des comprimés, auxquelles elle s'adapte difficilement, elle nous a relaté sa souffrance au début de sa maladie, elle avait des troubles de sommeil et des insomnies de nuit, elle est hospitalisée plusieurs fois suite à la mal observance du traitement.

Sur le plan physique

Yamina a souligné qu'avant sa maladie, elle se sent en forme et active mais après sa maladie son corps est souvent en état de fatigue. Et l'apparition des complications comme une diminution de l'acuité visuelle, et une hypertension artérielle. Les changements subies par son corps l'empêche même de s'admirer, le sujet déclare « *avant j'aime m'admirer mais après ma maladie, je ne supporte plus me voir dans le miroir parce que mon visage est toujours pâle, et je commence à maigrir sans raison apparent malgré un appétit conservé* », elle a

dit « *j'ai peur de mourir sans assister au mariage de mon fils inné* » en clinique cela désigne un angoisse du mort.

Le sujet ne se sent pas vraiment différent des autres et elle aime toutes les parties de son corps, elle a dit « j'aime toutes les parties de mon corps mais je n'aime pas qu'on voit les rides qui apparaissent sur mon visage ».

Sur le plan psychique

Yamina accepte sa maladie et vit avec, elle a dit « *c'est un fatalité à laquelle on ne peut pas s'échapper, il faut avoir de la patience car c'est mon destin* » en clinique en appel sa le recours à la religion. Le sujet s'énerve et se stresse elle déclare « *je le supporte pour éviter l'angoisse* ».

Sur le plan relationnel

Ses relations avec sa famille sont inhabituel, ses relations ne suivent pas le cours normal, elle a dit « *mes enfants essaient toujours de m'éviter* ». Avec son entourage ses relations sont changée, parce qu'elle a coupé court avec ses voisines.

Concernant sa relation conjugale, elle n'a pas changé, son comportement à l'égard de son mari, mais par rapport à la relation sexuelle, il y a un changement, le sujet a une baisse de l'appétit sexuelle en clinique cela veut dire un baisse de la libido.

Projection d'avenir

Elle souhaite la réussite et la prospérité pour ses enfants et assister au mariage de son fils inné.

4-3- Présentation et analyse de protocole du Rorschach du cas de Yamina

planch e	T.L	texte	Enquête	Cotation
I	5ss	^ 1-oiseau 2-tête de vache 1mn00ss	-c'est un oiseau avec ses ailes sur les cotés	-GF ⁺ A (Ban) -GF ⁻ Ad
II	3ss	^ 3-une pierre 4-c'est un cœur 45ss	-comme la pierre -comme j'ai dis c'est un cœur	-GF [±] Frag -GF ⁻ Anat
III	4ss	^ 5- Au milieu c'est un papillon 6-carte géographique 1mn15ss	-c'est un papillon -sur les cotés de l'herbe d'un arbre [(Rep Add=DF ⁺ Bot)]	-DF ⁺ A (Ban) -GF ⁻ Géo
IV	6ss	^ 7-un arbre 8-au milieu un	-un arbre -au milieu tronc	-GF ⁺ Bot -DF ⁺ Bot

		tronc d'arbre 35ss	fleurissant	
V	2ss	^ 9- Comme la mer 10-chauve- souris 45ss	-ressemble à une chauve- souris en haut	- GF [±] Géo -GF ⁺ A (Ban)
VI	4ss	^ 11-corps humain 12-un papillon 58ss	-se forme d'un corps humain -un papillon	-GF ⁻ Anat. -GF ⁻ A
VII	3ss	^ 13-au milieu c'est l'estomac 14- √ animal découpé en deux 15-deux poupées 1mn2ss	-au milieu se forme d'un estomac -deux poupées	-DF ⁻ Anat. -GF ⁻ A -G F ⁺ obj
VIII	5ss	^ -16 sur les cotés deux	-deux tigres ou deux chats	-DF ⁺ A

		chiens - 17 images en couleurs 1mn20ss	-une image	-GF ⁺ symb
IX	7ss	∨ 18-c'est une image de peinture 40ss	-ressemble à une image qui pleine de couleurs	-GCF ⁺ Frag
X	18ss	∧ 19- en haut « Makam El Chahid » 20-le jaune au milieu est des bottes 1mn30ss	-ressemble beaucoup à « Makam El Chahid » -le jaune est des chausseurs	-DF ⁺ Arch -DCF ⁻ obj

Tableau n° 8 : le protocole du Rorschach du cas Yamina

Enquête aux limites :

La planche III

Le chercheur : « *ce n'est pour vous des êtres humains ?* »

Le sujet : « *non pour moi ce n'est pas des êtres humains* ».

La planche VII

Le chercheur : « *réfléchissez bien que pensez vous de cette planche, se sont pas des être humain ?* »

Le sujet : « *je ne sais pas, c'est possible* ».

Le choix + : planche VIII : « *ça me plait a cause de sa couleur* ».

Planche X : « *ça me plait et puis c'est tout* ».

Le choix - : Planche I: « *ça me plait pas par ce qu'elle est compliquée* ».

- Planche VII : « *ça me plait pas a cause de sa couleur* ».

4-4-L'analyse quantitative du cas Yamina

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Synthèse
G=14 G%= 70% D= 6 D%= 30 T.A=GD	F ⁺ = 10 F ⁻ = 8 F=20 F [±] = 2 F%= 100% F% élargi = 100% F ⁺ %= 55% F ⁺ %élargi= 55% CF= 2 FC= 0 C= 0 K= 0 Kan= 0 clob= 0 TRI= 0/ \sum 2 FC= 0 / \sum 0 Rc%= 25%	A=6 Ad=1 A%= 35% H= 0 Hd=0 H%= 0% Obj= 2 Anat= 3 Abst= 0 Geo= 2 Bot= 2 Symb= 1 Frag= 2 Arch= 1 Ban= 3 Ban%= 15	R= 20 T.T= 9mn50ss T/R= 29ss T.L.M= 5,7ss

		Refus = 0	
--	--	-----------	--

Tableau n°9 : le psychogramme du cas Yamina

4-5-L'analyse qualitative du cas Yamina

4-5-1-l'impression générale

Dans le protocole de Yamina le nombre des réponses est de vingt réponses $R=20$, de cela le sujet a donné une productivité assez bien par rapport à la norme donnée par D. Anzieu et C. Chabert (20-30 réponses) dans un temps de 9mn et 50ss. Le temps de réaction est de 29ss qui est inférieur à la moyenne témoigne la défiance dans le contrôle des idées. concernant le temps de latence moyen est de 5'',7ss.

4-5-2-mode d'appréhension

Le nombre des réponses globales données par le sujet est $G=70$, c'est un pourcentage élevé supérieur à la moyenne (20%-30%), indice d'un faible investissement cognitif et une curiosité intellectuelle limitée : l'absence de combinaison et d'élaboration qui les caractérisent permet d'évoquer une certaine passivité dans l'abord du monde extérieur, un uniformisme social stéréotypé, ou encore une attitude défensive qui consiste à ne pas s'impliquer dans une démarche plus approfondie ou plus personnelle.

La qualité des réponses globales G sont presque toutes de mauvaise qualité car la moitié sont associées en F^- et F^\pm et l'autre moitié sont associées en F^+ , mais elles sont de mauvaise qualité car elles viennent de registre animale et botanique, ainsi que le sujet a évité d'intégrer dans ses réponses toute image humaine, ce qui renvoie à une unification de l'image du corps, mais c'est une image corporelle

négative. Tandis que les réponses détaillées sont de $D=30\%$, c'est un pourcentage inférieur à la moyenne, qui ne signifie rien par lui-même, son sens dépend de la composition restante du type d'appréhension, et dans ce cas les réponses détaillées signifient l'intégration de l'unification corporelle.

Les déterminants

Les déterminants formelles donnés par le sujet sont $F\%=100\%$, c'est un pourcentage qu'est supérieur à la norme (50%-70%), indique une exagération des ressources d'ordre relationnelle par étouffement de la vie affective et pulsionnelle, privation de contact, immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi-même. ces réponses détaillées dominées par des réponses formelles correctes (4réponses), sur (6réponses) détaillées indiquent que le sujet a un mode de fonctionnement courant.

4-5-3-les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Le type de résonance intime (TRI) apparait comme un type extratensif ($ok / \sum 2C$) ce que signifie, la perte de contrôle émotionnel face aux stimuli externe. Les réponses kinesthésiques dans le protocole de Yamina sont absentes qui se caractérisées par un rétrécissement de la personnalité et désinvestissement psychologique et relationnel. L'absence des réponses kinesthésiques humaines (K H), dans le protocole de sujet c'est un indice de l'incapacité de la résolution des conflits et la difficulté de l'intégration de l'image humaine, ainsi que la fragilité de l'image du corps.

