



*Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales*

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie clinique
Thème

La représentation de soi chez les femmes stériles

Etude clinique de trois(03) cas à travers le Rorschach réalisée au sein de

L'unité hospitalière de Targa-Ouzemour Bejaia

Réalisé par :

IZEM Souhila

MOUALEK Samira

Encadré par:

D' GACI. Khelifa

Année universitaire 2018/2019

Remerciements

*Nous tenons tout d'abord à remercier le dieu le tout
Puissant, le clément, le très miséricordieux de nous avoir
donné la vie, le courage, et les potentialités nécessaires pour
accomplir ce travail.*

Ensuite, nous tenons à remercier notre promoteur Dr : Kh.

*Gaci qui nous avait parfaitement guidé et encouragé tout le
long de la réalisation de ce travail.*

*Nous tenons aussi à remercier tous les membres de jury
d'avoir accepté ce travail.*

*Nous remercions chaleureusement M^{me} Louiba, la psychologue
de l'unité hospitalière TARGA OUZEMOUR, ainsi que toutes
les femmes ayant accepté de participer à cette recherche.*

*Nos remerciements s'adressent aussi à toutes les personnes
qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce
mémoire.*

Dédicaces

Je dédier ce modeste travail :

*A mes très chère parents pour leurs amour, leur soutient, leurs
Sacrifices et leurs encouragement que ce travail soit pour eux un
modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse, que dieu
les protège et les gardes en bonne santé.*

*A mon cher mari que j'aime énormément, qui m'a encouragé
et soutenu.*

A mes chers frères :

Sofiane et ziri.

*Ainsi qu'à tous mes amis et à tous ceux que
J'épreuve amour et respect.*

Samira

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail,

- *A mes chères parent pour tout ce qu'ils m'ont apporté depuis toujours, leur amour, leur soutien, leur patience, leur encouragements, pour leur sacrifice, leur aide et de m'avoir toujours rassurée et soutenue dans mes choix, que ce modeste travail soit eux un modeste témoin de ma profonde affection et tendresse Que dieu les protège et les garde en bonne santé.*
- *A mon promoteur monsieur Gaci khelifa qui m'a aidé. Tout au long de mon parcours dieu le protège.*
- *A ma très cher binôme Samira*
- *A mon très cher futur mari Koceila*
- *A mes beaux-parents, Boualem et Hamida.*
- *A mes cher frères Chouaib, Lakhel et Yanis*
- *A mes chères sœurs Hassiba et Djazia ainsi que leur époux Kamel et Miloud*
- *A mes chères neveux Saci Adam et Mohamed ainsi que ma nièce Tassadit*
- *A mes beaux-frères Ali et Yanis*
- *A ma belle-sœur Cylia*
- *A tous mes cousins et cousines surtout Sofiane et Lydia*
- *A mes très chères copines*
- *A toute ma famille de près et de loin*

Souhila

Sommaire

Remerciement

Dédicaces

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des abréviations

Introduction ----- 1

Partie théorique

Chapitre I : représentation de soi et ces conceptualisations

Préambule----- 5

1-Définitions ----- 6

1-1 Définitions de la représentation psychique----- 6

1-2 le Développement de représentation mentale----- 6

1-3 Représentation en psychanalyse : ----- 7

1-4 Le soi : ----- 8

2 -Les dimensions de soi : ----- 9

2-1 les principales composantes du soi : ----- 9

2-2 L'estime de soi -----12

2-3 l'image de soi : -----14

2-4 Conscience de soi : -----15

2-5 Perception de soi : -----21

3-les théories de soi : -----16

3-1 les approches psychanalytiques : -----16

3-2 les approches non psychanalytique -----19

4- Représentation de soi-----	21
4-1 Histoire de soi -----	21
4-2 Le moi et le soi -----	22
4-3 Définition de la représentation de soi -----	23
4-4 La réflexion sur la représentation de soi -----	23
Conclusion de chapitre-----	25

Chapitre II : La stérilité et complexe d'œdipe

Préambule-----	26
1- La stérilité sur le plan médicale -----	26
1-1 Définition de la stérilité féminine -----	26
1-2 Types de la stérilité -----	26
1-2-1 Primaire :-----	26
1-2-2 Secondaire_ -----	26
1-2-3 Stérilité psychique -----	26
1-3 L'anatomie de l'appareil génitale féminine -----	27
1-4 la notion physiologique de la reproduction -----	28
1-5 Diagnostique de la stérilité féminine -----	29
1-6 Les causes de stérilité -----	31
1-7 le traitement de la stérilité : -----	32
2- La stérilité sur le plan psychologique :-----	33
2-1 le désir d'enfant chez la femme : -----	33
2-2 L'enfant imaginaire : -----	34
2-3 La stérilité et complexe d'œdipe : -----	35
2-4 La stérilité et castration féminine -----	36
2-5 La stérilité et problème sexuelles :-----	37
2-6 Les troubles psychologiques chez la femme stérile -----	38
2-7 L'estime de soi chez les femmes stériles :-----	38

Conclusion de chapitre -----	40
------------------------------	----

Le cadre générale de la problématique

1- la problématique-----	42
2- les hypothèses -----	45
3- les raisons de choix de thème-----	46
4- les objectifs -----	46
5- Définition opérationnelle des concepts clés -----	46

La partie pratique

Chapitre III: méthodologie de la recherche

Préambule-----	50
1- La pré-enquête : -----	50
2- La méthode de la recherche-----	50
3- La présentation de groupe d'étude et ses caractéristiques -----	51
3-1- La présentation du groupe d'étude : -----	51
3-2- Les critères d'inclusion de groupe d'étude : -----	51
3-3- Les caractéristiques de groupe d'étude : -----	51
4- lieu et durée de l'étude :-----	52
5- Les difficultés de la recherche :-----	52
5-1 Les difficultés d'ordre théoriques :-----	52
5-2 Les difficultés d'ordre pratique : -----	52
6- Les outils de la recherche :-----	53
6-1 l'entretien clinique :-----	53
6-2 le guide d'entretien-----	53
6-3 Le teste Rorschach -----	54
6-4 La grille de représentation de soi de Nina Rauche au rorschach -----	59
7-Déroulement de la recherche-----	61
Conclusion de chapitre-----	63

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule-----	65
1- présentation et analyse des cas :-----	65
1-1 présentation de cas de Sonia-----	65
1-2 Présentation de cas de Salima : -----	76
1-3 Présentation de cas de Kahina-----	85
2- discussion des hypothèses -----	93
conclusion -----	96
Bibliographie	
Annexe	

Liste des tableaux

N°	Titre du tableau	Pages
Tableau 1	Examen clinique d'exploration féminine dans la stérilité	29
Tableau 2	Les caractéristiques de groupe d'étude	51
Tableau 3	Présentation du protocole et cotation de Sonia	67
Tableau 4	Le psychogramme de Sonia	72
Tableau 5	présentation et Analyse de à travers la grille de la représentation de soi pour Sonia	73
Tableau 6	Présentation du protocole et cotation de Salima	78
Tableau 7	Le psychogramme de Salima	80
Tableau 8	présentation et Analyse de à travers la grille de la représentation de soi pour Salima	82
Tableau 9	Présentation du protocole et cotation de Kahina	87
Tableau 10	Le psychogramme de Kahina	89
Tableau 11	présentation et Analyse de à travers la grille de la représentation de soi pour Kahina	90

Liste des figures

Figure	Titre	Page
Figure n°01	Appareil génital féminin	27

Liste des abréviations :

Abréviations	Transcription
A.M.P	Assistance Médical aux Procréation
F.I.V	Fécondation In Vitro
F.S.H	Hormone Folliculo-stimulante
G.H	Gonadotrophine Hormone
I.R.M	Imagerie de Résonance Magnétique
L.H	Hormone Lutéinisante
O.M.S	Organisation Mondiale de la Santé
R.H	Releasing Hormone
T3	Hormone Thyroïdienne
T4	Tétraïodo Thyronine
G	Réponse globale
D	Réponse grand détail
Dd	Réponse petit détail
Dbl	Réponse détail blanc
F	Réponse formelle
C	Réponse couleur
H	Réponse humaine
Hd	Réponse détail humain
A	Réponse animal
Ad	Réponse détail animal
TRI	Temps de résonance intime
RC	Réponse couleur
Ban	Banalité
Anat	Anatomie
K	Réponse mouvement (kinesthésie)

Préambule :

Chaque projet de recherche contient une partie méthodologique bien déterminée, avoir un Lieu de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigation.

Ce chapitre comprend la présentation de la pré-enquête, la méthode de la recherche, le lieu de la recherche, ainsi que les outils d'investigations.

1- La pré-enquête :

Durant notre recherche, nous avons établis une étape avant la technique utilisée cette étape est la pré-enquête qui est très importante dans notre étude, elle nous a permis de mieux connaître le terrain d'investigation.

Et puisque notre thème d'étude est « **la représentation de soi des femmes stériles** », nous avons effectués notre pré-enquête qui à durée trois mois du « **08 novembre 2018 au 08 février 2019** » effectuées dans l'unité hospitalière : hôpital **TARGA OUZEMOUR** qui se situe à Bejaia au niveau d' **TARGA OUZEMOUR** ou on a expliqué l'objectif et la nature de notre recherche à la psychologue et elle nous a orienté vers les femmes qui ont le problème et souffre d'une stérilité psychogène ,par ailleurs ces femmes ont réussi le coup de tomber enceinte.

D'après notre processus de recherche dans la pré-enquête quand on s'est orienté et informer à l'extérieure on a pu trouver trois femmes qui ont déjà passé par le service et le fait que ses femmes ne consulte plus à TARGA OUZEMOUR la psychologue les contacts et les proposent de participer à notre recherche afin que ses femmes accepte de faire avec nous l'entretien et le test RORCHACH , mais la différence on les est vu chez eux parce que on pas assez de temps pour les attendre à TARGA OUZEMOUR donc on s'est orienté à l'extérieure et ceux qui nous a permet d'effectués des entretiens avec des femmes stériles et appliqué le test RORCHACH.

2- La démarche méthodologique :

Nous avons adopté « **la méthode descriptive** », car les recherches en psychologie clinique font principalement appelle aux méthodes descriptives

Elles interviennent en milieu naturel et tendent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière (Chahraoui. K, Benony. H, 2003, P125).

Concernant la méthode d'approche utilisée, nous avons opté pour une étude de cas, qui est employé comme un outil pour étudier quelque chose spécifique dans un phénomène

complexe, celle-ci fait partie de l'approche descriptive. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu. Elle est naturellement au cœur de la méthodologie clinique.

C'est par l'étude de cas que les cliniciens tentent de décrire le plus précisément le problème actuel d'un sujet en tenant compte de l'histoire du sujet et ses relations avec autrui. (Chahraoui.K, Benony.H, 2003,126).

3- La présentation de groupe d'étude et ses caractéristiques :

3-1- La présentation du groupe d'étude :

On choisit trois (03) cas qu'on doit étudier, d'une manière volontaire, et ce selon la disponibilité des critères d'inclusions suivants :

3-2- Les critères d'inclusion de groupe d'étude :

- 1- Mariées.
- 2- Agées entre 30 à 35 ans.
- 3- Stériles pendant au moins une durée de 2 ans (suivant les consignes médicales du diagnostic de stérilité).
- 4- La stérilité reste inexplicquée selon le diagnostic du médecin traitant.

3-3- Les caractéristiques de groupe d'étude :

Cas	Age	Niveau D'instruction	La durée du couple
Kahina	31 ans	Universitaire	6ans
Sonia	34 ans	primaire	10ans
Salima	32 ans	Primaire	13ans

Tableau N°2 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.

Le choix des cas de notre recherche s'est fait d'une manière précise et non pas au hasard, on s'est basé sur des femmes qui ont vécu une stérilité psychogène, sans réussir le coup de tomber enceinte.

4- lieu et durée de l'étude :

Nous avons effectué notre stage à la clinique de **Targa-ouzemour** CHU Bejaïa, au sein du service gynécologie.

Notre thème de recherche est porté sur « **la représentation de soi chez les femmes stériles** »

Cette clinique comprend principalement quatre services : Service gynécologie, Service maternité, Urgence gynécologiques, Service néonatalogie

Les services gynécologie (service concerné par notre thème) es chargé : Des accouchements par césarienne, des mammectomies, des hystérectomies, des cystectomies, curetage, extraction, cerclage, fausse couche...

4-1 Réparation et organisation de service :

Ce service est constitué de :un chef de service, une psychologue, quatorze(14) médecins généralistes et sept (07) gynécologues, treize (13) infirmières et infirmiers dont six(06) de garde de nuit et sept(07) le jour, une auxiliaire de vie une assistante médicale, sept(07) agents d'entretien, cinq(05) agents de sécurité.

4-1-1 Le service comprend :

Seize(16) chambres avec sanitaire, une salle d'échographie, une salle d'examen et de soin, bloc opératoire, un laboratoire, une pharmacie, bureau de médecins, une chambre de garde pour le personnel médicale, bureaux administratifs, une cuisine, un foyer.

5- Les difficultés de la recherche :

Dans notre recherche on a rencontré quelques difficultés, mais qui n'ont pas empêché la réalisation de notre travail.

5-1 Les difficultés d'ordre théoriques :

Les difficultés de trouver des ouvrages spécialisés qui traitent la représentation de soi ainsi que la stérilité psychogène.

5-2 Les difficultés d'ordre pratique :

L'insuffisance du temps pour la réalisation de notre stage et d'attendre les femmes au sein de service maternité TARGA OUZEMOUR, ce qui nous a laissée de déplacés chez eux cause du retard de la Formation sur la passation de test ROCHACHE.

6- Les outils de recherche :**6-1 l'entretien clinique :**

L'entretien clinique fait partie des techniques d'enquêtes en science social, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. Il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, les événements vécus, son histoire, ses rêves, ses fantasmes, témoignant de la singularité de la complexité d'un sujet.

C'est un outil à la fois de recherche et de production d'information.

Il s'agit d'un: dispositif par lequel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de (Hervé. B, Chahraoui. K, 1999, P64).

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe dans un contexte d'évaluation psychologique, d'aide ou de soins psychologique ou de recherche clinique.

Parmi les entretiens nous avons choisie « **l'entretien semi-directif** » dans lequel le chercheur dispose un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance qui correspondant aux thèmes de recherche et dans ce type d'entretien le chercheur pose une question puis laisse parler le sujet. (Grawitz .M,2009, p153).

6-2 Le guide d'entretien :

Dans ce type d'entretien, permet au clinicien dispose d'un guide d'entretien qui contient de certain nombre de questions préparée à l'avance, on a donc mis au point un outil d'enquête constitué de questions en abordant successivement les Axes suivant :

Axe 1 : donnée personnels, des informations personnelles :

Cet axe nous permet de recueillir plus de coordonnées sur le sujet.

Axe 02 : Le projet d'enfant / Le désir d'enfant :

Cet axe nous permet de découvrir l'importance d'avoir un enfant entre le réel et l'imaginaire.

Axe 03 : L'enfant imaginaire :

Cet axe nous permet de découvrir à quel point ces femmes désirent une grossesse.