4-5-4 - les réactions sensorielles

On a remarqué dans ce protocole l'absence des réponses FC, FE, Fclob. On a constaté dans le protocole de sujet l'absence des réponses humaines qui renvoient à une inhibition dans les relations humaines .et l'incapacité de s'identifier à une image humaine. Donc la présence d'une pathologie grave concernant la problématique de la construction de l'identité, on le constate surtout dans l'absence des réponses humaines dans la planche III et VII.

Les réponses animales appartient avec un pourcentage de A= 35 % qu'est dans la norme .indique que yamina a une pensée stéréotypée. Dans ce protocole on a remarqué l'existence des réponses anatomiques (3) qui sont associées à F- c'est un indice de la perturbation et la fragilité de l'image du corps du sujet. L'existence des réponses banales avec un pourcentage de 15% qui est inférieur à la norme (20%), cela signifie que le sujet a une tendance à ignorer les conventions sociales.

Le choix des planches

Le sujet a choisie les planches VIII et X comme choix positif et les planches I et VII comme choix négatif.

Image du corps dans le Rorschach

On a constaté dans le protocole de sujet l'apparition des réponses globales G =70%, indice d'un faible investissement cognitif et l'apparition des réponses détaillées D=30%, signifient l'intégration de l'unification corporelle. Donc le sujet a une capacité d'appréhender l'unité de l'image du corps, mais d'une mauvaise qualité car elles viennent de registre animale, botanique et aussi elles sont associées en F- et F±, on note aussi l'apparition des réponses anatomiques(3) réponses

associés en F-, prouve que le sujet a une fragilité de son image du corps. Tandis que l'absence des réponses humaines dans ce protocole signifie que le sujet a une inhibition dans les relations humaines et le non identification à une image humaine.

Conclusion du Rorschach

On a conclu dans le protocole du sujet, l'existence de l'inhibition dans les relations humaines et l'incapacité à s'identifier à une image humaine, ainsi que la fragilité de son image du corps et sa vision négative vis-à-vis son corps et sa à cause de l'apparition des réponses anatomiques et le faites qu'elles sont déterminées par F-.

Conclusion du cas de Yamina

Durant l'entretien le sujet était calme, souriante, elle vit avec cette maladie depuis 8ans, sur le plan physique, le sujet nous a décrit qu'il est toujours dans la fatigue, et l'apparition des complications. Sur le plan psychique, le sujet s'énerve, et se stressé. Cette relation n'est pas changée avec sa famille ou avec son entourage, mais on note une perturbation de la vie conjugale.

Le test de Rorschach a montré que le sujet a donné une productivité assez bien grâce aux nombres des réponses (20 réponses), et il a une capacité de l'appréhension globale de l'unité de son l'image du corps grâce aux nombre des réponses globales G, mais elles sont de mauvaise qualités à cause de l'absence des réponses humaines et le nombre des réponses anatomiques accompagnant les mauvaises formes, ce qui confirme la vision négative de sujet en vers son image du corps.

5-Cas du Karim

5-1-Présentation de cas

Monsieur « Karim » est un homme âgé de 55ans, marié, père de sept enfants (4 garçons et 3 filles). Son niveau d'instruction est de 2^{eme} années moyennes. Il travail comme un agent administratif.

5-2- Les données et analyse de l'entretien

Durant l'entretien, Karim s'est montré coopératif avec un bon contact et une participation affective à l'entretien, son discours est structuré et logique, il évoque facilement des souvenirs (suite à un dépistage). Lors de l'entretien, il nous a raconté, qu'il est atteint d'une maladie chronique héréditaire qui est le diabète, suite à un dépistage après un trouble digestif urinaire. Le début de sa maladie remonte à 12ans. Concernant son traitement, il est mis directement sous comprimés, au début ça lui était difficile de le supporter, mais il a réussi à s'adapter après quelque temps. Ce sujet respecte les rendez-vous médicaux, il suit les conseils de son médecin traitant, il dit « *chaque trois mois, je rends visite au médecin lui présentant un bilan* ».

Le sujet suit un régime alimentaire régulier, en même temps il donne beaucoup d'importance à l'activité physique, il affirme « *l'activité physique fait partie du traitement, c'est pour ça je fais du sport régulièrement* ».

Sur le plan physique

La vision du sujet sur son image du corps était positive après et avant sa maladie. Il déclare « *bien sûr j'aime m'admirer* ». Le sujet ne se sent pas différent des autres. Il voit son corps comme une unité

complète, car il dit « *j'aime toutes les parties de mon corps et il n'ya pas de différence entre elles* ». *Le sujet n'a pas subi de complications physiques.*

Sur le plan psychique

Karim accepte sa maladie et vit avec, car c'est une fatalité à laquelle on ne peut pas s'échapper. Il déclare « il faut avoir de la patience, car c'est un test divin ». Cette affirmation est interprétée comme un recours à la religion pour supporter sa maladie, qu'est un type de soutien, mais aussi de sens à sa situation, ce qui lui permet de trouver un étayage. Le sujet s'énerve et se stressé, mais il essaie toujours de l'éviter et de la dépasser (vaincre) cette sensation.

Sur le plan relationnel

Sur ses relations avec sa famille et son entourage, il déclare « *que toutes ces relations sont habituelles et normales, il n'ya aucun changement* ». Le diabète n'influence pas son travail et n'altère pas ses relations avec ses collègues, ainsi avec ses enfants. En ce qui concerne la relation conjugale, elle n'a pas changé, ses comportements à l'égard de sa femme. Mais par rapport à la relation sexuelle, il y a un changement. Le sujet a une baisse de l'appétit sexuelle, c'est-à-dire la baisse de libido.

La projection d'avenir

Le sujet souhaite la réussite de ses enfants, ce qui montre que Karim investit sa famille.

5-3- présentation et analyse de protocole du Rorschach du cas Karim

Planch e	T.L	Texte	Enquête	Cotation
I	6ss	<p>Λ</p> <p>1- je vois un papillon</p> <p>2-deux choses qui sont réunies</p> <p>3- feuille du platane ancien</p> <p>4-forme d'un animal</p> <p>1mn40ss</p>	<p>-je ne sais pas, c'est - deux choses qui sont réunies.</p> <p>-un animal</p>	<p>-GF⁺A (BAN)</p> <p>-G/DF[±] obj</p> <p>-GF⁺Bot</p> <p>-G F[±]A</p>
II	3ss	<p>Λ</p> <p>5- je vois l'entrée du pharynx</p> <p>6-le rouge en bas c'est la maladie</p> <p>1mn10ss</p>	<p>-l'entrée de pharynx</p> <p>-le rouge à l'intérieur c'est des amygdales</p> <p>-[Rep Add= DCF⁻ Anat)]</p>	<p>-DF[±] Anat.</p> <p>-DCF⁻ Abst</p>
III	5ss	<p>Λ</p> <p>7-bassin féminin</p> <p>40ss</p>	<p>-à l'intérieur en bas c'est un bassin</p> <p>-le rouge sur les cotés</p>	<p>-DF⁺ Anat</p>

			c'est des reins [(RepAdd :DF ⁺ Anat)]	
IV	7ss	v 8- Au milieu, la colonne vertébrale 9-En bas c'est un bassin 55ss	-c'est aucun sens -C'est une plante [(Rep Add :GF ⁺ Bot)]	-DF ⁺ Anat - DF ⁺ Anat
V	2ss	Λ 10- c'est un animal 11-quelque chose qui vole 12-forme d'un oiseau 1mn05ss	-c'est un oiseau	-GF ⁺ A (Ban) -G/D kan obj -G F ⁺ A
VI	4ss	Λ 13-C'est un cliché radiographique 14-Au milieu, la	-D'un coté médicale c'est un cliché radiographique (je ne	-GF ⁺ Anat. -DF ⁺ Anat.

		colonne vertébrale 47ss	sais pas) -toute la ligne médiante entière	
VII	8ss	^ 15- quelque chose qu'on voit dans une écographie 16- au milieu le blanc c'est un bassin 58ss	-quelque chose de flou -un appareil d'écographie	-G/DF [±] Anat -Dbl F [±] Anat
VIII	9ss	< 17-deux animaux 18- Au milieu la forme d'un arbre 19-En haut la crâne 1mn15ss	-dessin des animaux (les ours) ->Au milieu sont des rochers [(RepAdd=DF ⁺ Frag)] -^un Arber [(Rep Add=GF ⁻ Bot)]	-DF ⁺ A -DF ⁺ Bot -DF ⁻ Anat
IX		^v - Aucune idée	-je n'ai rien trouvé	-refus
X	3ss	< 20- deux crapauds (silence) rien	-des crapauds dans le bleu	-DCF ⁻ A

		35ss	-des animaux de la mer [(RepAdd=GC F [±] Anat)]	
--	--	------	--	--

Tableau n°10 : le protocole du Rorschach du cas Karim.