Axe0 4 : La représentation de la stérilité :

Cet axe nous permet de poser des questions sur l'image corporelle de la femme ou nous avons essayé de la relier avec la stérilité et détecter image inconsciente de soi par rapport à sa stérilité.

Axe0 5 : Les relations avec les figures parentales :

Cet axe servira à savoir si ces femmes ayant le complexe d'œdipe.

Axe0 6 : le vécu du traitement de la stérilité :

Cet axe servira à savoir l'état psychique, et savoir si ses femmes exprime ou pas une souffrance psychique.

Axe07 : Relations sexuelles :

Cet axe nous permet de découvrir la relation de la femme stérile avec son marie

Axe08 : La réaction de l'entourage et de la famille :

Cet axe nous permet comprendre la relation de a femme avec son marie et sa famille, on tenant compte les causes de la stérilité.

Axe 09 : Adoption :

Cet axe nous permet de découvrir si le couple pense qu'il est incapable d'avoir un enfant.

Axe 10 : Regard sur l'avenir :

Cet axe servira à savoir si le couple peut accepter la stérilité.

6-3 Le teste RORCHACH :

Pour **C. Chabert**, le Rorschach est conçu comme un instrument d'investigation: dans une démarche diagnostique, comme outil métapsychologiques dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie. (Chabert, les méthodes projectives, in la recherche clinique

En psychopathologie, 1995). Et « *c'est en effet l'organisation individuelle de la Personnalité qui structure la perception de telles taches* » (Anzieu.D, Chabert.C, 1970, p 46).

6-3-1 La description des planches :

Nous reprenons ici pour chaque planche le contenu latent qui la caractérise :

-Planche I :

Situe le sujet face au test, ce qui peut lui faire (revivre l'expérience d'un

Premier contact avec un objet inconnu. Cette planche sollicite des images évocatrices des relations précoces au premier objet.

Par ailleurs, sa référence au corps humain, corroborée par de nombreuses caractéristiques manifestes (allure fermée, axe clairement dessiné), offre une double mobilisation : narcissique (image du corps propre, représentation de soi) et objectale (relation de l'image maternelle).

- Planche II :

Constitue autour de la lacune inter maculaire, en configuration bilatérale et trichromatique (rouge, blanc, noir), est appréhendée, dans ses répercussions les plus archaïques, comme un tout éclaté : la lacune médiane est ressentie comme vide interne, faille corporelle fondamentale, les possibilités d'unification et de délimitation entre dedans et dehors ont échoué.

Dans le registre des modalités de relations, ce type d'image de soi d'associe à des représentations symbiotiques fusionnelles et / ou destructrices.

- Planche III :

Met à l'épreuve la solidité du schéma corporel puisque le matériel manifeste offre une figuration claire de personnages humains.

Par ailleurs cette planche met surtout l'accent sur les processus d'identification sexuelle : sa bisexualité manifeste (personnages pourvus de seins et de pénis) rend parfois difficile un choix fermement déterminé. Les conflits peuvent apparaître, le sujet se sentant

tirailé entre des tendances contradictoires sans possibilité de résolution de ce déchirement interne.

- Planche IV :

Ne met pas d'emblée l'accent sur la représentation du corps. Elle est plutôt évocatrice d'images de puissance : sa massivité, sa construction, ses qualités sensorielles en font une planche à symbolisme phallique sans préjuger du caractère masculin ou féminin de cette référence.

Cette planche rend compte des positions prises vis-à-vis des images de puissance : identification à leur force dynamique à travers des représentations de personnages très actifs, ou bien passivité, réceptivité, à travers des productions signifiantes.

-Planche V :

Est considérée comme celle de l'identité et de la représentation de soi.

Elle renvoie à une problématique d'identité au sens psychique du terme, à la notion de « self » plutôt que simplement au schéma corporel. Cela explique son extrême sensibilité à toutes formes de fragilité narcissique : manifestations dépressives liées à la mésestime de soi, ou exhibitionnisme en quête de gratifications narcissiques.

- planche VI :

Comme toute planche unitaire ou l'axe de symétrie est marqué, est susceptible de renvoyer le sujet à sa capacité à se représenter un corps ou un objet entier est intégré. Toutefois ce qui caractérise plus spécifiquement cette planche est essentiellement le symbolisme sexuel qu'elle comprend.

-planche VII :

La littérale de la planche VII lui confère à nouveau la possibilité d'amener le sujet à la représentation de relation, les deux formes gris-noir peuvent facilement évoquer des silhouettes humaines en mouvement ou non, il est cependant évident que chaque sujet y sera sensible ou pas en fonction de son niveau de fonctionnement. Etre capable de reconnaître la forme humaine de ces engrammes et qui est de les mettre en mouvement demande un certain

niveau d'élaboration identitaire cette capacité ne sera donc pas rencontrée chez des sujets au fonctionnement psychique archaïque. Et donc la construction identitaire est plus fragile.

-Planche VIII :

Première planche couleur après quatre planches noires ou grises planche bilatérale, permet la réactivation de représentation de relation face à l'environnement sociaux.

- Planche IX :

Ne présente pas d'engramme facilement identitaire et représentatif, elle est en tout caractérisée par un vide central marqué. Du fait de ces caractéristiques, elle sollicite plus expressément le vécu des relations précoces à l'imgo maternelle archaïque, la représentation de l'image maternelle dans son vécu prégénital est ici au premier plan. Les chocs, voire les refus, sont fréquents, cette planche met en évidence des fonctionnements limites ou psychotiques à travers des thèmes projectifs de toute puissance.

-Planche X :

Elle est caractérisé d'une part la dispersion des taches et des couleurs, d'autre part sa position de dernière planche. Son aspect morcelé peut être source de réactions diverses pour le sujet, certains se contenteront d'augmenter sensiblement ou plus franchement selon les cas, leur nombre de réponses « détail » sans perdre pour autant en qualité formelle. Gérer à la fois la forme et les couleurs de façon adéquate renvoie à une bonne gestion des affects. . (Jacqueline .R, 2009, p87).

6-3-2 La consigne :

La consigne consiste à demander au sujet « ce que cela pourrait être ? »Mettant ainsi l'accent d'abord sur des mécanismes perceptifs. Le sujet a tout le temps qu'il souhaite pour répondre en sachant, contrairement aux épreuves cognitives, qu'ici il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Les instructions données : « qu'est-ce que cela pourrait être », renvoient à D'infinies possibilités à partir de cet objet délimité, renvoient du perceptif à L'imaginaire, comme précise.

Il peut être utile, au moment la consigne de préciser qu'Ya pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse (au sens des réponses attendue lors d'un test d'efficacité intellectuelle). et que le sujet à la donner autant de réponses qu'il souhaite. (Jacheline.R, 2009, p20)

6-3-3 La passation :

La passation du Rorschach se fait en trois étapes obligatoires (la passation spontanée, enquête, l'épreuve des choix et une étape supplémentaire (l'enquête aux limites)

Après avoir effectué l'entretien avec le sujet et s'assurer de son acceptation à la passation du teste l'examineur doit respecter les conditions de la passation du Rorschach qui se fait en trois étapes obligatoires, la première c'est la passation spontanée : c'est une étape dans laquelle le psychologue donne la consigne au sujet, le psychologue doit reformuler la consigne en la simplifiant si le sujet demande plus de détail et ne doit pas être redite à chaque fois ; le psychologue aussi doit faire marcher son chronomètre ainsi décrire le discours du patient adverbatement c'est-à-dire mot à mot , toutes les réponses du sujet, ses Commentaires, ses référence personnelle, son recour aux comportements, ses Mimique et ses critique personnelle et du matérielle en même temps il lui faut coter la durée, le temps de l'latence initiale c'est le temps qui s'écoule entre la présentation de la planche et les premières réponses cotable.

➤ la réponse cotable est la réponse dans laquelle il y a une identification de la tâche comme étant un objet. Un silence intra récit long(...), un silence Intra récit court (..). Son oublié de mentionner la position de la planche. Positions normale, position inversé, position droit au gauche.

➤ La position côte à côte, ou angle droit mais jamais de face à face, être un Peu en décalage par rapport au sujet, la position à 90° d'angle par Rapport au sujet peut permettre cette observation non intrusive, tant des Réactions d'ensemble du sujet face au matériel. (Pierre .D, 2010, p22)

Durant la passation le psychologue ne doit pas intervenir pendant la passation spontanée sauf deux cas les patients inhibé pour les rassurer ou bien les patients envahissant pour les cadrer.

6-3-4 L'enquête

C'est de chercher plus d'informations donnée par le patient ou le psychologue doit poser une consigne « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble vous essayez

de me dire de ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué. Bien entendu, s'il vous vient d'autres idées vous pourrez n'en faire part »

L'enquête a pour but de préciser la localisation de la réponse, déterminé la Réponse de patient et rajouter des réponses additionnels.

6-3-5 L'épreuve de choix

L'enquête aux limites est une étape obligatoire où le psychologue invite le Sujet à reprendre si n'a jamais utilisé un déterminant important (couleur, Kinesthésie, localisation, détail et aussi quand il ya pas une réponse habituel a la Planche trois « deux personnage » et a la planche cinq « une chauve-souris »)

Afin de déterminer ses réponses s'il s'agit d'une négligence, d'un blocage Passager et surmontable ou d'une incapacité psychique fondamentale c'est-à-dire Quand le protocole est plus restreint et inhibé avec absence des réponses banales.

Le clinicien après l'enquête propose au sujet le choix parmi les 10 planches, les deux qu'il a « le plus aimées », et les deux qu'il a « le moins aimées » et le but : elle permet de manifester les investissements d'affect positif ou négatif. (Chabert .C, 1983, p37)

6-3-6 La cotation :

plusieurs éléments vont donc influencer la réponse : la forme de la tâche , sa couleur, son aspect ou instable, net ou diffus, sombre ou clair , massif ou découpé en détail plus au moins prégnant , les réponses RORCHACH représentent un précipité d'élément divers elle requiert la prise en compte de quatre élément (localisation, déterminant , contenu).

6-3-7 Le psychogramme

Une fois la cotation terminée, on recense toutes les réponses en regroupant les catégories sur une feuille dont on trouvera un modèle au CPA (Centre de psychologie appliquée) à moins d'utiliser le modèle. (Nina.R, 1997, p246)

Le psychogramme considéré comme une synthèse quantitative ou se représente le résumer de protocole. Comprenant en plus de regroupement des donnée de différents observations remarquée qui révèle tous les donnée de la cotation, tous les remarque et critique de sujet même les choix et les refus des planches choisis par le sujet.

6-4 La grille de représentation de soi de Nina Rauche au rorschach :

La représentation de soi au rorschach inclue donc la représentation de soi aussi bien au niveau de l'image du corps fantasmé que des relations instaurées qui découlent de cette image et /ou la structure. Les représentations Rorschach fonctionnent comme révélateurs

de cette image que cette image que celle –ci implique un vécu unitaire ou différents processus de différenciation ou d'individuation, et permettre de situer l'environnement, de préciser le niveau de relation d'objet actuel elle renvoie, de déterminer le stade atteint par le sujet dans la recherche de lui-même à travers les étapes qui mènent à l'identification.

Pour expliquer, rendre apparent ces relations nous avons besoin d'un mode d'analyse ciblé et les divers essais et esquisses ont abouti à la grille de représentation de soi.

Chercher à mettre en place une grille de représentation de soi était une autre façon de rejoindre la préoccupation sur les interactions entre aspect perceptif et aspect fantasmatique dans le processus de la réponse elle-même .En effet l'intérêt majeur du Rorschach est de susciter ces interactions.

Chercher la signification des réponses c'est dégager la part réceptive du perçu et du fantasme. Du réel et de l'imaginaire, c'est saisir l'attitude du sujet face à sa propre activité psychique comme, la représentation qu'il a celle d'autrui (Nina .R, 1990, p21).

6-4-1 L'objectif de la grille de représentation de soi :

L'objectif de cette grille de saisir en une cotation particulière le mode de contact, d'action ou d'interaction inscrit dans les contenus référentiels. le but est d'analyser les contenus pour dégager la relation dynamique du sujet à ses objets internes et externes, humains et matériels et pour situer l'identité et les identifications du sujet à travers le jeu des pulsions libidinales et agressives.

Les cotations de cette grille sont complémentaires aux modes habituels de cotation et ne s'y substituent pas. Elles rendent possible l'analyse quantitative d'élément qualitatif.

Cette grille cote le substantif, le verbe et les adjectifs donnés dans la réponse et ceci en plus de la symbolisation usuelle, la grille comporte quatre colonnes ou les données se réfèrent à l'expression :

- De la dimension corporelle, unitaire ou non, (images de tout corps humain, animal, végétal, phénomène naturel, objet inanimé, objet fabriqué),
- Un mode de relation investi (mode d'action, d'interaction),
- De l'identité sexuelle et de sa plus ou moins grande stabilité,
- De l'intégration de l'identité et la qualité de l'individuation.

La première colonne correspond à l'objet représenté ; cet objet est classé en catégorie en fonction de son appartenance :

- Au monde humain ou quasi-humain réel ou irréel (tout nombre commençant par 0),
- Au monde animal réel ou irréel (tout nombre commençant par 1)
- Au monde de l'inanimé, des phénomènes naturels, du règne végétal (tout nombre commençant par 2,3et 4).

La deuxième colonne correspond au mode d'entrée en contact avec l'objet, c'est -à-dire à la qualité de la réponse en terme de :

- Type d'action,
- Type d'interaction,

La troisième colonne exprime l'identification sexuelle, elle correspond au sexe des personnages ou des animaux interprétés.

- Masculin,
- Féminin,
- Ambivalent,
- Indéterminé ou non précisé.

La quatrième colonne précise le caractère de différenciation ou d'indifférenciation entre soi et l'autre. Elle correspond à des éléments qualitatifs particuliers éventuellement introduits dans la réponse comme :

- Le caractère unilatéral des percepts,
- L'interprétation du double : jumeaux, siamois,
- Le caractère particulièrement détérioré de l'engramme. (Nina .R , Sanglade .A, 1984, p 44)

7- Déroulement de la recherche :

Notre stage s'est déroulé au sein du service Maternité de Targa-Ouzemour, on s'est présentée toutes les deux comme étudiante en fin de cycle en psychologie clinique, on a expliqué l'objectif et la nature de notre recherche à la psychologue qui nous orienté et informé à l'extérieur on a pu trouver les femmes qui ont déjà passé par le service.

Dans cette unité hospitalière ont pu avoir l'accord des femmes, ce fut un peu difficile pour nous parce que on s'est déplacé chez eux.

« Bonjour, on est des étudiantes en fin de cycle, on est là pour faire une étude sur la représentation de soi chez les femmes stériles, donc s'il vous plaît si vous êtes d'accord, on va vous poser quelques questions et on va aussi vous montrer quelques planches, et vous allez nous dire ce que vous voyez ».

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, après avoir expliqué brièvement notre thème de recherche et nos objectifs et en garantissant l'aspect confidentiel de notre travail, On n'a pu avoir l'accord de ces femmes pour la participation.

On a commencé par le test rorschach pour que les femmes puissent projeter leurs propre histoire sur les planches, après on est passé à l'entretien clinique, afin d'avoir les bonnes informations sur ces femmes.

Conclusion :

Pour la réalisation de notre thème de recherche on s'est basé sur la méthode clinique, pour l'étude des cas, notre groupe de recherche est constitué de trois (03) cas, qui ont une stérilité psychogène.

On a utilisé deux outils de recherche, l'entretien clinique semi-directif qui nous a permis d'avoir plus d'information sur la subjectivité de ses femmes, et aussi ont à utiliser le test du rorschach et la grille de représentation de soi de Nina Rauche.

*La Partie
Théorique*

*Chapitre II : la stérilité et
complexe d'œdipe*

Introduction

Mettre un enfant au monde est un don de ciel mais également la réalisation d'un rêve et la conséquence logique d'une relation à deux. Mettre un enfant au monde est certainement la plus belle preuve d'amour que l'on puisse donner à son conjoint. Malheureusement ce désir naturel n'est pas possible pour tout le monde car y a des femmes souffrent d'une stérilité.

Le phénomène de la stérilité inexplicé, relève d'une incapacité à tomber enceinte malgré l'absence de toute explication médicale et aussi malgré des essais de stimulation hormonale et, ou fécondation artificielle.

Aborder la stérilité sur son versant psychosomatique permet de comprendre en chacun de nous, ceci permet d'appréhender le rôle bénéfique incontournable d'une prise en charge psychologique conjointement aux traitements médicamenteux.

Le sujet de la stérilité étant très vaste, nous donnons un aperçu nécessairement réduit des nombreux aspects psychologiques de l'infertilité.

Les femmes stériles sont altérées et détruite dans leur identité et représentation de soi – même.

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.

Elle est étroitement tributaire du réseau de relation que nous constituons et dans laquelle nous sommes pris, elle peut à chaque instant s'en trouver modifiée, cette notion se trouve ainsi au carrefour de l'épreuve narcissique et de la vie relationnelle.

Nous proposons donc, d'étudier « la représentation de soi chez les femmes stériles ». dans le but de tirer et de trouver la relation causale entre les représentations de soi et la stérilité.

Pour élaborer cette recherche nous avons établi un plan qui compose de deux parties : La première partie aborde le côté théorique qui contient deux chapitres :

Le premier chapitre intitulé « **la représentation de soi et ces conceptualisations** », comporte : la définition de la représentation de soi, le soi, les dimensions de soi, les théories de soi, représentation de soi.

Le deuxième chapitre intitulé « **la stérilité psychogène et complexe d'œdipe** » qui comporte : la stérilité sur le plan médicale et la stérilité sur le plan psychologique.

- La stérilité sur le plan médicale contient : définition de la stérilité féminine, ses types, l'anatomie de l'appareil génitale féminine, la notion physiologique de la reproduction, diagnostique de la stérilité féminine, cause de la stérilité, traitement de la stérilité.
- La stérilité sur le plan psychologique contient : le désir d'enfant chez la femme, l'enfant imaginaire, la stérilité et complexe d'œdipe, la stérilité et castration, la stérilité et problèmes sexuelles, les troubles psychologiques chez la femme stérile, l'estime de soi chez la femme stérile.

La partie pratique de notre recherche englobe deux chapitres : Le premier chapitre méthodologie de la recherche dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode de recherche qu'on a utilisé, le lieu de la recherche ou nous avons effectué notre stage pratique, le déroulement de la recherche.

Le deuxième chapitre pour la discussion et analyse des résultats, et enfin, on termine notre travail par présentations d'une conclusion, et nous avons clôturé notre recherche par la liste bibliographique et les annexes.

Chapitre 01 :
Représentation de soi
et ces
conceptualisation

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

Préambule :

La représentation de soi, traits de caractères, inclut un nombre important de représentations partielles comme notre apparence physique, nos qualités et nos défauts, nos compétences dans différents domaines, nos possibilités et nos limitations, notre position sociale, le sentiment éventuel d'apparence à quelque chose qui nous dépasse (représentation de soi comme un être spirituel)...bien entendu, la représentation de soi ne peut être évaluée que par rapport à quelque chose qui sert de mesure : c'est l'idéal du moi .

L'idéal du moi ou moi idéal est ce que la personne voudrait être et être capable de sentir ou de faire.

A travers ce chapitre nous allons aborder les concepts suivants : Définitions, les dimensions de soi, les théories de soi, la représentation de soi.

1- Définitions :

1-1 la représentation psychique (mentale) :

Terme classique en philosophie et en psychologie pour désigner « ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée » et « en particulier la reproduction d'une perception antérieure ». Freud oppose la représentation à l'affect, chacun de ces deux éléments subissant, dans les processus psychique, un sort distinct.

1-2 le Développement de représentation mentale :

Les premiers modèles théoriques destinés à rendre compte des psychonévroses sont centrés sur la distinction du « quantum d'affect » et de la représentation.

Dans la névrose obsessionnelle, le quantum d'affect est déplacé de la représentation pathogène liée à l'événement traumatisant sur une autre représentation, tenue par le sujet pour insignifiante. (Laplanche. j, Pontalis J-B, 1996, p414).

Dans l'hystérie, le quantum d'affect se voit converti en énergie somatique et la représentation refoulée est symbolisée par une zone ou une activité corporelle. Cette thèse, selon laquelle la séparation de l'affect et de la représentation est au principe du refoulement, conduit à décrire un destin différent pour chacun de ces éléments et à envisager l'action de processus distincts : la représentation est « refoulée », l'affect « réprimé », etc.

Deuxièmes lieu on sait que Freud parle de « représentation inconsciente » en marquant par la réserve *sit vinius verbo* que le paradoxe qu'il y a dans l'accollage de ces deux termes ne lui échappe. s'il maintient cependant cette expression, c'est bien là l'indication que, dans l'usage qu'il fait du terme représentation, un aspect prévalent dans la philosophie classique, passe au second plan, celui de se représenter, subjectivement, un objet. La représentation serait plutôt ce qui, de l'objet, vient s'inscrire dans les « systèmes mnésique »

Troisièmes or, l'on sait Freud ne se représente pas la mémoire comme un pur et simple réceptacle d'image, selon une conception strictement empirique, mais parle de systèmes mnésique, démultiplie le souvenir en différentes séries associatives et désigne finalement sous le nom de trace mnésique, moins une « impression faible » restant dans une relation de ressemblance avec l'objet, qu'un signe toujours coordonné avec d'autres et qui n'est pas liés à telle ou telle qualité sensorielle. Dans cette perspective, la représentation de Freud a pu être rapprochée de la notion linguistique de signifiant.

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

Quatrièmes cependant il y aurait lieu ici de distinguer avec Freud deux niveaux de ces « représentations » : les « représentations de mot » et les « représentations de chose ». cette distinction souligne une différence, à laquelle Freud accorde d'ailleurs une valeur topique fondamentale ; les représentations de chose ,qui caractérisent le système inconscient , sont dans un rapport plus immédiat avec la chose : dans l' « hallucination primitive ». la représentation de chose serait tenue par l'enfant comme équivalent de l'objet perçu et investie en son absence. de la même façon ,quand Freud, en particulier dans les premières description qu'il ait données de la cure dans les années 1894-1896 recherche au terme des vois associatives , la « représentation inconsciente pathogène », ce qui serait visé, c'est le point ultime où l'objet est indissociable de ses traces , le signifié inséparable du signifiant.

Cinquièmes dans l'usage freudien, la distinction entre la trace mnésique et la représentation comme investissement de la trace mnésique, si elle est toujours implicitement présente, n'est cependant pas toujours nettement posée. C'est sans doute qu'il est difficile de concevoir dans la pensée freudienne une trace mnésique pure, c'est-à-dire une représentation qui serait totalement désinvestie, aussi bien par le système inconscient que par le système conscient. (Laplanche. j, Pontalis J-B, 1996, p415).

1-3 Représentation en psychanalyse :

Lorsque le psychosociologue français Serge Moscovici étudié en 1961 les représentations que divers groupes se font de la psychanalyse, il fait subir à la notion représentation sociale une évolution conceptuelle importante.

Il n'y a pas une représentation de la psychanalyse mais plusieurs .elles diffèrent par leur contenu, par leur niveau de structuration interne et surtout par l'orientation globale à l'égard de la psychanalyse variable selon l'appartenance sociale.

Ce qui est commun dans le processus concerne la manière dont les concepts théoriques sont transformés : les éléments d'information disponibles sont sélectionnés, sortis de leur contexte, déplacés et refondus pour aboutir à un schéma figuratif qui donne à la fois une cohérence et un caractère concret et imagé à la représentation.

Dans le cas de la psychanalyse, quelques notions simple, facilement figurable, sont extraites de la théorie et reconstruites dans une vision du psychisme centrée sur une opposition simplifiée entre l'intérieur et l'extérieur, le caché et l'apparent, le conscient et l'inconscient. (Marie .H, 2008, p 77).

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

De la pression qui en résulte (répression ou refoulement) surgit le complexe qui devient une entité tangible, un organe psychophysique sur lequel l'individu chercha à agir. Ce schéma élimine, sans la remplacer, la notion de libido, ce qui aboutit à une transformation importante, sinon essentielle, de la théorie initiale.

Rétention sélective et schématiquement structurante sont ainsi les deux moments de ce processus fondamental qu'est l'objectivation. Mais cette étape ne se déroule pas dans le vide. Le travail d'objectivation serait impossible sans le recours à un dispositif visant à rendre familière la nouveauté, à la transformer pour l'intégrer dans un univers de pensée préexistant, à lui donner un sens en fonction des valeurs et des croyances du groupe d'accueil. C'est le propre du processus d'ancrage que de fournir un contact d'intelligible, d'incorporer ce qui nous est étranger dans des catégories qui nous sont familières, de faire glisser l'habituel dans le coutumier. C'est lui qui, par exemple, face à une pratique thérapeutique bien éloignée des formes médicales habituelles, fait assimiler le psychanalyste à un prêtre et la situation psychanalytique à la confession, comme l'a pertinemment démontré S. Moscovici (Marie H., 2008, p 77).

1-4 Le soi :

La notion de soi occupe une place importante dans la recherche en psychologie sociale et en psychologie de la personnalité. Il suffit de constater l'importance de la liste d'étude où le terme « self » apparaît comme préfixe.

Considérons les exemples suivants : self-awareness (prise de conscience de soi) , self-concept (concept de soi), self-disclosure (révélation de soi), self-efficacy (auto efficacité), self-esteem (estime de soi), self-handicapping (auto handicap), self-image ((image de soi), self-monitoring (contrôle de l'image de soi), self-perception (auto perception), self-présentation (auto présentation), self-régulation (autorégulation), self-schéma (schéma de soi), self-serving (autocomplaisance), self-verification (autovérification) (Martinot. D, 1995, p11).

James faisait également la différence entre plusieurs significations du soi, comprenant :

➤ Le soi matériel :

Tous ce qui m'est propre ; mes mains, et mes yeux par distinction des vôtres), le soi social (la reconnaissance qu'ont mes amis de moi : comme joueur du piano, joueur du

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

tennis, etc.) et le soi connaissant ma conscience momentanée ; le soi qui lit ce livre et ressent une petit faim).

➤ **Le soi social :**

Ce précurseur de la psychologie scientifique considère qu'un homme a autant de soi sociaux qu'il y a d'individus pour les reconnaître. Le soi correspond à la fois aux différentes perceptions que cette personne a de chacun de ces individus .le dernier aspect est, selon James, le cœur de la personnalité sociale (Martinot.D, 1995, p12).

2 -Les dimensions de soi :

2-1 les principales composantes du soi :

Le concept de soi est fortement influencé par plusieurs facteurs sociaux et environnementaux, nécessaire pour que les individus aient le sentiment de comprendrais leurs propres motivations et émotion ainsi que les causes de leur comportements. Notre façon de penser et de présenter; l'affect, le comportement et la cognition.

Tous au long de l'histoire, les philosophes, les poètes, les théoriciens de la personnalité mais aussi certains psychologues sociaux ont dépeint le soi comme un aspect stable et durable de la personnalité humaine, un « centre interne » invisible, consistant à travers le temps et lent au changement.

La lutte pour « se trouver soi-même » ou « être vrai pour soi-même » est basée sur ce portrait. En revanche, la plupart des psychologues sociaux, notamment dans le champ de la cognition sociale, pensent que, dans une certaine mesure, le soi est malléable, modelé par les expériences de la vie et changeant d'une situation à l'autre. Dans cette perspective, le soi a de nombreuses facettes différentes (Markus .K, 1986, Martinot, 1993).

Nous explorons alors le soi dans ses composantes cognitive, affective et comportementale en considérant ces deux approches : le soi en tant qu'élément stable de la personnalité et le soi envisagé comme malléable (Martinot.D, 1995, p23).

2-1-1 Le concept de soi : la composante cognitive

Pour le psychologue cognitiviste, ce phénomène indique que les individus sont sélectifs dans leurs perceptions des stimuli. Pour les psychologues sociaux, il illustre le fait

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

que le soi n'est pas seulement un stimulus social parmi d'autres : il est le plus important objet de notre attention.

Le concept de soi, ou composante cognitive de soi, peut en effet être considéré comme stable dans le sens où l'univers des conceptions de soi est relativement stable, mais il apparaît comme malléable en raison des changements intervenant sur le contenu du concept de soi de travail. Certaines conceptions de soi, en raison de leur importance pour la définition de soi et de leur considérable élaboration, sont probablement utilisables constamment pour caractériser le soi.

« Placer l'individu dans un contexte particulier révèle comment le concept de soi, bien que résistant au défi et au désaccord, varie avec la situation sociale prédominante, et comment il dépend du contexte social pour ses expressions et manifestations particulières » (Markus ; Kunda, 1986).

En fait, le concept de soi est à la fois stable et instable, à la fois confirmé et évolutif. Le concept de soi est tout cela non seulement parce que les individus possèdent de nombreuses croyances différentes sur eux-mêmes mais aussi parce qu'ils accordent des significations différentes à leurs différentes à leurs différentes vision de soi (Martinot.D, 1995, p24)

2-1-2 l'estime de soi : la composante affective

Dans la littérature psychologique, le concept d'estime de soi regroupe ou est synonyme de plusieurs concepts : auto-évaluation, valeur de soi, etc., mais c'est le terme d'estime de soi qui est le plus couramment employé. Les individus ne développent pas seulement une description d'eux-mêmes dans la situation particulière, ils forment aussi des évaluations d'eux-mêmes. Parmi les chercheurs s'intéressant à l'estime de soi, beaucoup font une distinction entre une estime de soi qui serait une composante globale auto-évaluative du soi et un concept de soi qui serait un ensemble multidimensionnel de composante auto descriptive, spécifiques à un domaine (Rosenberg, 1979). Cette distinction n'est pas universelle et de nombreux chercheurs-même parmi ceux qui distinguent ces termes à un niveau théorique- utilisent de façon interchangeable ces expressions.