Le choix+ : planche : V : « *ça me plait par ce que c'est un oiseau qui vole* ».

Le choix - : le reste des planches (9 planches) « *ça ne me plait pas* ».

Enquête aux limites

Planches III

Le chercheur : « *est ce que ça signifie pas pour vous des êtres humains* »

Le sujet : « *ce n'est pas des êtres humains* »

Planches V : « *c'est une chauve-souris* »

Planches VII : « *pour moi ce n'est plus des être humains* »

5-4- l'analyse quantitative du cas Karim

Modes d'appréhensions	Déterminants	Contenus	Synthèse
G=9 G%= 45% D= 10	F ⁺ = 11 F ⁻ = 3 F=19 F [±] = 5	A=6 Ad= 0 A%= 30%	R= 20 T.T= 9mn05ss T/R= 27ss

D%= 50	F%= 95%	H= 0	T.L.M= 5,22ss
Dbl=1	F% élargi = 100%	Hd=0	
Dbl%=5%	F ⁺ %= 71%	H%= 0%	
T.A=G D Dbl	F ⁺ %élargi= 72%	Obj= 2	
	CF= 2	Anat= 9	
	FC= 0	Abst= 1	
	C= 0	Geo= 0	
	K= 0	Bot= 2	
	Kan= 1	Frag= 0	
		Pays= 0	
	TRI= 0 / \sum 2	Ban= 2	
	FC= 1 / \sum 0	Ban%= 10%	
	Rc%= 20%	Refus = IX	

Tableau n°11: le psychogramme du cas Karim.

5-5-L'analyse qualitative du cas Karim

5-5-1-L'impression générale

Le sujet a donné une productivité assez bien où ses réponses ont atteint vingt réponses dans un temps de 9mn, 5ss. Le temps de réaction est de 27ss, qui est inférieur à la moyenne témoin la défiance dans le contrôle des idées. Concernant le temps de latence moyen (T. Lat. moyen) est peu, qui est aussi inférieur à la moyenne.

5-5-2-mode d'appréhension

Les réponses globales données par le patient est G=45% C'est pourcentage considérable par rapport aux normes données par D.

Anzieu, 20% ce que signifie la nature adaptative de sujet avec la réalité extérieure, ainsi la capacité de l'appréhension de l'unification du corps.

La qualité des réponses globales sont toutes d'une mauvaise qualité ces réponses renvoient à une unification de l'image du corps, mais d'une mauvaise qualité, car elles viennent d'un registre animal vers le registre botanique, le sujet commence par un niveau supérieur à un niveau inférieur. Ainsi que le sujet a évité d'intégrer dans ses réponses toute image humaine ce qui renvoie à une image corporelle négative et à une incapacité de s'identifier à un être humain.

Tandis que les réponses détaillées sont de $D=50\%$, C'est un pourcentage proche de la moyenne qui est 60% selon D. Anzieu, ce qui explique l'intégration de l'unification corporelle .les réponses détaillées données par le sujet reliées au vide blanc sont $D_{bl} \% = 5 \%$.

Les déterminants

Concernant les déterminants formels donnés par le sujet sont $F \% = 95\%$ qui est supérieur à la moyenne entre 60% à 65% , ce pourcentage est élevé indique selon C. Chabert et D. Anzieu, étouffement de la vie affective et pulsionnelle, tandis que la privation de contact immédiat, spontané avec le monde ambiant et avec soi même et en fin tendances dépressives. On remarque dans ce protocole de Karim la présence de $F^- = 3$ et $F_{\pm} = 5$ Ces réponses sont dominées par des réponses formelles correctes $F^+ \% = 71\%$, C'est un pourcentage qui est inférieur à la norme, par contre $F^- \% = 15\%$, ce qui signifie ; l'incapacité du sujet à s'adapter à la réalité extérieure.

Dans le protocole apparaît aussi les réponses formelles confuses (F_{\pm} avec un pourcentage de $F_{\pm} = 25\%$ ce que explique intelligibilité de ses pensées.

5-5-3- les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

Là on s'intéresse au type de résonance intime, absence des réponses kinesthésiques et deux réponses couleurs, le type de résonance intime (TRI) apparaît comme un type extratensif $0k/\sum 2C$.

L'absence des réponses kinesthésiques, se caractérise par un rétrécissement de la personnalité et désinvestissements psychologiques et relationnels.

Les réponses kinesthésiques

L'absence des réponses kinesthésiques humaines (KH), dans le protocole, signifie l'incapacité de la résolution des conflits et la difficulté de réincarnation ou l'intégration d'une image humaine ainsi que la subséquemment, la fragilité de l'image du corps.

5-5-4- les réactions sensorielles

On a remarqué l'absence des réponses FC et FClob dans le protocole. L'absence des réponses humaines dans le protocole ,renvoie à une inhibition dans les relations humaines et l'incapacité de s'identifier à une image humaine, ce que signifie la présence d'une pathologie grave dans la problématique de la construction d'une identité, tout ça est constaté surtout dans l'absence des réponses humaines dans la planche III, les réponses animales appartiennent avec un pourcentage qui est inférieur à la norme $A\%=30\%$ dans le protocole de sujet, renvoient à l'inadaptation sociale, on remarque aussi l'existence des réponses anatomiques supérieures de celle des réponses animales $A=9$ réponses ce qui signifie la fragilité de l'image du corps.

Le nombre des réponses banales sont inférieures à la moyenne (Ban : 10%) qui témoigne d'une tendance à ignorer les conventions

sociales, et un déficit de l'adaptation vers une originalité de fonctionnement individuel.

Le choix des planches

Concernant l'épreuve de choix des planches ; le sujet a choisi la planche V comme choix positif, elle renvoie à l'identité et à la représentation de soi, plutôt que simplement au schéma corporel. Concernant le choix négatif, le reste des planches. Alors dans ce protocole, on a constaté la fragilité de l'image du corps du sujet et l'inhibition dans les relations humaines et l'incapacité à s'identifier à une image humaine.

Image du corps au Rorschach

On a constaté dans le protocole de Karim, l'apparition de réponses globales G avec un pourcentage considérable G=45%, ainsi que l'apparition des réponses détaillées D=50%, ce que signifie la capacité de sujet a appréhendé l'unité de son image du corps, mais ses réponses ont de mauvaise qualité, car elles viennent toutes de registre animal. On note aussi l'apparition des réponses anatomiques (Anat.=9réponses), la majorité sont associés à (F±) et (F-), on remarque la prédominance des réponses détaillées, ce qui renvoie à une tendance de morcellement chez le sujet.

Ainsi que l'absence des réponses kinesthésiques humaines, c'est un indice de choc à la kinesthésie. Dans le protocole de Karim, on a remarqué l'absence des réponses Humaines, cela signifie une inhibition dans les relations Humaines et la non identification à une image Humaine.

Conclusion du Rorschach du cas Karim

On a conclu dans le protocole de sujet, la fragilité de l'image du corps et sa vision négative vis-à-vis de son corps et ce à cause des réponses anatomiques et le fait qu'elles sont déterminées par des (F±).

Conclusion du cas Karim

D'après l'analyse des résultats obtenus à l'entretien clinique semi directif, notre sujet ne souffre pas des complications physiques. Du côté relationnel, il a de bon relations soit avec sa famille, ou avec son entourage. Mais on note une perturbation dans sa vie conjugale.

Le test Rorschach a montré que le protocole de Karim a donné une productivité assez bien. Le sujet a une capacité de l'appréhension globale de l'unité de son corps grâce au nombre des réponses globales G, mais elles sont d'une mauvaise qualité, a cause de l'absence de réponses humaines et le nombre considérable des réponses Anatomiques accompagnant les mauvaises formes et le choc kinesthésique. Ce qui confirme que le sujet a une vision négative de son image du corps.

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discutées selon les résultats obtenus dans la pratique.