Cependant, en dépit du manque d'accord entre les théoriciens de l'estime de soi, il existe au moins un point de convergence en ce qui concerne ce concept. Ils conçoivent tous l'estime de soi comme une composante centrale de soi (Greenwald.e.g, Bellezza, Banaji,

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

1988). Ainsi les perceptions de soi fortement liées aux buts et valeurs des individus, c'est-à-dire celles qu'ils identifient comme personnellement plus importantes, influenceront fortement leur sentiment global de valeur de soi (Pelham ; Swann, 1989)

Le domaine ou l'estime de soi paraît exercer des effets particulièrement puissants concerne les réactions des individus aux renforcements, ou aux informations pertinentes pour leur soi. Par exemple, il a été montré que les sujets à faible estime de soi acceptent relativement plus facilement un renforcement positif que les sujets à forte estime de soi (e.g., Swann, Griffin, Predmore et Gaines, 1987) .il a même été démontré (e.g, Campbell, 1990) que les sujets à faible estime de soi sont affectés par l'ensemble des types d'information.

En conclusion, il apparaît que la stabilité /instabilité de la composante affective du soi dépend, pour une part non négligeable, de la certitude que les individus possèdent sur ce qu'ils sont (Banaji , Prentice, 1994 ; Woike , Baumgardner, 1993).en d'autres termes, plus cette composante est puissante-estime de soi forte-plus elle est stable et insensible aux variables situationnelles ; moins cette composante affective est de faible- estime de soi ,plus est instable , donc sensible aux caractéristiques situationnelle(Martinot.D,1995,p35)

2-1-3 la présentation de soi : la composante comportementale :

La composante comportementale, qui se manifeste par l'intermédiaire de l'activité d'auto présentation. Le sociologue Irving Goffman (1959) penche pour la deuxième solution. Il compare l'auto présentation au fait de jouer un rôle. Comme nous prêtons souvent à la façon de nous habillera nos manières, et aux actes professionnels que nous sommes censé déployer.

Une deuxième caractéristique de l'auto présentation et la répétition. Avant un événement important, ou une situation professionnelle importante, nous allons penser à ce nous dirons et ferons, mentalement nous essaierons diverses approches. Un autre aspect important de l'auto présentation est connaître son public. Ainsi, un des défis de l'interaction sociale est d'être capable de changer.

Il est évident que nous avons tous un soi privé constitué par nos pensées et par nos sentiments les plus propres, nos souvenirs, et schémas de soi. Mais il est également clair que nous avons aussi un soi extérieur, façonné par les rôles que nous jouons et « les masques » que nous portons en public (Martinot.D, 1995, p51)

2-2 L'estime de soi :

L'estime de soi peut être résumée en reprenant les deux niveaux logiques : Identité et Capacité .au niveau de l'identité on trouve : le sens de sa valeur inaliénable et de son importance en tant qu'être humain qui est à la fois un « donné » et un droit de naissance (il n'y a donc rien à prouver, ni aux autres, ni à soi-même. ce sentiment conduit au respect de soi et la certitude que l'on est digne d'être aimé et heureux. Il permet aussi de s'aimer soi-même. Au niveau des capacités, on trouve : la capacité de penser clairement et par soi-même, l'aptitude à faire des choix basés sur ces propres opinions et à agir en accord avec eux, c'est-à-dire la capacité d'exercer sa responsabilité et sa liberté personnelle. Ceci permet une confiance réaliste dans sa capacité de faire face aux événements et aux défis de la vie de façon efficace et appropriée.

L'estime de soi est la disposition à se considérer comme compétant pour faire face aux défis de base de l'existence et digne d'être heureux.

La définition suivante est celle de la commission californienne pour promouvoir l'estime de soi et la responsabilité personnelle et sociale. Je la citerai en anglais d'abord car sa traduction mérite un commentaire : « appreciating my own Worth and importance and having the character to be accountable for myself and to act responsibly towards others. »

Le début de la définition vient directement de l'influence de Virginia Satir : « apprécier ma propre valeur et mon importance et ... » (Josiane.S-P, 2013, p 19)

Nous l'avons vu, l'estime de soi est le produit du jugement que nous portons sur nous-mêmes et suppose l'existence d'un concept de soi : une idée de qui je suis, et d'un idéal du moi : une représentation de qui est le produit de la comparaison entre l'un et l'autre, il faut donc comprendre comment se construit le concept de soi ou la conception que nous avons de nous-même ainsi que notre idéal du moi.

Bien entendu, le nouveau-né ne vient pas au monde avec un concept de soi. Il n'est même pas conscient d'être une entité distincte de l'environnement. C'est petit à petit que ce concept va se former, à partir de l'interaction avec la mère et les autres personnes constituent son cadre de référence. (Josiane.S-P, 2013, p 23)

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

Cet apprentissage précoce est essentiel mais il est capital de comprendre qu'un être humain apprend toute sa vie. Au fur et à mesure que l'individu rencontre des situations nouvelles et fait de nouvelles expériences, le concept de soi est susceptible d'évoluer. Il est clair cependant qu'il vaut mieux former dans ses jeunes années une impression favorable à propos de soi, des autres et du monde que l'inverse ! On évitera ainsi d'avoir à corriger cette mauvaise impression. Si l'on a de nombreuses preuves démontrant que c'est possible, cela peut demander du temps et une certaine énergie. (Josiane.S-P, 2013, p 23)

2-2-1 Les trois piliers de l'estime de soi :

L'estime de soi reposerait sur trois piliers, soit l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi.

2-2-1-1 L'amour de soi :

C'est le sentiment positif que vous ressentez pour vous. Il correspond et permet de satisfaire le besoin d'aimer et (surtout) d'être aimé. Si vous ne vous aimez pas, vous ne pouvez pas (vraiment) aimer quelqu'un d'autre et vous ne pouvez pas vous sentir (vraiment) aimé par vos proches, à fortiori par un inconnu. Mais ce qui est encore plus gênant, c'est que vous risquez d'attirer et d'être attiré par des gens qui ne vous aiment pas, que ce soit en famille, en amour, en amitié, à l'école ou au travail. Résultat : vous devenez fréquemment le souffre-douleur ou le bouc-émissaire de votre groupe (famille, classe, club, service ou département de votre entreprise).

Dans les cas extrêmes, vous attirez et êtes attiré par les pervers narcissiques, ces grands prédateurs toujours à l'affût de nouvelles proies... (Patrics.R, 2013, p21)

2-2-1-2 La vision de soi

Pour André (2008), qu'elle soit fondée ou non, l'évaluation que fait la personne de ses qualités et de ses défauts, le regard qu'elle porte sur elle-même, serait le deuxième pilier de l'estime de soi. Il ne s'agirait pas seulement de connaissance de soi, puisque l'important ici ne serait pas tant la réalité des choses, mais plutôt la conviction que la personne aurait d'être porteuse de ces qualités ou de ces défauts, de potentialités et de limitations. (Bergeron.M, 2011, p43)

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

André (2008) ajoute que l'observation chez l'autre de la vision qu'il a de lui-même serait une tâche difficile à accomplir. Par contre, elle permettrait de comprendre pourquoi certaines personnes complexées, dont l'estime de soi serait conséquemment basse, peuvent laisser perplexe un entourage qui lui, ne percevrait pas les défauts dont celles-ci se croiraient atteintes. Lorsque positive, la vision de soi serait une force intérieure qui permettrait de s'apaiser soi-même, malgré l'adversité. Au contraire, dans un cas où l'estime de soi se trouverait déficiente par une vision de soi trop limitée ou peu nuancée, il deviendrait difficile de trouver sa « voie » et sa satisfaction. (Cyrulnik, 1989) ajoute que ce regard porté sur soi-même proviendrait lui aussi de l'environnement familial et en particulier, des projets « déposés » par les parents dans l'enfant. Dans certaines situations, l'enfant pourrait même se trouver chargé inconsciemment par ses parents, d'accomplir ce qu'eux-mêmes n'ont pu accomplir dans leur propre vie. (Bergeron, M., 2011, p43)

2-2-1-3 La confiance en soi :

Troisième composante de l'estime de soi avec laquelle, du reste, on la confond souvent, la Confiance en soi s'applique sur tout à nos actes. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes. (Christophe, A., François, L., 2007, p 17).

La confiance en soi est contrairement à l'amour de soi et surtout à la vision de soi, elle n'est pas très difficile à identifier, il suffit de fréquenter régulièrement la personne, d'observer comment elle se comporte dans des situations nouvelles ou imprévues, lorsqu'il y a un enjeu, ou si elle est soumise à des difficultés dans la réalisation de ce qu'elle a entrepris la confiance en soi peut donc sembler moins fondamentale que l'amour de soi ou la vision, dont elle serait une conséquence, c'est en partie vrai, mais son rôle nous semble primordiale dans la mesure où l'estime de soi a besoin d'actes pour se maintenir ou se développer ; des petits succès au quotidien sont nécessaires à notre équilibre psychologique, tout comme la nourriture et l'oxygène le sont à notre équilibre corporel. (Christophe, A., François, L., 2007, P18).

2-3 l'image de soi :

Chaque personne tend, dans la rencontre et la communication avec autrui, à donner et à faire reconnaître une certaine image d'elle-même ; elle souhaite se voir attribuer une certaine valeur, même si la recherche de valorisation peut, comme nous l'avons vu, prendre des voies complexes et faire une part à l'autodépréciation.

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

Cette attente situe l'autre comme partenaire indispensable dont la coopération et la confirmation sont nécessaires pour atteindre le but visé ; elle est donc au fondement même du lien social et motive de multiples stratégies de « séduction » qui animent tout un versant des relations quotidiennes. Bénédicte : « Bien souvent, nous désirons séduire l'autre, les autres, en donnant une bonne image de soi ; image que nous construisons à partir de ce que nous voudrions être ou paraître [...] D'autre part, sachant l'autre érigé en une sorte de juge, nous désirons son assentiment, son adhésion et celle-ci est si importante que nous pouvons en nier notre liberté pour l'avoir. »

C'est la dimension ritualisée de ce phénomène qu'E. Goffman a décrite et analysée à travers la notion de « face » (1974) ; elle désigne la valeur sociale positive que chacun revendique et s'efforce de produire dans ses interactions avec autrui en y manifestant des traits, des attitudes ou des conduites socialement approuvées. Le « savoir-vivre » et le « tact » ne veulent que chacun coopère à cette « mise en scène » de soi afin que personne n'y « perde la face » (Goffman, 1973). La « présentation de soi » (à travers l'expression, la communication, la parole, les gestes, les mimiques, les postures, la « tenue », l'habillement, la coiffure, etc.) en est une partie essentielle ; elle tend à produire une image que chacun propose et souhaite se voir confirmer par autrui. Il est donc important d'avoir une « bonne tenue », de pouvoir exercer un contrôle sur l'image que l'on donne de soi de façon à ce qu'elle soit conforme à l'impression qu'on veut produire. C'est pourquoi toute interprétation par autrui de ses paroles ou comportements qui s'écartent de la signification que le sujet prétend leur donner est ressentie comme une attaque et comme une menace pour la face qu'il revendique. (Edmond .M, 2005, p147)

2-4 Conscience de soi :

Il est « l'objet » qui rend compte de l'influence des facteurs internes et externes à soi et sur les perceptions et les autoévaluations de la personne. Plus précisément, certains stimuli présents dans l'environnement ont pour effet de diriger les mécanismes de l'attention sur SOI, provoquant ainsi un état de conscience de soi. Plus tard, cette attention centrée sur soi implique une évaluation que la personne Effectue entre le « soi actuel » et le « soi idéal », représentée par une norme de comparaison ou de standard. (Bergeron.M, 2011, p 71)

La conscience de soi et plus particulièrement cette attention centrée sur soi, représente l'une des matières premières des mécanismes de base nécessaires au phénomène d'estime de

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

soi. D'ailleurs, dans la mesure où cette auto évaluation révélerait un écart positif entre le «soi réel» et le «soi idéal », la personne aurait alors tendance à vouloir répéter les circonstances provoquant cet état agréable de conscience de soi. Cette tendance réfère aux variables de sentiments de compétences et de valeurs personnelles ou sont contraires lorsque l'évaluation révèle un écart négatif entre le «soi réel» et le «soi idéal. Le concept de soi, quant à lui, implique l'expérience répétée de la conscience de soi. (Bergeron.M, 2011, p 71)

2-3 Perception de soi :

Les informations relatives à la perception que les sujets des divers profils ont d'eux nous renseignent sur la manière dont ils réagissent à un événement négatif. La valeur qu'ils s'attribuent ainsi que le genre d'action qu'ils entreprennent sont de bons indices pour mieux comprendre leurs réactions suite à un échec. Ces résultats rejoignent la théorie de L'Écuyer (1975) et son modèle expérientiel-développemental lequel renvoie aux différentes structures du soi.

En effet, la structure du soi adaptatif correspond aux actions que la personne entreprend conformément aux perceptions qu'elle a d'elle-même ou encore aux réactions qu'elle adopte suite à ces perceptions ou face aux diverses réalités de la vie. (Morine. I, 1999, p89)

3-les théories de soi :

3-1 les approches psychanalytiques :

La notion de soi a été développée surtout à partir des années soixante par un courant anglo-saxon que l'on a appelé la Self Psychology (O. Kernberg, H. Kohut, E. Jacobson...). Elle répond à plusieurs préoccupations : établir une théorie de la subjectivité (et de l'intersubjectivité) qui faisait en partie défaut à l'approche freudienne ; rendre compte de la construction de l'identité personnelle et des troubles qui peuvent l'affecter ; permettre la prise en charge de nouvelles formes de pathologies, qui relèvent davantage de perturbations dans la conscience de soi que des classiques conflits œdipiens. (Duruz.N, 1985, p 100)

L'hypothèse fondamentale de la psychanalyse est, à cet égard, que les représentations que nous avons de nous-mêmes et de notre corps ne sont pas seulement le produit d'un processus cognitif conscient ; elles sont aussi le résultat de mouvements affectifs et notamment d'investissements pulsionnels dont la théorie du narcissisme s'est efforcée de rendre compte.

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

Ces représentations sont marquées de manière fondamentale par les premières interactions que le nourrisson entretient avec son environnement familial.

3-1-1 le vrai et faux self (Winnicott) :

Avec Fairbairn et Guntrip, Winnicott partage un profond intérêt pour les pathologies schizoïde, en manifestant la même réticence qu'eux à l'égard de la théorie des instincts et en recherchant également à mieux articuler la relation de l'individu à son environnement. Comme eux encore il va recourir pour ce faire à la notion de soi. Mais là s'arrête peut être le partage, car chez Winnicott le soi est analysé de manière beaucoup plus subtile et créatrice, à l'abri d'une idéologie presque personnaliste qui grève la théorie de soi de Fairbairn et surtout celle de Guntrip, en proposant la bipolarité « vrai soi », « faux soi » ou « pseudo-self », l'hypothèse de l'espace potentiel et de son paradoxe, une réflexion sur la psychothérapie et l'expérience culturelle en termes de jeu, Winnicott cherche à rendre compte d'une manière toute originale de l'identité humaine et de sa genèse.

Pour le dire plus simplement, mais en des termes qui sont encore les siens, tout sentiment de soi, au-delà du sentiment de se sentir vivant réel qu'il soutient, doit déboucher pour être authentique sur une capacité d'être créatif, la créativité étant pour Winnicott inhérente au fait de vivre. Et comme on le verra, ces termes de vie, créative, being même, celui-ci utilisé dans ses derniers écrits, sont loin de traduire un engouement naïvement mystique, ils cherchent à exprimer un processus de développement complexe, analysé d'ailleurs avec un sens de la dialectique très prononcé. (Duruz.N, 1985, p 100)

3-1-2 L'archétype de soi (Young) :

Pour sa part, Jung nous parle d'un archétype ' représentant la divinité qu'il découvre par l'exercice de l'imagination active, c'est-à-dire à travers le dessin libre, spontané, sans but aucun. Il appelle mandala cette représentation psychique. C'est une forme circulaire que l'on retrouve un peu partout et qu'il identifie. (Beaubien.L, 2009, P165)

À des représentations du Soi. Ce symbole est très important pour Jung comme il le dit à la fin de sa vie : « Je savais que j'avais atteint, avec la mandala comme expression, du Soi, la découverte ultime à laquelle il me serait donné de parvenir.

En, somme, Jung s'intéresse, avec une méthode rigoureuse, à l'étude de ces formes circulaires. La mandala est pour lui un phénomène psychologique, c'est-à-dire une forme

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

universelle que produit l'inconscient collectif à toutes les époques et dans toutes les civilisations. Le sens de ce symbole est l'équilibre de l'individu. À certains moments, l'unité de la conscience est menacée par la dissociation ou la désunion des forces conflictuelles en nous-même, mandala : provenant, écrit Jung en 1951 au sujet du conflit entre le conscient et l'inconscient et de la confusion qui en résulte. Empiriquement, cette confusion a la forme d'une instabilité et d'une désorientation. (Beaubien.L, 2009, P165)

3-1-3 L'approche développementaliste :

On dira avec Erikson 1968 qu' « on peut donc parler de l'identité du moi quand on discute du pouvoir synthétique du moi à la lumière de sa fonction psychosociale centrale et l'identité de soi quand l'objet de la discussion porte sur l'intégration des images de soi et des images de rôle chez l'individu »

La double dimension d'organisation exécutive et d'identification que nous avons dégagée du Ich Freudien est explicitement soulignée par Erikson dans ce qu'il appelle communément le « moi », cette perception nous apparaît des plus précieuse, dans le droit fil du Ich Freudien, d'autant plus riche qu'elle pose la relation à autrui et à son contexte social comme constitutive du processus de la « formation de moi ».

Margaret Mahler, quant à elle, a essentiellement mis l'accent sur le processus de séparation-individuation, qui caractériserait toute formation d'identité. C'est au contact de la psychotique qu'elle avait en psychothérapie qu'a germé sa réflexion sur l'émergence de l'identité humaine ; à partir de là, elle a cherché à vérifier certaines hypothèses en recourant à l'observation de l'enfant du point de vue du développement de son identité. .

Inspiré par les études d'observation de Spitz sur le nourrisson, qui était certes d'avantage intéressé à l'émergence des relations d'objet, se référant conceptuellement à l'ego psychologie (Hartmann et Jacobson) surtout, qui dans son ouvrage de 1964 ouvrait une piste de recherche sur le développement des représentations de soi et objet), se nourrissant enfin des travaux de Piaget sur la performance de l'objet pour penser en parallèle celle de soi, voilà armé pour décrire la « naissance psychologique de l'être humain » (1975) on observant la dyade mère –enfant .(Duruz.D,1985,p107)

3-2 les approches non psychanalytique :

3-2-1L'approche phénoménale :

La phénoménologie se présente comme l'étude des « phénomènes », le retour « aux choses mêmes » à l'expérience subjective, débarrassée des « vêtements d'idées » (Husserl) et des interprétations qui lui font écran. Elle part du constat que tout objet n'existe qu'à travers une conscience qui le saisit. Le phénomène est donc la façon dont l'objet apparaît à la conscience, et, pour Sartre, la phénoménologie remplace « la réalité de la chose par l'objectivité du phénomène ». Cela ne veut pas dire que l'objet se réduise à la façon dont il est saisi par la conscience : « Ce qui paraît, en effet, c'est seulement un aspect de l'objet et l'objet tout entier est dans cet aspect et tout entier hors de lui ». Tout entier dedans parce que c'est dans cet aspect qu'il se manifeste, qu'il existe pour la conscience ; mais tout entier dehors, en même temps, parce que la série potentielle des aspects de l'objet n'est jamais présente à la conscience, la totalité de cet objet lui échappe (ainsi le soi est la conscience que j'ai de moi à tel instant, dans telle situation ; mais en même temps, il déborde cette conscience immédiate pour englober la totalité virtuelle des différentes expériences de soi).

Puisque la conscience, qui est toujours conscience de quelque chose (ce que la phénoménologie appelle son « intentionnalité ») est au fondement de toute connaissance, avant de prétendre construire le soi comme objet, il convient d'étudier la façon dont cet objet apparaît à la conscience. C'est dans ce sens que la phénoménologie, loin d'être une démarche antirationaliste, se veut au contraire le point de départ nécessaire pour fonder les différentes formes de rationalité. Elle prend au sérieux le fait que la conscience est l'origine de toute signification, qui réside dans le lien d'intentionnalité reliant le sujet à l'objet. (Edmond .M, 2005, p59

Ainsi, la démarche phénoménologique passe par une psychologie descriptive de l'expérience subjective ; non pas dans le sens où cette expérience serait la finalité ultime (et close sur elle-même) de sa démarche ; mais dans le sens où l'être de l'objet n'est saisissable qu'à travers la façon dont il est donné à la conscience (où il apparaît comme chose, mais aussi comme valeur et comme signification) et à travers les modalités par lesquelles elle le vise : « Si la théorie de la connaissance veut étudier les problèmes des rapports entre la conscience et l'être, elle ne peut alors avoir devant les yeux que l'être comme corrélat de la conscience, comme quelque chose de visé d'après la manière de la conscience . La connaissance des «

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

manières » qu'a la conscience de connaître est donc le fondement de toute connaissance rigoureuse. (Edmond. M, 2005, p59)

3-2-2 L'approche béhavioriste :

C'est la psychologie de comportement, ou béhaviorisme, qui cristallisera et condensera sur le plan psychologique une telle évolution sociale. Le béhaviorisme c'est la psychophysique fechnerien amputée ou concept de sensation. (Jacques .M , Raymond .T, 1994, p22)

Le béhaviorisme a volontairement écarté de son champ d'investigation certains objets dont l'importance stratégique s'est révélée par la suite. Pour ne prendre qu'un exemple parmi d'autres, Watson (1924) a dénié tout intérêt à l'étude de la mémoire humaine. Selon lui, la psychologie de ce processus était tellement simple qu'il aurait été insultant (sic) pour nos capacités d'en discuter .c'est ce qui s'appelle se tromper lourdement car, les soixante années de recherches ultérieures ont démonté :

- Que la mémoire ne se réduit pas à l'apprentissage ;
- Que les lois de fonctionnement de la mémoire sont extraordinairement complexes et qu'on est loin de disposer actuellement d'une perception théorique satisfaisante. ((Jacques. M, Raymond .T, 1994, p28)

L'approche béhavioriste davantage intéressée au soi conçu comme une des variables régulatrices et controlantes dans l'apprentissage des comportements humains.

Pour les béhavioristes, les changements de comportements dus à l'apprentissage observés durant le développement découlent particulièrement de la façon dont un individu réagit aux stimuli agréables, douloureux ou menaçants qui viennent de son environnement.

En effet, s'ils reconnaissent la limite imposée aux actions humaines par les mécanismes biologiques, les tenants de l'approche béhavioriste accordent à l'environnement un rôle déterminant dans l'orientation du comportement : on dit qu'ils sont déterministes.

Les tenants de cette approche se sont surtout intéressés à deux formes d'apprentissage, soit le conditionnement classique ou répondant et le conditionnement instrumental ou opérant. (Duruz.D, 1985, p113)

4- Représentation de soi :

4-1 Histoire de soi :

4-1-1 dans la philosophie :

Le soi est une notion antique ; Socrate le pose comme objet privilégié de connaissances on peut peut-être dire que toute l'histoire de la philosophie se fonde sur une même interrogation : « qui suis-je », avec les deux réponses extrêmes, celle des anthropocentristes (je suis tous) et celle des jansénistes (je ne suis rien).

Cette interrogation va jusqu'au doute radical sur soi-même : « suis-je ? demande Descartes. Peu à peu émerge la notion que « soi » n'existe que par rapport à l'autre Heidegger l'exprime par « l'être au monde », l'être pour l'autre. Sartre pose que la limite de soi est l'autre, et avant lui Dostoïevski avait montré que la limite de soi est Dieu.

4-1-2 Dans la psychologie :

Le soi est associé à la « conscience de soi », il ne peut se définir que par le sentiment que j'en ai.

Il est une notion centrale pour le courant phénoménologique. L'introspection permet de découvrir son soi profond. Toutefois, et en raison de ces connotations philosophiques et phénoménologiques, le soi sera longtemps absent de la panoplie terminologique et conceptuelle des psychologues.

4-1-3 Dans la psychanalyse :

Le soi en tant qu'un concept utilisable dans la cure apparaît tardivement, c'est alors une entité théorique à part entière qui a la particularité de n'être pas théorique interne à l'analyste ; il est ce qui est propre au sujet. On pourrait dire que le patient apporte au thérapeute non pas un surmoi tyrannique, ni un ca explosif, ni un moi pathologique mais bien un soi-souffrant (Sanglade.A, 1990, p10).

4-2 le moi et le soi :

Hartmann qui, dès les années 30, ait différencié le moi du soi. A ca suite, de nombreux auteurs ont fait référence au soi, et en particulier Winnicott et H .Deutsch d'une part, O .Kernberg d'autre part à travers l'analyse des aléas du narcissisme dans les états limités. Enfin H .Kohut étudiant les troubles des personnalités narcissiques, élabore en 1971 une métapsychologie du soi extrêmement riche quant à ses implications théoriques et pertinente pour la clinique des personnalités narcissiques.

Kohut soutient que le narcissisme est l'investissement libidinal non pas de moi mais de soi, l'analyse de ses patients narcissique et des modalités particulières de leur Fert l'amène à une conception originale du développement libidinal et de différenciation de soi. Il pense en effet que libido narcissique et libido des objets ne se trouve pas un même continuum, l'une se transformant en l'autre, mais qu'elles se développent parallèlement (côte à côte), chacune allant de niveaux archaïques à des niveaux plus élevés. Cette conception de celle de M .Mahler par exemple qui propose un schéma plus linéaire, allant de l'autisme à la symbiose puis à l'autonomie. Individuation différente aussi de la conception de Freud pour qui la libido est d'abord auto-érotique, puis narcissique, puis objectale.

A travers toutes ces conceptions, se dégage la notion que le soi représente ce qu'il y a de plus intime dans chacun de nous, le noyau concret de notre identité. C'est lui qui nous assure notre sentiment de permanence, (être) de continuité (être le même aux différents moments de notre existence), de cohésion (être unifié), de cohérence (être sensé), le soi est ce qui fonde l'identité du sujet , il est la gestalt qui contient , organise et donne sens à non expériences proprioceptives et réflexives de la vie : premières expériences corporelle (posturales, rythmiques, sensations et perceptions) renvoient le regard de la Mère, bien sûr, mais aussi tous les regards des personnes qui sont investies libidinalement le soi primitif, sentiment obscur de soi –même , se cristallise sans doute alors des premières expériences de miroirs de l'enfant , c'est là qu'on peut situer la naissance de l'image de soi, c'est-à-dire d'une représentation finie d'un objet –soi distinct des autres objets , aimable et pensable(Sanglade.A, 1990, p11).

4-3 Définition de représentation de soi :

Le soi étant, en soi, une expérience indicible, il ne peut être saisi, décrit, communiqué qu'à travers les représentations que nous en avons, en tant qu'une représentation, elle participe de l'élaboration mentale, elle est le produit d'un travail psychique secondaire et, en tant que telle, soumise à tous les mécanismes propres au travail de l'appareil psychique, nous dirons que la représentation de soi est constituée d'un agrégat de souvenirs, de traces mnésiques sédimentées en couche successives, qu'elle est la résultante de la confrontation permanente du sentiment de soi avec les attentes du monde extérieur et avec les idéaux du moi.

De même que le soi est dominateur comme de toutes nos expériences, de même la représentation de soi en est-elle le contenant fantasmatique fondamental, elle englobe l'image du corps, l'identité, les identifications, elle se situe au carrefour des expériences corporelles et relationnelles, des investissements narcissiques et objectaux on pourrait dire que la représentation de soi est la version psychologique de la notion psychanalytique de moi-peau qui donne corps à l'appareil psychique (Sanglade.A, 1990, p12).

4-4 La réflexion sur la représentation de soi :

La représentation de soi se construit dès l'enfance, elle continue en dépit des périodes tourmentées inévitables qu'il a eues au cours des deux premières années.

La présentation de soi est une structure de permanence fondée sur la continuité temporelle de l'unité de plaisir intériorisée, issue elle-même de la continuité du plaisir des transformations corporelles réciproques vécues lors des interactions : structure de permanence qui se construit simultanément à la construction de la permanence de « l'objet-mère » lors de la période préverbale.

-la représentation de soi procède donc d'une perte assurée, en absence de l'autre.

- Les premières activités symboliques du jeune enfant, soutenues par une dynamique de fantasme d'action, manifeste précocité à se présenter : toucher, se toucher, se mobiliser, dans l'espace, ainsi que les écholalies, les échos mimiques, les échos praxiques, toutes les activités rythmiques qui sont autant d'épreuve de la représentation de soi. (Accouturier.B, 2005, p123)

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

-Toutes les productions symboliques de l'enfant même celles qui s'embent les plus lointaines, comme les identifications, sont toujours des formes pour se représenter, pour « parler de soi ».

-la représentation de soi ininterrompue contient l'énergie pulsionnelle des fantasmes d'action et permet à l'enfant de vivre :

- le plaisir de continuité de ses limites corporelles ainsi que le plaisir de la continuité de l'espace et du temps.
- le plaisir de la continuité de la vie physique, de son désir d'être et de vivre émotionnellement.
- le désir de la continuité de la pensée associative, anticipatrice de relation et d'action imaginée.
- la représentation de soi est un contenant de pensée : « un contenant de pensée n'existe pas en soi, il est une représentation inconsciente, celle qu'un sujet a de lui comme enveloppé, unifié, grâce à l'intériorisation d'un certain nombre et d'une certaine qualité d'expérience limites somato-physique qui perdure dans le champ du non-conscient, voire de préconscient, elle est un contenant actif indispensable au plaisir d'être soi, au plaisir de rêver, d'imaginer et de penser. Mais toutes difficultés, ou déchirement de l'unité de plaisir dus à un monde intrusif, violent, excitent, crée une perte de la continuité de soi qui a pour conséquence des troubles de la représentation de soi qui peuvent être plus ou moins grave et relever d'une aide thérapeutique pourront apparaître , dans les cas plus grave, la perte de la reconnaissance de l'image dans le miroir ; de même pourront apparaître un sentiment de corps déformé et celui « d'être mal dans sa peau » qui peut être associé à des syndromes de dépersonnalisation , d'hypocondrie de dyspraxie marquée par une maladresse importante. (Accouturier.B, 2005, p123)

Chapitre : I Représentations de soi et ces conceptualisations

Conclusion :

Pour conclure La représentation de soi, concept opératoire, peut être discutée comme un principe unificateur qui centre l'étude du fonctionnement psychique sur le sujet tel qu'il se vit dans son corps et son univers relationnel.