-La première hypothèse**L'image du corps chez un diabétique est mauvaise et perturbé.**

D'après l'entretien clinique et les résultats de l'analyse de protocole de nos sujets, nous avons abouti à la confirmation de notre hypothèse pour la majorité des cas. Il s'est avéré que nos sujets n'ont pas pu accepter leur corps après avoir été atteint du diabète.

Le cas du Sabrina par exemple qui est gagnée par une fatigue excessive après être atteinte du diabète. Elle est tourmentée par la crainte qu'on lui mutile les bras.

D'après l'analyse des résultats du protocole de Sabrina, On a constaté une contradiction avec sa déclaration dans l'entretien qui présente une image du corps mauvaise et perturbée, ce qui se signifie que notre sujet est dans le déni et le refoulement et cela comme un moyen de défense de son image. Ainsi que le refus dans la planche IX, renvoie à une problématique de solitude et/ ou d'abandon. Une déclaration instinctive qui prouve qu'elle est réellement gênée complexée par l'image de son corps.

Idem pour **Mourad** qui déclare qu'il était actif mais malheureusement, il est devenu, après sa maladie moins énergétique et fournit moins d'efforts dans ses activités physiques. Il ajoute aussi qu'il se sent un peu différent des autres, ce qui démontre qu'il est gêné et complexé par l'image de son corps.

Toutefois, le test Rorschach a prouvé le contraire, on le constate à partir la capacité du sujet a appréhendé globalement l'image du son corps, qui apparait dans le nombre des réponses globales $G= 83 \%$ qui se sont associées à des formes correctes. C'est-à-dire les résultats d'analyses du protocole contredisent ses réponses dans l'entretien. Cette contradiction nous mène à conclure que notre sujet est perturbé psychologiquement, au point où il n'arrive même pas à se situer.

Le cas du Nawal qui est toujours fatiguée et voit sa santé physique se dégradant d'une manière incessante, ce qui lui a provoqué le stress et l'angoisse dans sa vie quotidienne et soucis à propos des résultats de l'évolution de sa maladie et l'image qui se elle dégage pour les autres.

Concernant les résultats obtenus dans le protocole de Nawal on a constaté une prédominance d'une inhibition qui apparait dans le nombre des ses réponses $R= 18$ qu'est inférieure à la norme. Ainsi que l'apparition des réponses anatomiques qui sont associées à (F-) et (F±). Ce que signifie que Nawal à une image mauvaise et perturbée de son corps.

Concernant **le cas du Yamina** de sa part déclare qu'elle était actif mais malheureusement, elle est devenue, après sa maladie moins énergétique qu'elle a subis plusieurs complication tel que une hypertension. Les changements subis par son corps, ont provoqué chez elle une perturbation sur le plan psychique tel que le stress, l'angoisse de mort.

Dans l'analyse de protocole du Rorschach du cas yamina, on a constaté l'apparition des réponses anatomiques qui sont associé à (f-).

Et les réponses globales (G=70%), indique que le sujet a une capacité d'appréhender globalement, l'unité de son image du corps, mais d'une vision négative car ses réponses sont de mauvaise qualité, les G qui sont associés à (F-) et (F±). Ce qui signifie que Yamina a une image mauvaise et perturbée de son corps.

Même choses avec notre dernier cas, celui **du Karim**, qui déclare qu'il a une vision positive de son corps. Il voit son corps comme unité harmonieuse complète et sans défaut.

Mais l'analyse du protocole du Rorschach a démontré que ses réponses lors de l'entretien n'est qu'une dissimulation de sa gêne et de son mal-être, vis-à-vis des autres. Les résultats du protocole nous renseignent sur la fragilité de l'image du corps qui apparaît dans la mauvaise qualité des réponses globales (G=45%), mais elles sont de mauvaise qualité, car elles viennent du registre animal, ainsi que l'inhibition dans les relations humaines qui sont confirmées. Elles indiquent, aussi, le non-identification à une image humaine. Ce qui signifie que l'image de son corps est mauvaise et perturbée.

-La deuxième hypothèse

L'adulte diabétique trouve des difficultés d'adaptation dans son environnement relationnel, cela se reflète à travers une altération de ses relations avec son entourage.

Pour vérifier notre hypothèse, nous avons procédé à l'analyse des entretiens cliniques des cinq cas où quatre ont confirmé notre hypothèse avancée préalablement. La véracité de notre hypothèse se constate à travers les réponses obtenues de nos sujets lors de l'entretien et de notre analyse thématique.

Le cas du Sabrina qui a déclaré que ses relations n'ont pas changé ni vis-à-vis de ses enfants, ni même sur le plan sexuel, problème rencontré et reconnu par tous les diabétiques. Cas que nous jugeons exceptionnel et qui reste à vérifier, et qui nous a poussés à nous interroger sur sa déclaration.

Cas Mourad, il est devenu trop réservé, et a coupé court avec ses amis, ainsi que dans son domaine professionnel, il s'entend mal avec ses collègues de travail et ses responsables.

Comme sa maladie a engendré en lui des tourments, une baisse de confiance en soi et un sentiment de culpabilité parce que sa femme n'est pas au courant ce qui cache aussi un sentiment de honte face à la maladie.

Concernant **cas du Nawal**, le diabète a développé en elle des sentiments de gêne et d'infériorité vis-à-vis de son époux qu'elle n'arrive pas à satisfaire sexuellement, ce qui conduit parfois au divorce.

Le cas du Yamina qui a déclaré que ses relations n'ont pas vraiment changé, mais elle a remarquée un changement au niveau des relations sexuelles ; une baisse de libido que peut causer une frustration au sien du couple.

Le quatrième qu'est le dernier cas démentit notre hypothèse **Cas de Karim** quoique son comportement n'a pas vraiment changé mais il a remarqué une dégradation au niveau des relations sexuelles ; une baisse d'appétit sexuelle, c'est-à-dire la baisse de libido qui influence négativement sur l'état psychique de son épouse qui conduira, automatiquement à une altération même involontaire de son comportement.

Conclusion générale

Ce travail de recherche nous a permis d'enrichir nos connaissances que nous avons apprises durant les cours théoriques à l'université, et vérifier la véracité ou la fausseté de nos hypothèses. Notre enquête sur l'une des maladies chroniques (le diabète); nous a permis, aussi, de dégager les différentes conséquences subies par les sujets.

Nous rendons compte de la gravité de cette maladie qui prend de l'ampleur dans le monde; les statistiques nous ont choqués par leur montée considérable depuis 2004 à nos jours. Le nombre des diabétiques en 2012 est de 371 millions dans le monde.

Dans notre recherche intitulé « l'image du corps chez les adultes diabétiques », que nous avons réalisé dans un établissement publique la clinique « *beau-séjour* », où on s'est intéressé à comprendre et à aider les adultes diabétiques à surmonter leur état de santé et supporter leur maladie.

Pour réaliser notre recherche, on s'est appuyé sur l'entretien clinique semi directif et le test du Rorschach pour avoir des résultats fiables.

Sur le plan physique cette maladie peut engendrer certains changements comme la prise du poids chez certains patients et le contraire (la maigreur) chez d'autres, et la fatigue excessive.

Il faut noter que ces mutations ont un impact sur les troubles psychologiques qui se manifeste sur le sujet atteint, tel que l'angoisse, le stress et la dépression.

D'après l'analyse de cinq cas cliniques présentés et les résultats de notre travail, on a constaté que pour nos cas en majorité, nous avons abouti à la confirmation de notre hypothèse selon laquelle : « *l'image*

du corps chez les adultes diabétiques est mauvaise et perturbée», ainsi, qu'ils trouvent des difficultés dans leurs vie conjugales, surtout leurs relations sexuelles ».

Nous espérons que, par le biais de cette recherche nous avons contribué à comprendre les souffrances des diabétiques, et réussi à caractériser et comprendre l'état psychologique de cette catégorie de malade. Aussi, particulièrement, d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles pour d'autres recherches ultérieures, nous formulons les propositions suivantes :

-Est ce que la diminution de la fonction sexuelle provoque chez les diabétiques une Frustration au sein de couple ?

-Quelle est la nature de la représentation de soi chez un adulte diabétique ?