Un lien de convergence entre activité perceptive et activité imaginaire ou entre réalité interne d'un objet connu, et réalité interne et vécu.

Préambule :

Le phénomène de la stérilité inexplicée, relève d'une incapacité à tomber enceinte - malgré l'absence de toute explication médicale et aussi malgré des essais de stimulation hormonale et/ou de fécondation artificielle.

Dans ce présent chapitre nous allons aborder la stérilité sur le plan médicale et sur le plan psychologique.

1- La stérilité sur le plan médicale :

1-1 Définition de la stérilité féminine :

Selon l'OMS, la stérilité est considérée comme une pathologie à part entière. Elle est définie par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception.

L'incapacité d'un couple à procréer ou à mener une grossesse à terme au bout d'une année ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés, sans méthodes contraceptive. (Blandin .C, Xavier, 2014, p. 335).

1-2 Types de la stérilité :

1-2-1 Primaire :

Lorsqu' il n'y a jamais eu de grossesse.

1-2-2 Secondaire :

Si la femme après une ou plusieurs grossesses quelle qu'en soit son issue (accouchement, avortement ou GEU), n'est pas fécondée alors qu'elle le désire.

1-2-3 Stérilité psychique

Stérilité de la nature psychique d'une stérilité qui n'est pas expliquer .Ce types de stérilité pathogène serait selon les spécialistes en psychologie et en psychiatrie, du a l'inconscient qui ne satisferait pas les désirs de grossesse d'une femme .Il semble qu'environ 10% des infertilités serait de nature psychique. On a du mal à expliquer et à comprendre pourquoi les femmes refuseraient d'être fécondes alors que c'est le plus souvent le fruit de leurs attentes. Pourtant les stérilités psychogènes sont bien le résultat d'une action

inconsciente qui vient perturber le fonctionnement normal de la physiologie féminine. Il s'agit bien en définitif d'un refus intériorisé de la grossesse. (Hafner. J, 2003, p.189)

1-3 l'anatomie de l'appareil génitale féminine :

L'appareil génital féminin regroupe un ensemble d'organes situés dans la cavité pelvienne.

Les ovaires, les trompes de Fallope, l'utérus et le vagin (les 2/3 supérieurs) constituent les organes génitaux internes.

Le tiers inférieur du vagin et la vulve (vestibule, petites lèvres, grandes lèvres et clitoris) constituent les organes génitaux externes.

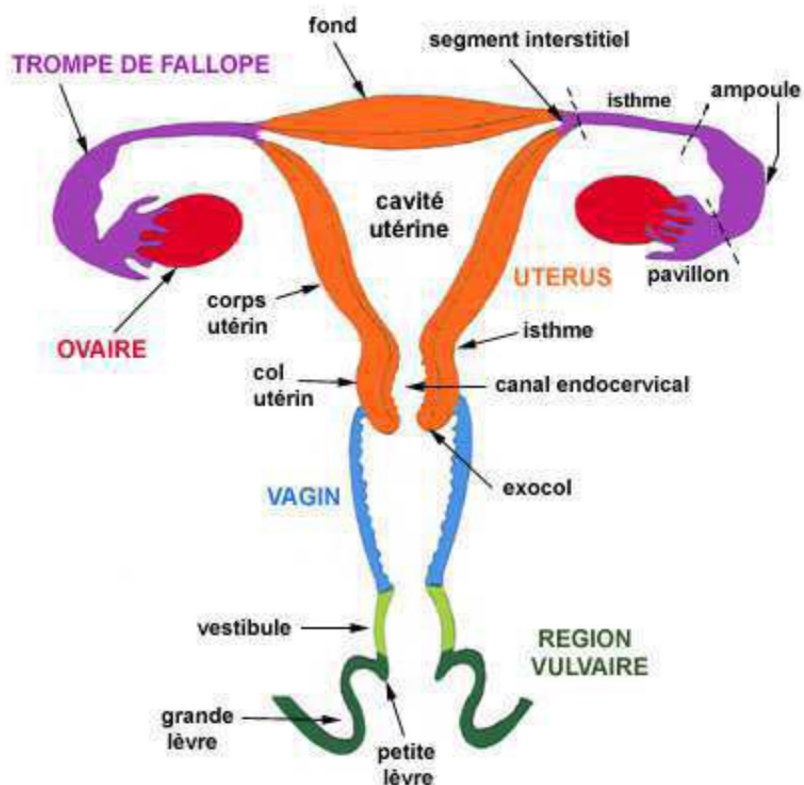


Figure1 : Appareil génital féminin (d'après www.chu-toulouse.fr)

L'appareil génital féminin est le siège de la fécondation et du développement embryonnaire. Il comprend **le vagin, l'utérus et les ovaires**.

L'utérus est divisé en trois parties:

- **Le col** de l'utérus qui fait communiquer vagin et utérus.
- **La cavité utérine**, virtuelle en dehors de la grossesse, est tapissée par un tissu, l'endomètre, et entourée par un muscle, le myomètre.
- **Les trompes de Fallope**, au nombre de deux, qui partent du fond de l'utérus et se divisent en quatre parties: la portion interstitielle dans la paroi du myomètre, l'isthme, l'ampoule et le pavillon. Le pavillon, composé de franges rentre en contact avec l'ovaire et permet de recueillir l'ovocyte fabriqué par celui-ci. (Bertrand .L, 2003, p02).

1-4 la notion physiologique de la reproduction :

Quelques notions de bas sur le fonctionnement d'appareil de la reproduction féminin est nécessaire pour comprendre les mécanismes de survenue de la stérilité. Les facteurs les plus importants chez la femme sont le cycle menstruel et les différentes étapes de la grossesse.

- Le cycle menstruel :

De la puberté a la ménopause, les organes génitaux internes féminins sont soumis à des variations cycliques s'appelées cycles génitaux, les cycles correspondent à l'ensemble des modifications qui rendent l'appareil génital de la femme périodiquement apte à l'installation d'une grossesse. Les modifications sont liées à des fluctuations hormonales ou niveau de l'axe hypothalamus-hypophyso-ovarien qui commandent la phase terminale de la folliculogenèse, l'ovulation la facilitation du transport de spermatozoïdes puis de l'œuf, la préparation utérine a l'implantation de cet œuf. Conventionnellement le cycle menstruel phénomène apparent le cycle génital féminin d'une durée de référence de 28 jours.

L'ovulation ou niveau ovarien permet de définir les phases folliculaires (durée moyenne 14 à 17 jours). La commande centrale des cycles est l'axe l'hypothalamus-hypophysoovarien, les cycles des trompes, de l'utérus et de et de l'endocol résultent de l'activité des deux hormones stéroïdes ovariennes que sont les œstrogènes (o) et la progestérone. (Hafner. J, 2003, p.37)

- **La fécondation :**

La fécondation est réalisé par la pénétration de spermatozoïde dans l'ovule, par la fusion des éléments nucléaires de ces deux gamètes (ovule et spermatozoïde) qui donne un oeuf fécondé déclenche le développement chez la femme stériles la libération régulière d'ovules normaux, la perméabilité tubaire satisfaisante, la muqueuse utérine en état de réceptive adéquate au moment de lapidation, la glaire cervicale de bonne qualité pour le stockage et la migration des spermatozoïdes, l'appareil génital adéquat pour le contacte du sperme avec le col et la glaire cervical. Et après la fécondation, la protestation, la nidation et la gestation normales. (Hafner. J, 2003, p.37)

1-5 Diagnostique de la stérilité féminine :

Tableau N°1 :

Examen clinique d'exploration féminine dans la stérilité qui Oriente à la recherche d'une anomalie organique ou fonctionnelle (Zorn.J , Savale, 1999, p 69)

Examen clinique Examen gynécologique, Examen Général	
Bilan organique	Bilan fonctionnel
Bilan infectieux Bactériologie Sérologies	Courbe de température
Imagerie Imagerie pelvienne Echographie Radiologie : - Hystérosalpingographie - Salpinographie sélective Imagerie numérique : - IRM - Tomodensitométrie	Hormonologie Dosages statiques Axe hypothalamo -hypophyso-ovarien - Hormones peptides - FSH, LH, AMH, prolactine - Stéroïdes - Œstradiol, Progestérone Cortisol Thyroïdes : TSH, T3, T4 Tests dynamiques

	<ul style="list-style-type: none"> - Test à la progestérone - Test à la FSH - Test au clomifène - Test LH-RH - test TRH
Endoscopie <ul style="list-style-type: none"> - Cœlioscopie - Salpingoscopie - Fertiloscopie - Hystéroskopie 	Biopsie d'endomètre
	Echographie <ul style="list-style-type: none"> - Echographie folliculaire - Echographie endométriale - Doppler

- L'interrogatoire de la femme:

L'interrogatoire est fondamental, il permet au médecin de déterminer les facteurs de risque d'infertilité, de reconstituer l'histoire de la vie génitale du couple et chercher la pathologie ayant pu altérer la fonction de reproduction.

Aussi, le médecin devra mettre en confiance la femme, qui répondra plus volontiers aux questions posées, souvent intimes, car plus les renseignements fournis seront précis, plus la recherche de la cause de la stérilité sera aisée.

La majeure partie des éléments cliniques du diagnostic de stérilité repose sur les données de l'interrogatoire qui appréciera :

-L'âge : la femme consulte en général à « l'âge de reproduction », entre vingt-cinq et trente ans.

-La durée de la stérilité : 65% des couples fertiles conçoivent dans les six premiers mois, 80% dans l'année, la moitié des 20% restant auront un enfant plus tard sans secours thérapeutiques

- Antécédents familiaux :

Les antécédents concernent les parents et la fratrie comme les maladies importantes ou héréditaires et aussi à la fertilité et l'histoire obstétricales, Notâmes de la mère, motif qui a conduit à cette prescription.

- Antécédents médicaux :

Il faut signaler les maladies importantes : cœur, tension, poumons, diabète, Dépression nerveuse.

-Antécédents chirurgicaux :

Les interventions doivent être prises en compte, notamment au niveau :

-Ablation de kystes ovariens: réduction du volume de l'ovaire pouvant perturber l'ovulation.

-Toute intervention chirurgicale abdominale risque d'adhérences autour des Ovaires.

- Chirurgie tubaire

-Antécédents obstétricaux :

Pour chaque grossesse :(la date, et le mode de survenue spontané ou après Traitement).

- **Avortement spontané** : terme, circonstance déclenchant, analyses du produit d'expulsion ou de curetage.

- **Modalité d'accouchement** (voie basse, césarienne). (Zorn.J, Savale, 1999, p.72).

-**Interruption thérapeutique de grossesse** : cause, terme, modalités. (Zorn.J , Savale, 1999, p.72).

1-6 Les causes de stérilité

Chez la femme, les principales causes d'infertilité sont les troubles de l'ovulation et les anomalies anatomiques. Des cycles menstruels de plus de 35 Jours (oligoménorrhée) ou l'arrêt des menstruations (aménorrhée) témoignent d'une dysfonction ovulatoire. Les problèmes ovulatoires sont habituellement d'origine hormonale et résultent d'un problème de communication entre l'hypothalamus et l'hypophyse. La libération des hormones sexuelles est altérée ce qui empêche le développement normal des follicules ovariens et leur maturation. Le syndrome hormonal le plus fréquent est le syndrome des ovaires poly kystiques (SOPK) ; il affecte 8 à 10% des femmes en âge de procréer.

L'insuffisance ovarienne, qui se définit par une perte de la capacité des ovaires à produire de l'œstrogène, une dysfonction de la glande thyroïde et une hyperprolactinémie (sécrétion excessive de la prolactine), peuvent aussi avoir des répercussions sur la fonction ovulatoire.

Également, les maladies transmises sexuellement, l'endométriose et une ménopause précoce sont susceptibles d'avoir un impact sur la capacité de concevoir.

Sur le plan anatomique, des problèmes au niveau des trompes de Fallope, qu'elles soient entièrement bouchées ou absentes, de la cavité pelvienne ou de l'utérus peuvent aussi empêcher la femme de devenir enceinte bien que l'ovulation soit normale. Toutefois, dans certains cas, l'infertilité reste inexplicée.

L'évaluation de l'infertilité est indiquée pour toute femme âgée de 35 ans et moins qui essaie sans succès depuis plus de 12 mois d'avoir un enfant. Si la femme est âgée de plus de 35 ans, l'évaluation de l'infertilité est recommandée après trois ou six mois d'essais de conception selon si le cycle menstruel de la femme est régulier ou pas. Chez un couple dont la femme a plus de 40 ans ou si elle présente une condition médicale particulière (aménorrhée, syndrome des ovaires poly kystiques, endométriose, etc.).(Marie.L, 2017, p 10-11).

1-7 le traitement de la stérilité :

C'est le stade auquel la fertilité gouverne entièrement la vie du couple, ou le stress atteint son sommet, lorsque des traitements invasifs peuvent devenir psychologiquement et physiquement épuisants. ((Charle.C, 2010, p 22).

La période de traitement est souvent un moment dominé par des sentiments de colère de frustration, d'anxiété et le sentiment d'être des victimes, des médicaments, des médecines et de la technologie

Au début du traitement, les couples connaissent une excitation intense et un grand espoir de succès, pouvant être suivi de déception et de tristesse si une grossesse ne survient pas.

Les solutions sont

- Connexions de l'équilibre nutritionnel chez certaines femmes de poids normal.

- Réduction de l'activité physique dans les cas d'anovulation des sportives surentraînées.

- Traitement chirurgical.

- Anastomose tubaire.

- Hystérocopie opératoire : utérus choisisomée, fibromes ou polypes intra cavitaires, synéchies.

-antibiotique : endométrite, cervicite.

-irrigation vaginale alcalinisant : hyperacidité de la glaire cervicale.

- les procréations médicalement assistées (PMA).

-l'insémination intra vaginal : certain cas d'impuissance.

-l'insémination intra cervicale : des cas d'impuissance, d'hypospadias d'hypospermie ou d'oligo et /ou asthémozoospermie modérée, anticorps, anti spermatozoïdes dans la glaire cervicale.

-La fécondation in vitro FIV :

La FIV est une technique de PMA qui consiste à féconder des ovules en dehors du corps humaine (eu laboratoire), Grace aux ovocytes de la femme et aux spermatozoïdes de l'homme, puis transférer le ou les embryon(s) obtenu(s), s'il y en a, directement dans l'utérus de la femme. On l'appelle également FIVETE fécondation in vitro et transfert d'embryons. (Charle .C, 2010, p 22)

2-la stérilité sur le plan psychologique :

2-1 le désir d'enfant chez la femme :

La notion de désir d'enfant est une notion extrêmement complexe. Ce désir serait une pulsion naturelle appartenant à la fois à la femme et à l'homme avec des déterminants différents. Pour autant, le cadre d'expression du désir varie selon les époques et des données à la fois biologique, psychologique, culturelles et sociales.