Liste bibliographique

La liste des ouvrages

- 1- Anzieu. D (1985), « Le moi peau », Paris, Edition Dunod.
- 2- Anzieu. D ; Chabert.C. (1961), « Les Méthode projectives », Paris, Edition Quadrige, Puf.
- 3- Bardin. L (2003), « L'analyse de contenu », Paris, 11^{ème} Edition PUF.
- 4- Bernald. P. (1977, « Sémiologie psychiatrique », Paris, Edition Bréal.
- 5- Bernaud .J.L (1998), « Les méthodes d'évaluation de la personnalité » Paris Dunod.
- 6- Bénony. H ; Chahraoui. KH. (1999) « L'entretien clinique », Paris, PUF.
- 7- Beizmann.C. (1966), « Livret de cotation des formes dans le Rorschach » Paris, Edition Centre de Psychologie Appliquée (CPA).
- 8- Bioy. A ; Fouques. D. (2002), « Manuel de psychologie du soin », Paris Edition Bréal.
- 9- Bouche. G. et all, (2004), « Module 1 (DCEM- Epreuves Classements Nationales) », De Boeck Supérieur.
- 10- Braconnier. A. (2006), « Introduction à la psychopathologie », paris Edition Masson.
- 11- Castrède. M. F (2003), « Introduction à la psychologie clinique », Paris Edition Belin.
- 12- Chabert. C. (1983), « Le Rorschach en clinique adulte », Paris, 3^{ème} Edition Dunod.
- 13- Chabert. C. (1998), « La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach » Paris, 2^{ème} Edition Dunod.
- 14- Chabert. C. (2004), « psychanalyse et méthode projective », Paris, Dunod.

- 15- Chahraoui. KH. ; Bénony. H. (2003), « Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, Dunod.
- 16- Chicouri. M. J. (1983), « Diabète », Paris, Edition Masson.
- 17- Damiens-Delloye. B. (1985), « Diabète et nutrition », Paris, Edition Vigot.
- 18- Dolto. F. (1984), « L'image inconsciente du corps », Paris, Edition du Seuil.
- 19- Douget. F. (2000), « De la passivité à la gestion active du traitement de sa maladie », Paris, Edition L'harmattan
- 20- Freud. S. (1905), « trois essais sur la théorie de la sexualité », Paris, 3^{ème} Edition Gallimard, 1987.
- 21- Grimaldi. A. et all, (1987), « Le diabète et les hypoglycémies », Paris Edition Médicales Internationales(EMI).
- 22- Grimaldi. A, et all, (2009), « Guide pratique de diabète », Paris, 4^{ème} Edition Elsevier, Masson.
- 23- Haynal. A. et all, (1987), « Médecine psychosomatique », Paris, Edition Masson.
- 24- Hennen. G. (2001), « Endocrinologie », Edition de Beock université
- 25- Jacqueline. R. (2009), « Manuel de test Rorschach », Bruxelles, Beoch
- 26- Lacon. J. (1994), « La relation d'objet », Paris, Edition Seuil.
- 27- Lubetzki. J. et all, (2005), « Endocrinologie et maladies métaboliques » Edition Flammarion. –
- 28- Mareau. C ; Vanek. A. (2004), « L'indispensable en psychologie », France Edition Studyrama.
- 29- Meloupou. J.P. (2013), « Manuel de psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent », Paris, L'harmattan.
- 30- Nasio. J. D. (2007), « Mon corps et ses images », Paris, Edition Payot.

- 31- Paillé. P. ; Mucchielli. A. (2005), « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales », Paris, Armand Colin.
- 32- Perlemuter. L. et all, (2000), Diabète et maladie métabolique », Paris 3^{ème} Edition Masson.
- 33- Pedinielli. J.L, (2005) « Cours de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (psychologie des maladie somatique) », Paris, IED.
- 34- Pontalis. J. B. (1971), « Nouvelle revue de psychologie », Paris, Gallimad
- 35- Roman. P. (2006), « Les Epreuves projectives dans l'examen psychologique » Paris, Edition Dunod.
- 36- Schilder. P. (1968), « L'image du corps », Paris, Edition, Gallimard.
- 37- Sperando.J.C. (1983), « L'ergonomie du travail mental », Paris 2^{ème} Edition Masson.
- 38- Vanier. A. (2005), « Élément d'introduction à la psychanalyse », Paris Edition Armand Colin.
- 39- Weil- Brais. A; cupa. D. (2008), « 100 fiches de psychologie », Paris Edition Bréal.

Les dictionnaires

- 40- Delamare. G. (2009), « Dictionnaire illustré des termes de médecin » Malouine, Edition Elsevier, Masson.
- 41- La planche. J. ; Pontalis. J. B. (1994), « Vocabulaire de psychanalyse » Paris, Edition PUF.
- 42- Quevauvilliers. J. (2007), « Dictionnaire médicale », Paris, 5^{ème} Edition Masson.
- 43- Sillamy. N. (2003), « Dictionnaire de psychologie », Larousse, VUEF.

Les articles

44- Chakib. M. (2011), « Santé », in Mag- n°01, Decembre, p 31.

45- Condamin.Ch. (2006), « Corps démembré, corps supplicié, corps massacré », in Champ psy 1, n° 41, pp122-142.

46- Fournier. C. et all, (Septembre, 2010), « Le diabète un problème de la société », in Le médecin de Québec, Vol.45, n°9, pp 56-60.

47- Jouzier. E. (2007), « L'histoire de diabète », in Laboratoire de biochimie fondamentale et clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques, Université Victor- Segalen Bordeaux 2,146, Rue- Léo- Soignat.

48- Morel. D. (septembre, 1981), « Démentions psychologique du diabète », in Can. FAM. Physician. Vol 27, pp 1309-1311.

49- N. Rausch de Traubenberg. (1983), « Les techniques projectives 2 », Tome 28-2, pp98-211.

50- Snoek. F. (juillet, 2002), « Le côté humain du diabète », Diabètes in Voice Vol 47, n° 02, pp 37-40.

51- Zebci et all, (2005), « La représentation de soi chez l'enfant instable à travers le test Rorschach »,in Psychologie clinique et projective 1, n°11, pp309-321.

Les thèses

52- Automne. E. (2006), « Approche psychologique et clinique des maladies somatiques », septembre, Paris 13.

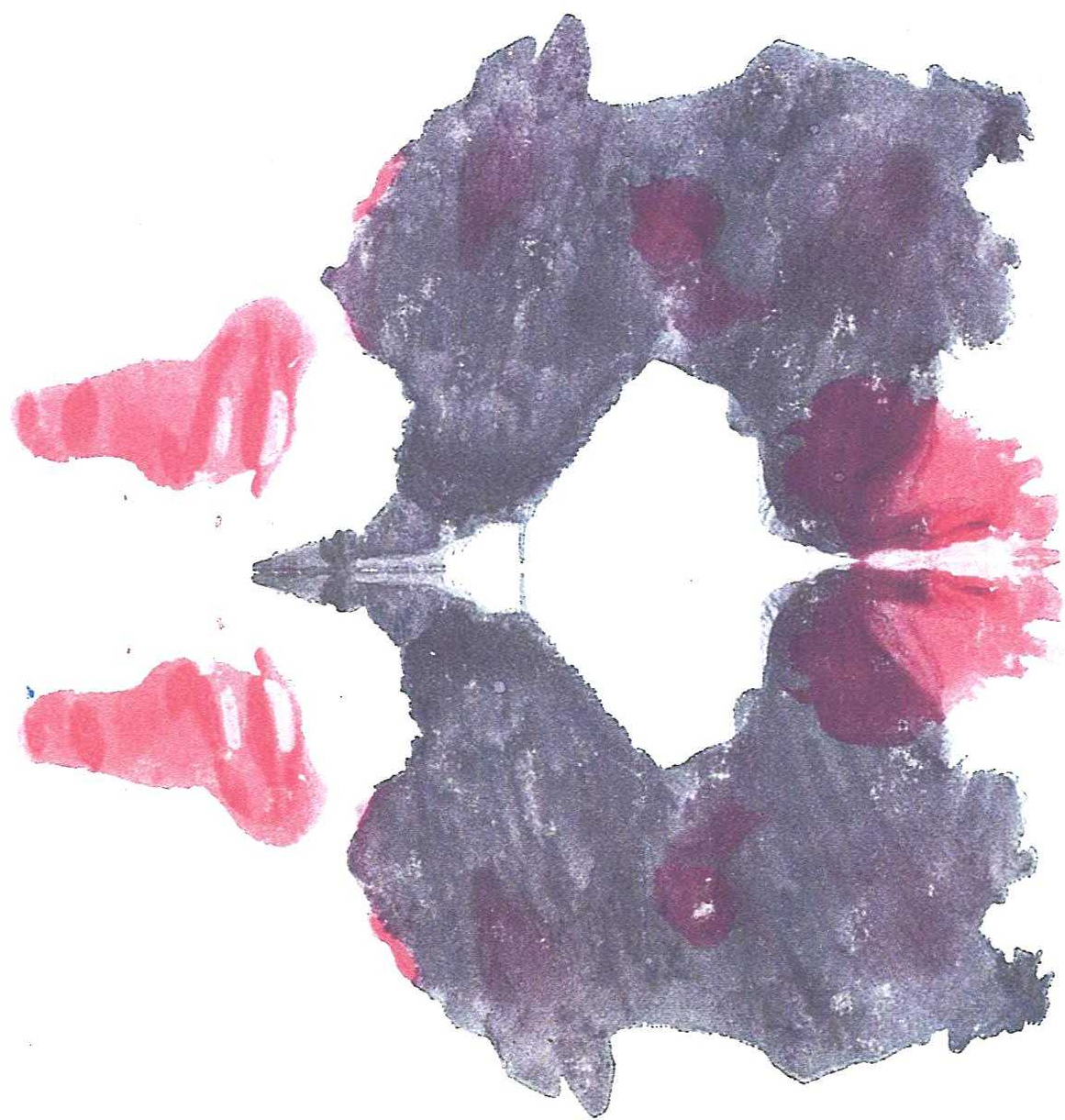
Les sites d'internet

- URL : WWW.Cairn. Info/ Revue- Champ- Psychosomatique- 2006-1- page 122. htm.DOI : 10. 3917/ Cpsy.041.0129.

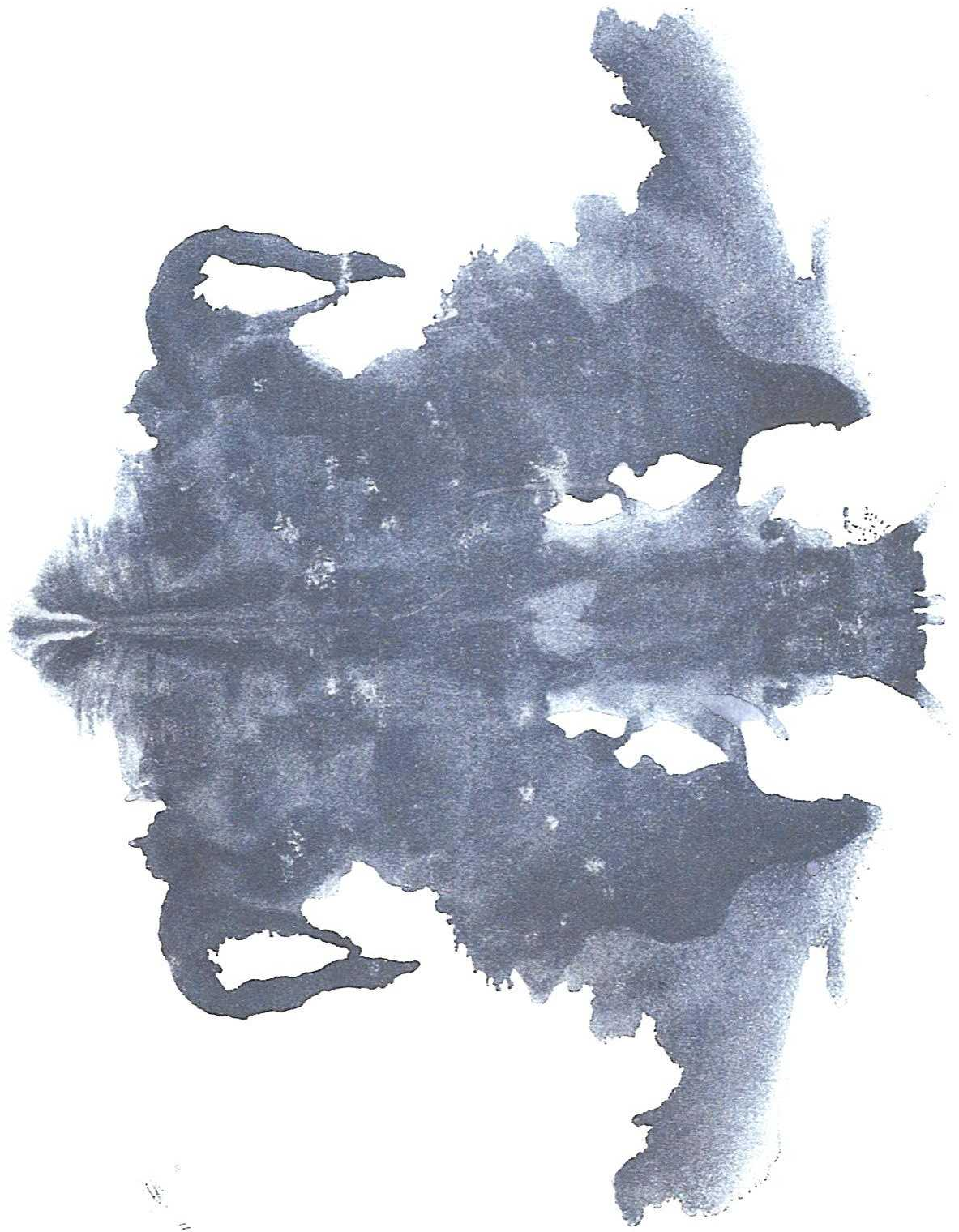
- URL : WWW. Cairn. Info/ Revue- psychologie- clinique- et – projective-2005-1-page- 309.htm.