Cette notion est d'autant plus difficile à saisir qu'elle se confond parfois avec d'autres comme le désir de maternité ou encore la décision d'enfanter. C'est avec la contraception, la possibilité d'avorter et la procréation médicale assistée, et les études sur les interactions précoces que ce concept s'est développé, en lien avec la possibilité de choix offerte aux couples.

Pour la femme, le désir d'enfant recouvre le désir de maternité et celui de grossesse. Le désir de maternité correspond plus à un souhait de se sentir « pleine », un souhait narcissique d'être en unité avec un enfant. C'est également l'acte qui va prouver à la femme sa fertilité, et va lui permet de se vivre intensément comme femme. Par ailleurs, la grossesse

va être le moment où la femme va pouvoir affirmer sa singularité biologique par rapport à l'homme. (Antoine .B , Fouques.D, 2002, p178).

Selon S. Freud, le désir d'enfant se reporterai le taux de pulsions génitales caractérise donc chez les femmes par l'envie du pénis, si nous devons situer ce désir dans l'histoire individuelle de la fille nous dirions qu'il antérieure au désire de pénis et qu'il contribue à le constituer. D'après cette théorie, la petite fille se sentirait lésée par rapport au petit garçon qui possède un pénis,

Elle se consolera alors de cette infortune au cours de l'Œdipe par le projet d'acquérir au-dedans de soi un pénis qui aurait la forme symbolique d'un< enfant du père s'il s'agit de l'enfant œdipienne.

C'est à traves donc ce processus psychique de base qui est l'identification au premier objet d'amour qui sont bien les parent que se construit la personnalité de la femme et de l'homme et c'est la qualité de ce processus qui est mis à l'épreuve au coure de cette expérience de parentalité. (Menechal.L, 1997 p 90).

2-2 L'enfant imaginaire :

« L'enfant imaginaire » enraciné dans le préconscient, et le fruit du désir de grossesse, aujourd'hui, souvent programmé le « mandat Trans générationnel » anime le choix du prénom et donne au projet la dimension de la filiation qui traverse les générations. (Missonnier et al, p11)

«Le désir d'être parent précède le désir d'enfant. Ces deux impulsions naissent de la créativité présente en tout être humain». Le désir d'être parent est celui de conquérir la puissance de ses propres parents. Selon Freud, citer par Christelle l'image de l'enfant imaginaire se crée au moment du complexe d'Œdipe.

D'ailleurs, ce moment a lieu, lorsque l'enfant ressent le désir d'avoir des relations sexuelles, avec le parent de sexe opposé, afin de le combler en lui donnant un bébé. L'enfant ne le sait pas, il s'agit d'un désir inconscient. Comme l'inceste, ainsi que l'attachement exclusif aux parents sont interdits, il doit donc projeter ce désir dans le futur. C'est-à-dire, qu'il s'imagine, un jour, qu'il aura une famille et ses propres enfants. Le désir d'enfant est très souvent lié à son désir vis-à-vis de ses propres parents. ((Christelle .G, 2003, p 16)

Le futur enfant est rêvé et projeté dans l'avenir de ses parents. Leur imaginaire l'intègre à l'avance dans la structure familiale où il va faire irruption. Cet enfant parfait doit combler ses parents en se superposant à l'image dont ils avaient rêvé.

Dans l'attente, la venue d'un enfant, il y a les souhaits de chacun des parents, qu'est-ce que l'enfant vient soigner ou étayer dans une famille ? On l'a vu les assises narcissiques de chacun de ses parents : ce que les parents ont à améliorer par rapport à leur vécu archaïque sera amélioré par l'enfant.

Et aussi il est celui qui porte ces secrets inconscients que l'on se transmet de génération en génération. L'enfant imaginaire est toujours celui que pense la femme, que porte le couple avant la naissance ; on le pare de toutes les qualités, d'un avenir magnifique, « c'est l'enfant qui vient couronner une bonne carrière, un bon partenaire, une bonne réussite. Il est le signe que nous avons tout bon » nous dit Muriel Flis-Treves psychiatre et psychanalyste à l'hôpital Antoine Béclère de Clamart.

Aujourd'hui, avec l'avènement de la contraception, l'arrivée d'un enfant est généralement attendue et organisée, tout se doit d'être parfait de la conception à la mise au monde, c'est un enfant programmé, créé sur demande et qui se doit d'entrer dans le projet parental, les parents attendent un enfant coulé dans le moule de l'enfant imaginaire. (Baulinet.M-C, 2013, p11)

Tel parent désire d'avoir un enfant et l'imagine on lui donnant quelques caractéristiques, donc l'enfant imaginaire correspond à l'image dont les parents avaient rêvé.

2-3 La stérilité et complexe d'œdipe :

La théorie de la stérilité comme symptôme hystérique qui a été représentée par certains psychanalystes « qui considèrent l'enfant qui ne vient pas comme un « produit du désir œdipien », la stérilité fonctionnant en tant que symptôme de Conversion. »

La théorie psychosomatique : P. Marty en 1980 et ses disciples précisent que, les femmes stériles déchargent dans leur corps l'excès d'excitation produit par un conflit lié à leur histoire.

Leur narcissisme fragile est volontiers traumatisé par le projet d'introduire un enfant entier dans un couple fusionnel (Khardouche.B, 2010, p 04).

Enfin, la théorie de l'intentionnalité du symptôme de stérilité, représentée essentiellement par Faure-Pragier, pour qui, le symptôme de la stérilité, est intentionnel et qui répond directement au refus inconscient de procréer sans refoulement. En effet, selon elle, la stérilité mettrait en acte un irreprésentable de la conception, entraînant une abrasion de la mentalisation et la décharge directe de l'excitation dans le comportement ou dans le corps (Pragier, 2001) Elle part surtout de l'hypothèse d'un déni du féminin.

Pour Pragier, le conflit œdipien n'est pas à l'origine de la stérilité mais l'absence de l'accès à l'Œdipe est problématique, car le père n'est pas assez investi.

Cependant, le lien étroit à la mère est dénié et la femme stérile se montre comme une femme vivant normalement.

L'enfant tant attendu est chargé de réparer cette dépendance pour se libérer de l'image de la mère archaïque. (Khardouche.B, 2010, p 04)

2-4 La stérilité et castration féminine

Dans son texte « La féminité » Freud précise qu'il « appartient à la psychanalyse, non pas de décrire ce qu'est la femme – tâche irréalisable – mais de rechercher comment l'enfant aux dispositions bisexuelles devient une femme ». (Lélia .C, 2014, p114)

Le plus souvent, il survient naturellement chez l'enfant à partir d'un sentiment de culpabilité, en rapport avec le complexe d'œdipe, et de la découverte de la différence anatomique des sexes. Le petit garçon craint de perdre ce qu'il a et qui la valorise. L'intérêt que la petite fille porte à la verge du garçon est l'expression de son désir de l'égaliser ; elle envie son pénis et elle cherche les moyens de réparer le manque dont elle souffre.

Avoir un enfant est l'un des moyens. Le désir de l'enfant viendra donc remplacer l'envie du pénis .Pour devenir sexuellement normal, tout enfant doit surmonter le complexe d'œdipe de castration (Norbert .S, 2010, p 55)

La question de la castration au féminin semble se poser de façon spécifique. La fille échappe à la menace de castration dans la mesure où l'intimidation des adultes ne se traduirait pas par une sanction impliquant une coupure. Aussi, « la castration ne serait pas identifiée à la section d'un pénis qu'elle aurait eu mais bien à des craintes concernant son intérieur ».

Cela rejoint la pensée de Jacques André pour qui l'angoisse de castration féminine serait mal nommée car en l'absence d'un objet détachable dont la perte serait symbolisable, la femme serait menacée par la crainte de la destruction de l'intérieur de son corps ainsi que par la perte d'amour, puisqu'elle perd son premier objet, la mère. Ce raisonnement semble attribuer à la phase phallique du développement de la petite fille des angoisses qui ont été identifiées par Mélanie Klein à des phases plus précoces. (Lélia .C, 2014, p 114)

2-5 La stérilité et problème sexuelles :

Les dysfonctions sexuelles de la femme sont une cause primaire rare d'infertilité. Les affections qui rendent la pénétration vaginale impossible ou douloureuse, les troubles du désir et la nécessité d'employer des lubrifiants spermatices peuvent altérer la capacité d'un couple à concevoir.

En revanche, la prévalence des dysfonctions sexuelles chez les femmes au sein des couples infertiles est plus importante que dans la population générale.

Les composantes de la réponse sexuelle les plus touchées sont le désir, l'excitabilité, l'orgasme et la satisfaction. (<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/dysfonctions-sexuelles-et-infertilité>)

L'altération de la réponse sexuelle de la femme est corrélée à la qualité de la réponse érectile de l'homme et à la satisfaction vis-à-vis de la sexualité des deux partenaires mais ne semble pas liée à la durée de l'infertilité.

Dans le cadre de l'infertilité, un vaginisme peut être lié à des conflits inconscients ou à une ambivalence vis-à-vis de la venue d'un futur enfant relevant d'une psychothérapie analytique.

Ainsi, les rapports sexuels douloureux par l'interaction de nombreux facteurs incluant la douleur génitale, les réactions comportementales et émotionnelles à la pénétration, aux caresses, au désir et à l'excitation, dans un contexte d'infection, d'endométriose, de maladie inflammatoire, d'anomalie morphologique ou de la statique pelvienne éventuelle parfois associés à des phénomènes douloureux chroniques auto-entretenus par l'inflammation neurogène peuvent modifier la capacité d'un couple à concevoir .

(<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/dysfonctions-sexuelles-et-infertilité>)

2-5 Les troubles psychologiques chez la femme stérile :

Les femmes stériles sont tristes souffrent des épisodes d'anxiété et de stress émotionnel, et aussi douloureuse prescrite souvent à la demande symptomatique : la stérilité pourrait être le témoignage de cette souffrance chaque personne qui souffre d'un problème de stérilité, sa propre histoire et ses souffrances pouvant intervenir à tout moment dans le processus de cette difficulté.

Le déni : C'est la première étape de processus intervient souvent après une courte étape, nommée le choc de l'annonce ou la sidération de la personne ne réagit pas face à l'annonce et rejette l'information et mobilise une énergie considérable pour fuir sa souffrance et s'occupe pour ne pas penser.

L'angoisse : Représente le même genre de sentiment et sensation poussés à l'extrême : on a l'impression que les pensées négatives nous envahissent, font battre notre cœur sans contrôle et nous empêché de respirer. Le cerveau est en panique et ne dirige plus grand-chose

La dépression : La femme stérile déprime à des idées noires sur sa vie ; son corps réagit avec une fatigue importante, une difficulté à se décider au geste le plus simple (se lever, se laver, s'habiller), des troubles de sommeil (l'insomnie ou au contraire durée de sommeil excessive de jour comme de nuit), des troubles alimentaires qui se révèlent soit par une anorexie avec amaigrissement, soit par des prises alimentaires anarchiques entraînant une prise de poids. Une caractéristique importante de la dépression est la perte de plaisir à réaliser ce qui auparavant apportait bien-être et satisfactions. La femme stérile déprime n'a plus de goût à rien on ressent de la culpabilité. Elle se sent un fardeau pour les autres et perd les saveurs de la vie.

La détresse : La détresse est la conséquence de la stérilité pourtant que cette douleur préexiste souvent à la demande symptomatique : la stérilité pourrait être le témoignage de cette souffrance, chaque femme qui souffre d'un problème de la stérilité, sa propre histoire et ses souffrances intervenant à tout moment dans le processus de cette difficulté. (Bydlowski.M, 2003, p.98).

2-6 L'estime de soi chez les femmes stériles :

La femme ressent la stérilité comme une amputation, une impuissance, une

Tare pour certains, une blessure, une souffrance, une castration dont l'impact sur l'identité de l'individu et du couple est considérable. (<http://www.mohamedchaaraoui-psy.com>)

La plupart des femmes stériles souffrent de troubles affectifs et psychologiques tels que le stress, l'anxiété, l'angoisse, les troubles psychosociaux, la marginalisation et l'insatisfaction relationnelle et conjugale. Ces facteurs peuvent entraîner chez elles des états dépressifs qui peuvent se manifester par l'agressivité chez les femmes de faible personnalité ce qui les emmène parfois à penser au suicide.

Synthèse :

Faire un enfant, c'est un désir, une promesse qui peut parfois se transformer en une quête impossible, irréalisable, surtout quand le corps ne répond pas et devient le lieu d'une absence et d'un silence angoissant.

Cadre générale de la problématique

1- Problématique :

A travers l'histoire, l'homme s'est toujours posé des questions sur son identité, il a toujours cherché à répondre à cette question : qui suis-je? Pour y répondre, Œdipe acharné à connaître l'identité de celui dont le crime a déchaîné la colère des dieux, mais aveugle jusqu'au bout à tous les indices qui le désigne lui-même, tente désespérément de nier cette terrible question, lorsque' enfin s'impose la réponse qui le désigne comme coupable, il se crève les yeux. Narcisse à son tour, qui se penche sur une source pour se désaltérer, aperçoit son image, si belle qu'il en devient à jamais amoureux ; il se détache alors du monde, ne faisant plus que se pencher sur son visage et se laisse périr.

Ces mythes témoignent bien de l'importance de connaître son identité, en d'autres termes, de savoir qui on est.

Le soi est donc le pôle des investissements narcissiques, il est en face du pôle des investissements objectales, qui représente le monde extérieur, on dit qu'il gouverne nos expériences.

La représentation de soi, conscience de soi, concept de soi renvoient à une expérience capitale pour chacun, qui le fonde en tant que sujet unique. Il s'agit ici de définir le moi, non pas à travers l'analyse de caractéristiques concrets (caractère, personnalité, attentes, projet ...) mais en cherchant comment chacun construit son identité. (Dominique.B, Odile .p-s, 1997 p206)

Selon Sanglade (1990), la représentation de soi est le contenant fantasmatique fondamental du soi. Elle participe à l'élaboration mentale du soi, et permet ainsi à tout à chacun d'assurer le sentiment de la continuité de son existence, de s'individualiser, et d'intégrer son évolution individuelle.

Constituée de souvenirs successifs, elle se construit en interaction avec les premières expériences relationnelles et corporelles, et résulte de la confrontation permanente du sentiment de soi avec les attentes du monde extérieur et avec les idéaux du moi. La représentation de soi est donc tributaire du réseau de relations que nous constituons et dans lequel nous sommes pris, elle peut à chaque instant s'en trouver modifiée, s'éprouvant solide ou détruite, désirée ou rejetée. (Claudel.S, 2012, p 69)

Le cadre générale de la problématique

Aussi, Sanglade (1983) la situe comme étant “au carrefour de l'éprouvé narcissique et de la vie relationnelle. En étroite dépendance avec le schéma corporel et l'image du corps, la représentation de soi correspond à la troisième étape dans la construction du soi (Sanglade, 1983)

Concept opératoire pour les psychanalystes, il est défini comme « principe unificateur qui centre l'étude du fonctionnement psychique sur le sujet tel qu'il se vit dans son corps et son univers relationnel » (Rauche de Traubenberg, 1990). Il permet de déposer cliniquement la question de la qualité globale du fonctionnement identitaire de l'individu, (Nina.R, 1990, p 17)

La représentation de soi se situant 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. (Neslihan. Z, Tevfika.I , Levent .K, 2005, p310)

Le désir d'enfant est aussi perçu comme une étape indispensable, la maternité étant pour beaucoup le passage obligé pour se sentir légitimée en tant que femme. Il permet de se sentir conforme au modèle familial de la société. Les enfants permettent de perpétuer le nom, d'assurer la filiation et la transmission des valeurs. (Noémie.M, 2014, p 02)

Pour la femme, le désir d'enfant recouvre le désir de maternité et celui de grossesse. Le désir de maternité correspond plus à un souhait de se sentir « pleine », un souhait narcissique d'être en unité avec un enfant. C'est également l'acte qui va prouver à la femme sa fertilité, et va lui permet de se vivre intensément comme femme. Par ailleurs, la grossesse va être le moment où la femme va pouvoir affirmer sa singularité biologique par rapport à l'homme. (Antoine .SB, Fouques.D, 2002, p178).