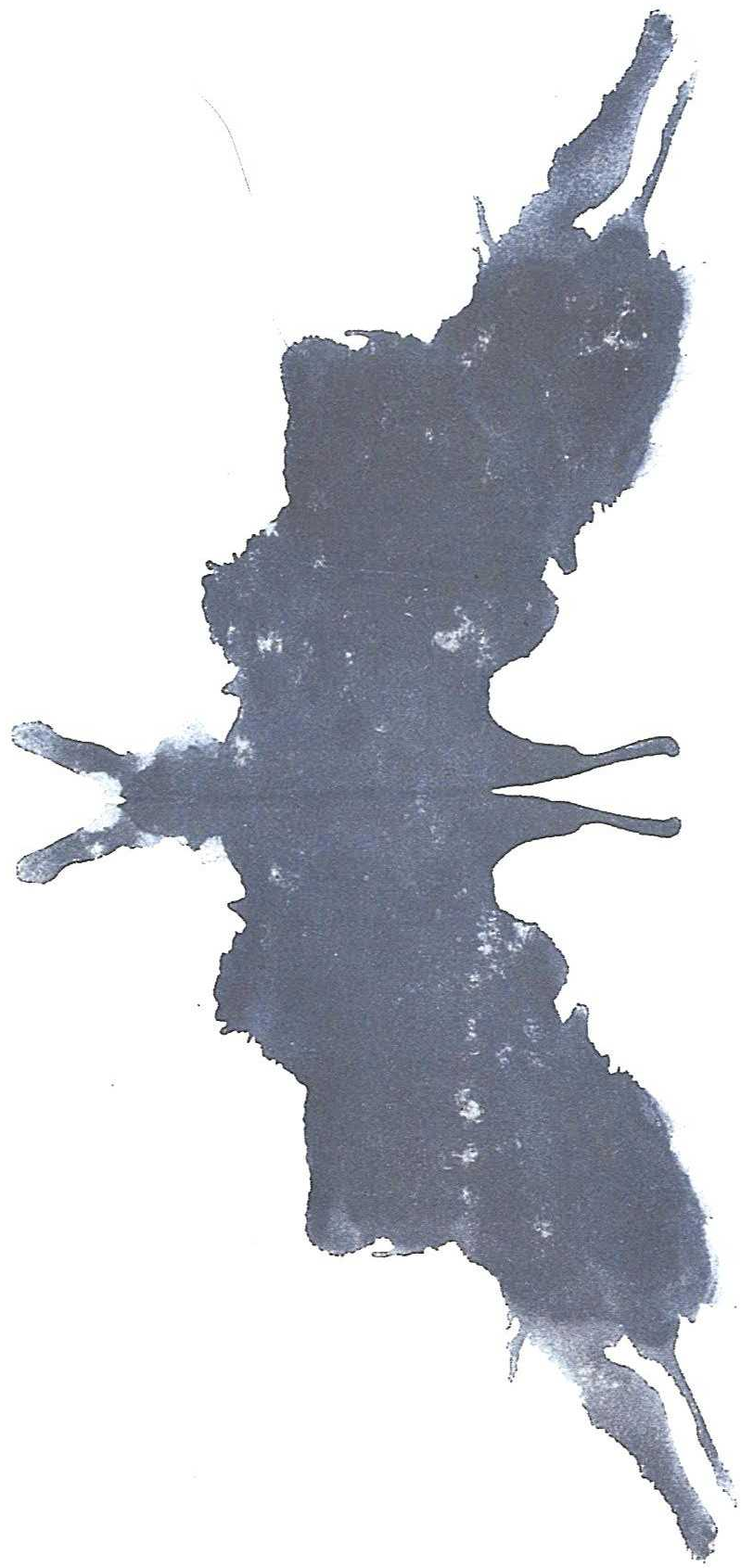
Annexe I : le test de Rorschach

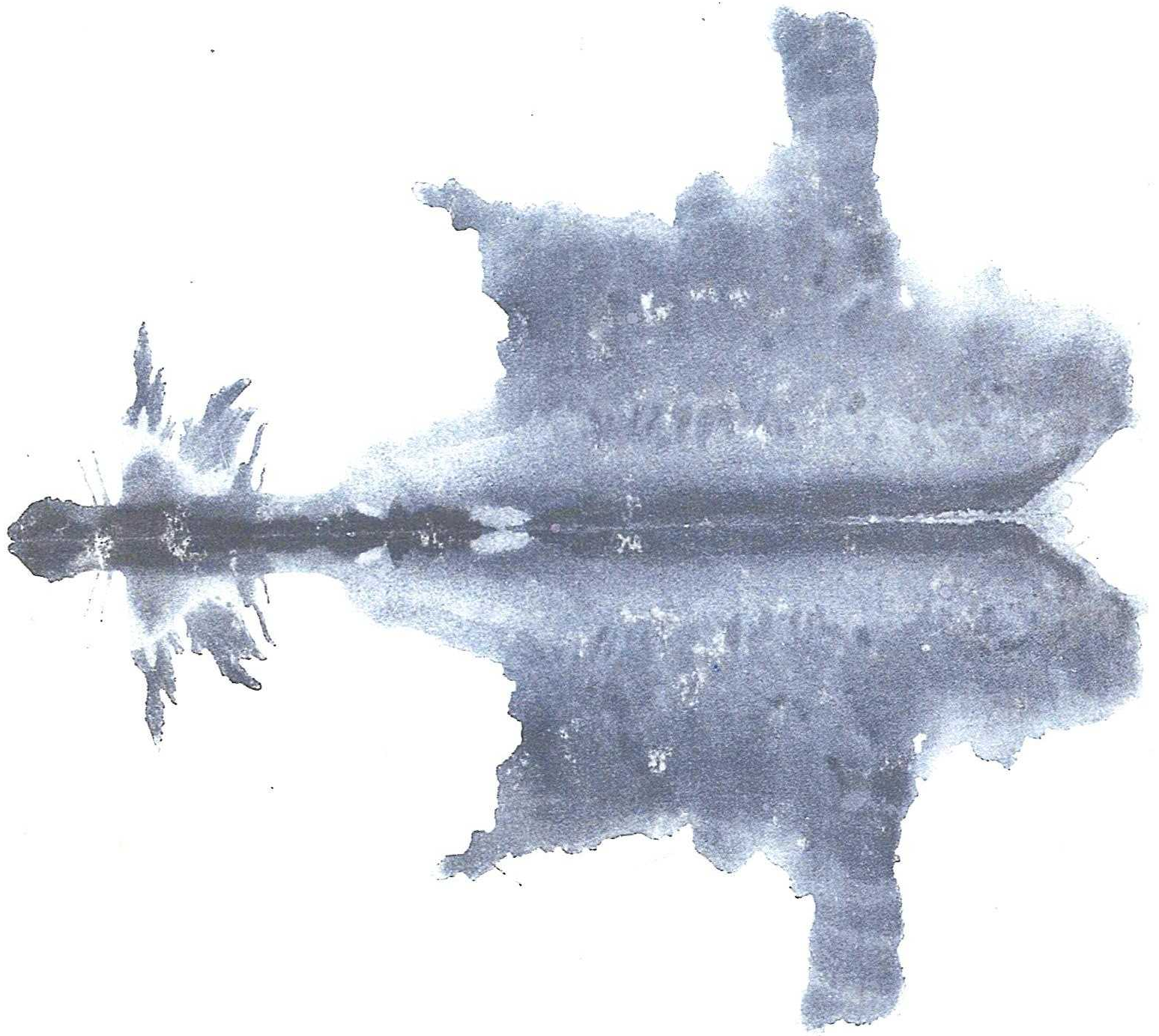


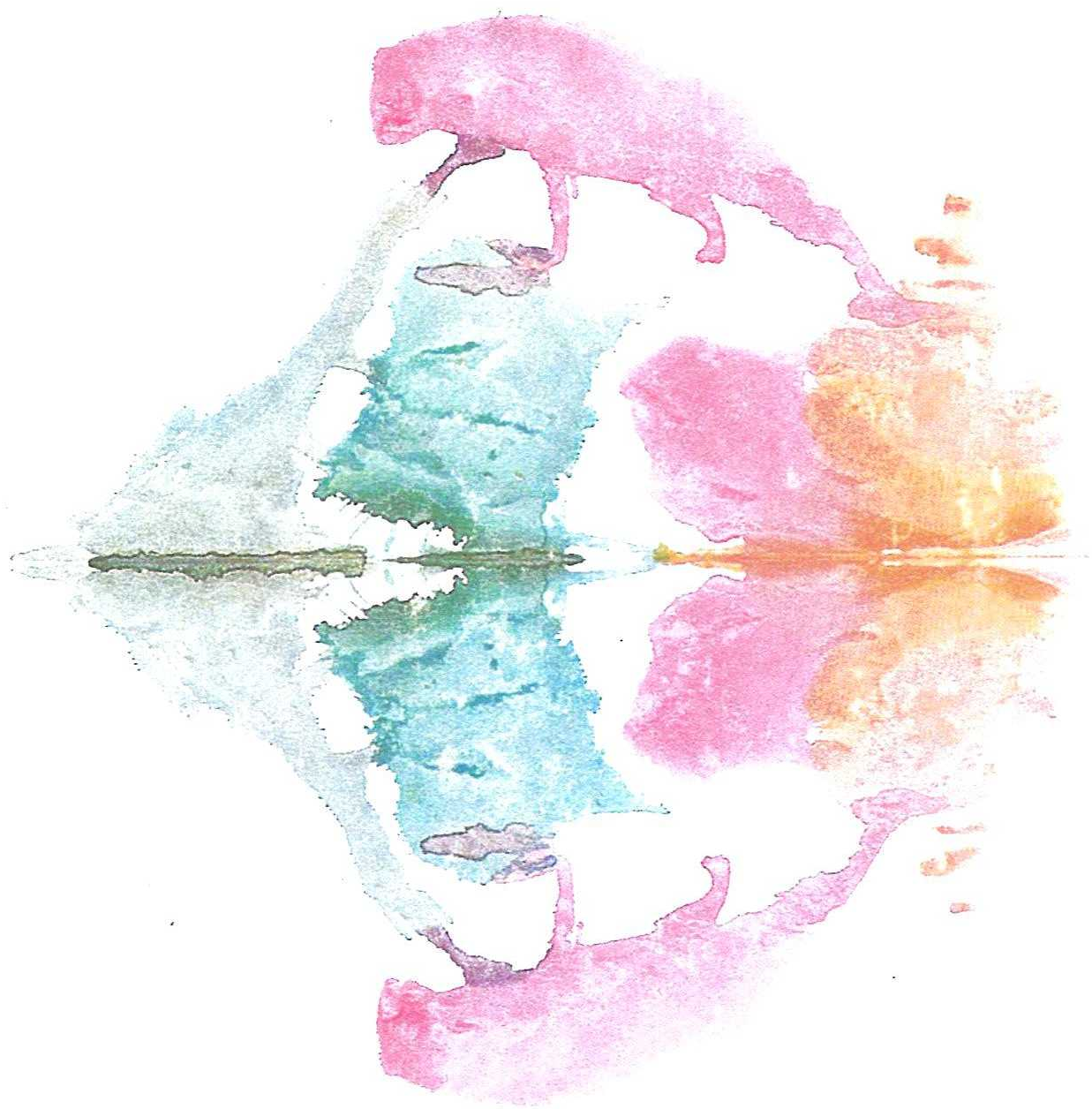




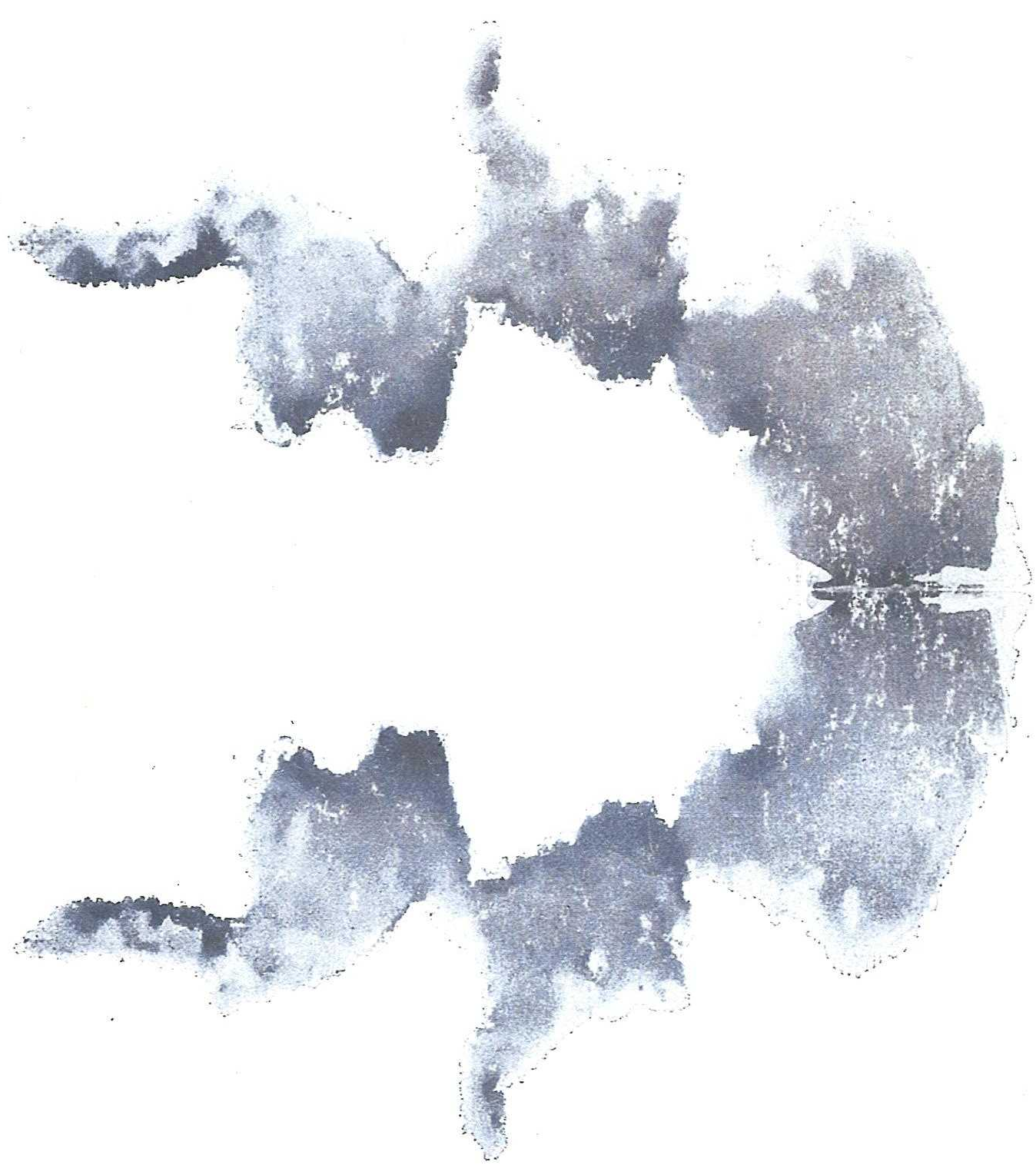


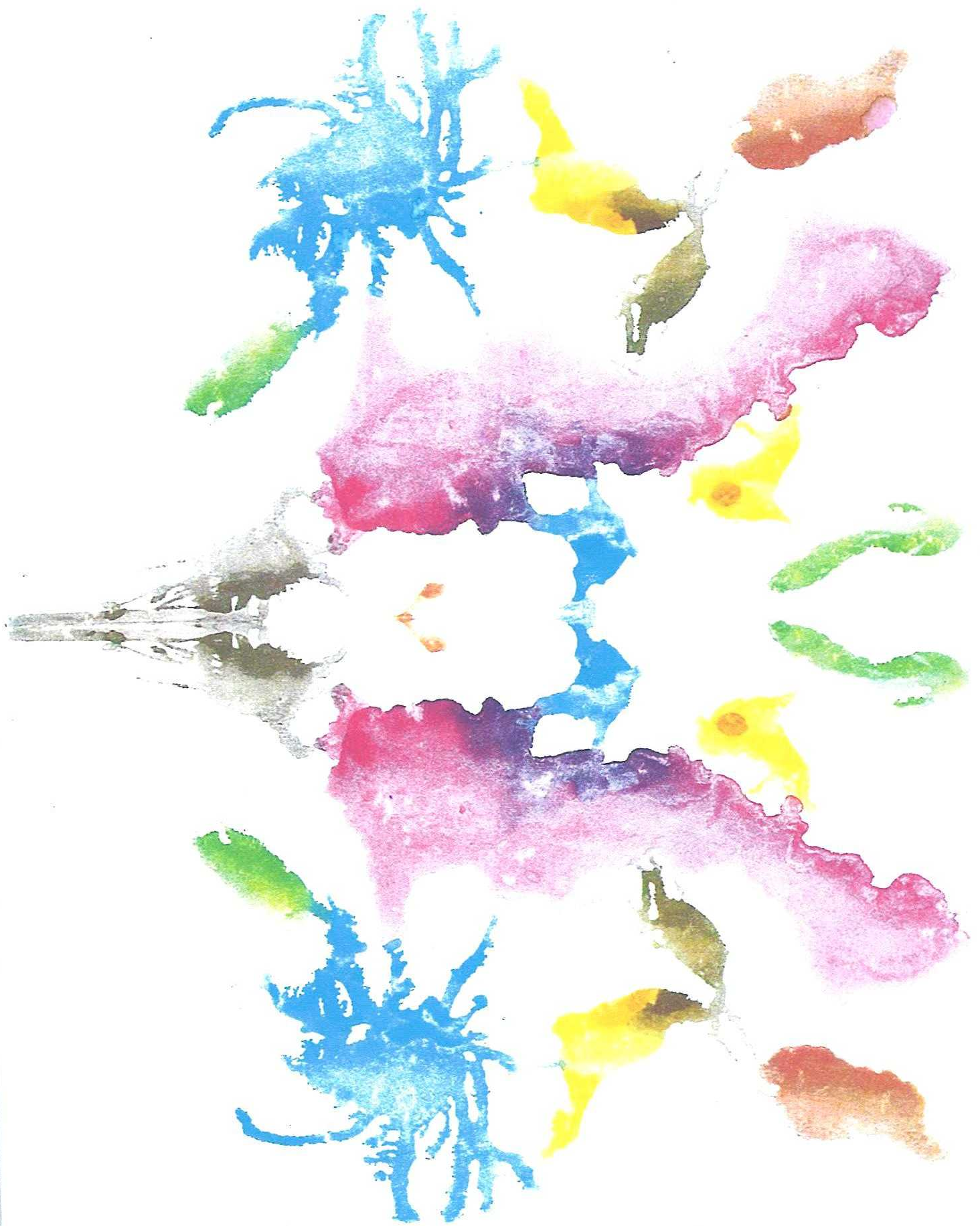












Résumé

Notre recherche aborde la question de « *l'image du corps chez les adultes diabétiques* »

Notre objectif de recherche est de connaître l'impact du diabète sur l'état psychique du sujet, ainsi que sur le côté relationnel.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons opté pour l'étude de cas nous sommes servis de l'entretien clinique semi directif, et le test Rorschach.

Après de nos cinq cas était que l'image du corps chez les diabétiques est mauvaise et perturbée. Quant au relationnel, nous avons comme hypothèse : l'adulte diabétique trouve des difficultés d'adaptation dans son environnement relationnel, cela ce reflète à travers une altération de ses relations avec son entourage.

Mots clés : le diabète, image du corps, la relation, le Rorschach.

Summary

Our research addresses the issue of "body image in adults with diabetes". Our research objective is to know the impact of diabetes on the mental state of the subject, as well as the relational side.

To conduct this research, we chose the case study we used the semi-directive clinical interview and the Rorschach test.

From our five cases was that body image in diabetics is bad and upset. As for the relationship, we hypothesized: adult diabetic is adjustment difficulties in the relational environment; it reflects this through a deterioration of its relations with its environment.

Keywords: diabetes, body image, relationship, Rorschach.