Le cadre générale de la problématique

Selon Freud le désir d'enfant est une réparation de ce qu'il appelle la « castration féminine ». La naissance d'un enfant peut apaiser les conflits et viendra donc remplacer l'envie de pénis .pour devenir sexuellement normale, tout enfant doit surmonter le complexe d'œdipe et l'angoisse de castration.

Les psychanalystes considèrent, en effet, que le complexe de castration constitue, pour l'individu, le choc affectif le plus important de son existence, dont les prolongements retentir sur le développement ultérieur de sa sexualité et conditionner ses relations humaines futures (Norbert. S, 2010, p55).

«Le désir d'être parent précède le désir d'enfant. Ces deux impulsions naissent de la créativité présente en tout être humain». Le désir d'être parent est celui de conquérir la puissance de ses propres parents. Selon Freud, l'image de l'enfant imaginaire se crée au moment du complexe d'Œdipe. (Christelle .G, 2007, p16)

Pour FREUD, citer par Soule l'œdipe est le désir d'obtenir du père le pénis qui sera relayé par le désir d'avoir un enfant. L'enfant devient ainsi l'ersatz du désir du pénis. Mais nous avons aussi à cette période le versant homosexuel de la relation fille-mère, car en désirant l'enfant, elle rencontre et touche sa propre mère, elle devient sa mère, la prolonge tout en se différenciant d'elle, mais que représente cet enfant pour la petite fille ?l'enfant imaginaire est incestueux mais caché, issu de son amour pour son père, dans les fantasmes de la petite fille, autorisant des relations érotiques avec le père ou l'enfant, il permet aussi l'auto-érotisme. (Soule et al, 1983, p139).

La théorie de la stérilité comme symptôme hystérique qui a été représentée par certains psychanalystes « qui considèrent l'enfant qui ne vient pas comme un « produit du désir œdipien », la stérilité fonctionnant en tant que symptôme de Conversion. »(Khrdouche .B, 2010, p 04)

La stérilité entraîne une souffrance et frustration d'une aspiration parentale si la femme a une mauvaise qualité de représentation de soi.

La souffrance de la stérilité chez la femme : ce sera une blessure narcissique et objectale (venant de son « objet d'amour », autrefois le père, aujourd'hui le compagnon) : à côté de la déception de ne pas recevoir cet enfant du père désiré en secret depuis l'enfance, il y a la blessure de ne pas pouvoir, à travers une maternité, retrouver la mère perdue des débuts de la vie ; l'enfant sera toujours celui qui manque à l'appel pour venir combler tous les

chagrins et toutes les blessures de la vie. C'est la douleur de cette incomplétude qui tiendra souvent la plus grande place, à côté de celle de ne pas recevoir de son compagnon le « cadeau » d'un enfant, substitut de celui attendu du père dans l'enfance. (Monique.J, 2011, p 24)

L'objectif de cette petite présentation est de chercher la représentation de soi chez les femmes ayant une stérilité psychogène .à travers la pré-enquête sur le terrain et l'observation générale des cas, on se référant à la théorie psychanalytique nous avons essayées de cerner notre problématique et hypothèses de recherche par rapport à la qualité de représentation de soi chez les femmes stériles.

Enfin sur la base de tous ce qui a été avancé précédemment nous pouvons poser la question suivante :

Comment se manifeste la représentation de soi chez les femmes ayant une stérilité psychogène ?

2- Hypothèse :

Les femmes ayant une stérilité psychogène ont une mauvaise représentation de soi qui se présente dans le test projective par la difficulté à entrer dans les relations humains chose qui se traduise par la rareté des (H), des réponses non vivantes plus importantes, et des difficultés à rencontrer clairement les identifications sexuelles . Protocoles et la grille de représentations de soi des réponses phobogène et angoissante telle que : Sang, Anat., Hd, Ad qui peuvent renvoyer à une image de soi non complète.

La mauvaise qualité se traduit par des réponses au RORCHCH et après application de la grille de représentation de soi, on obtient :

- Les limites corporelles non complète et fragile (Hd -Ad).
- Réponses anatomique (os, utérus, sang...).
- Réponses non vivantes (rocher, objets).
- Représentation des relations humaines chargées d'agressivité et affrontement (blessures-peur-phobie)

La bonne qualité se traduit par :

- Limite corporelle complet et intègre (H)
- Identification sexuelles claire

- Représentation humaine ouverte sur les relations interpersonnelles.

3- Les raisons de choix de thème :

A la suite d'une observation de terrain qu'on a pu découvrir tant les malheurs et la souffrance d'une stérilité que les femmes sont torturé de cette mauvaise expérience.

On a constatés que ces femmes engendrent une mauvaise interprétation dans leurs représentations de soi.

On a choisi donc ce thème pour les raisons suivants :

- Se rapprocher plus de la population souffrante par les moyens offerts par la méthode de cas.
- Pour savoir le lien entre la représentation de soi et la stérilité psychogène
- Accéder à la pratique du Rorschach et la grille de représentation de soi de Nina Rauche qui sont des outils pertinents dans le domaine de la psychologie clinique projectif.

4- Les objectifs de la recherche :

Notre modeste travail sur la représentation de soi des femmes stériles dans le cadre d'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique harmonisé, c'est le symbole de l'aboutissement de nos études.

Mettre en lumière le sentiment et les difficultés vécues et identifier les conséquences de la stérilité psychogène sur sa représentation de soi.

Avoir une connaissance complète de cet évènement à travers l'analyse de l'entretien clinique, et comprendre et analyser les sentiments de ces perceptions dans une approche psychanalytique.

5- Définition opérationnelles des concepts clés :

Avant de commencer notre thème, nous allons définir les concepts utilisés dans notre recherche sur la représentation de soi des femmes stériles au niveau de l'unité hospitalière de TARGA OUZEMOUR qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, pour obtenir des réponses sur le test Rorschach.

5-1 Représentation de soi :

Nous adoptons la définition de Nina Rauche de traubeuberg : La représentation de soi se situant au carrefour des expériences corporelles et relationnelles, des investissements narcissiques et objectaux, englobe l'image du corps, l'identité et les identifications.

5-2 La stérilité :

La théorie de la stérilité comme symptôme hystérique qui a été représentée par certains psychanalystes « qui considèrent l'enfant qui ne vient pas comme un « produit du désir œdipien », la stérilité fonctionnant en tant que symptôme de Conversion.

Partie Pratique

Chapitre III
La méthodologie de la
recherche

Liste
Bibliographique

Les Annexes

Préambule :

Chaque projet de recherche contient une partie méthodologique bien déterminée, avoir un Lieu de recherche, un groupe d'étude et des outils d'investigation.

Ce chapitre comprend la présentation de la pré-enquête, la méthode de la recherche, le lieu de la recherche, ainsi que les outils d'investigations.

1- La pré-enquête :

Durant notre recherche, nous avons établis une étape avant la technique utilisée cette étape est la pré-enquête qui est très importante dans notre étude, elle nous a permis de mieux connaître le terrain d'investigation.

Et puisque notre thème d'étude est « **la représentation de soi des femmes stériles** », nous avons effectués notre pré-enquête qui à durée trois mois du « **08 novembre 2018 au 08 février 2019** » effectuées dans l'unité hospitalière : hôpital **TARGA OUZEMOUR** qui se situe à Bejaia au niveau d' **TARGA OUZEMOUR** ou on a expliqué l'objectif et la nature de notre recherche à la psychologue et elle nous a orienté vers les femmes qui ont le problème et souffre d'une stérilité psychogène ,par ailleurs ces femmes ont réussi le coup de tomber enceinte.

D'après notre processus de recherche dans la pré-enquête quand on s'est orienté et informer à l'extérieure on a pu trouver trois femmes qui ont déjà passé par le service et le fait que ses femmes ne consulte plus à TARGA OUZEMOUR la psychologue les contacts et les proposent de participer à notre recherche afin que ses femmes accepte de faire avec nous l'entretien et le test RORCHACH , mais la différence on les est vu chez eux parce que on pas assez de temps pour les attendre à TARGA OUZEMOUR donc on s'est orienté à l'extérieure et ceux qui nous a permet d'effectués des entretiens avec des femmes stériles et appliqué le test RORCHACH.

2- La démarche méthodologique :

Nous avons adopté « **la méthode descriptive** », car les recherches en psychologie clinique font principalement appelle aux méthodes descriptives Elles interviennent en milieu naturel et tendent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière (Chahraoui. K, Benony. H, 2003, P125).

Concernant la méthode d'approche utilisée, nous avons opté pour une étude de cas, qui est employé comme un outil pour étudier quelque chose spécifique dans un phénomène

complexe, celle-ci fait partie de l'approche descriptive. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu. Elle est naturellement au cœur de la méthodologie clinique.

C'est par l'étude de cas que les cliniciens tentent de décrire le plus précisément le problème actuel d'un sujet en tenant compte de l'histoire du sujet et ses relations avec autrui. (Chahraoui.K, Benony.H, 2003,126).

3- La présentation de groupe d'étude et ses caractéristiques :

3-1- La présentation du groupe d'étude :

On choisit trois (03) cas qu'on doit étudier, d'une manière volontaire, et ce selon la disponibilité des critères d'inclusions suivants :

3-2- Les critères d'inclusion de groupe d'étude :

- 1- Mariées.
- 2- Agées entre 30 à 35 ans.
- 3- Stériles pendant au moins une durée de 2 ans (suivant les consignes médicales du diagnostic de stérilité).
- 4- La stérilité reste inexplicquée selon le diagnostic du médecin traitant.

3-3- Les caractéristiques de groupe d'étude :

Cas	Age	Niveau D'instruction	La durée du couple
Kahina	31 ans	Universitaire	6ans
Sonia	34 ans	primaire	10ans
Salima	32 ans	Primaire	13ans

Tableau N°2 : tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude.

Le choix des cas de notre recherche s'est fait d'une manière précise et non pas au hasard, on s'est basé sur des femmes qui ont vécu une stérilité psychogène, sans réussir le coup de tomber enceinte.

4- lieu et durée de l'étude :

Nous avons effectué notre stage à la clinique de **Targa-ouzemour** CHU Bejaïa, au sein du service gynécologie.

Notre thème de recherche est porté sur « **la représentation de soi chez les femmes stériles** »

Cette clinique comprend principalement quatre services : Service gynécologie, Service maternité, Urgence gynécologiques, Service néonatalogie

Les services gynécologie (service concerné par notre thème) es chargé : Des accouchements par césarienne, des mammectomies, des hystérectomies, des cystectomies, curetage, extraction, cerclage, fausse couche...

4-1 Réparation et organisation de service :

Ce service est constitué de :un chef de service, une psychologue, quatorze(14) médecins généralistes et sept (07) gynécologues, treize (13) infirmières et infirmiers dont six(06) de garde de nuit et sept(07) le jour, une auxiliaire de vie une assistante médicale, sept(07) agents d'entretien, cinq(05) agents de sécurité.

4-1-1 Le service comprend :

Seize(16) chambres avec sanitaire, une salle d'échographie, une salle d'examen et de soin, bloc opératoire, un laboratoire, une pharmacie, bureau de médecins, une chambre de garde pour le personnel médicale, bureaux administratifs, une cuisine, un foyer.

5- Les difficultés de la recherche :

Dans notre recherche on a rencontré quelques difficultés, mais qui n'ont pas empêché la réalisation de notre travail.

5-1 Les difficultés d'ordre théoriques :

Les difficultés de trouver des ouvrages spécialisés qui traitent la représentation de soi ainsi que la stérilité psychogène.

5-2 Les difficultés d'ordre pratique :

L'insuffisance du temps pour la réalisation de notre stage et d'attendre les femmes au sein de service maternité TARGA OUZEMOUR, ce qui nous a laissée de déplacés chez eux cause du retard de la Formation sur la passation de test ROCHACHE.

6- Les outils de recherche :**6-1 l'entretien clinique :**

L'entretien clinique fait partie des techniques d'enquêtes en science social, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. Il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, les événements vécus, son histoire, ses rêves, ses fantasmes, témoignant de la singularité de la complexité d'un sujet.

C'est un outil à la fois de recherche et de production d'information.

Il s'agit d'un: dispositif par lequel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de (Hervé. B, Chahraoui. K, 1999, P64).

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe dans un contexte d'évaluation psychologique, d'aide ou de soins psychologique ou de recherche clinique.

Parmi les entretiens nous avons choisie « **l'entretien semi-directif** » dans lequel le chercheur dispose un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance qui correspondant aux thèmes de recherche et dans ce type d'entretien le chercheur pose une question puis laisse parler le sujet. (Grawitz .M,2009, p153).

6-2 Le guide d'entretien :

Dans ce type d'entretien, permet au clinicien dispose d'un guide d'entretien qui contient de certain nombre de questions préparée à l'avance, on a donc mis au point un outil d'enquête constitué de questions en abordant successivement les Axes suivant :

Axe 1 : donnée personnels, des informations personnelles :

Cet axe nous permet de recueillir plus de coordonnées sur le sujet.

Axe 02 : Le projet d'enfant / Le désir d'enfant :

Cet axe nous permet de découvrir l'importance d'avoir un enfant entre le réel et l'imaginaire.

Axe 03 : L'enfant imaginaire :

Cet axe nous permet de découvrir à quel point ces femmes désirent une grossesse.

Axe0 4 : La représentation de la stérilité :

Cet axe nous permet de poser des questions sur l'image corporelle de la femme ou nous avons essayé de la relier avec la stérilité et détecter image inconsciente de soi par rapport à sa stérilité.

Axe0 5 : Les relations avec les figures parentales :

Cet axe servira à savoir si ces femmes ayant le complexe d'œdipe.

Axe0 6 : le vécu du traitement de la stérilité :

Cet axe servira à savoir l'état psychique, et savoir si ses femmes exprime ou pas une souffrance psychique.

Axe07 : Relations sexuelles :

Cet axe nous permet de découvrir la relation de la femme stérile avec son marie

Axe08 : La réaction de l'entourage et de la famille :

Cet axe nous permet comprendre la relation de a femme avec son marie et sa famille, on tenant compte les causes de la stérilité.

Axe 09 : Adoption :

Cet axe nous permet de découvrir si le couple pense qu'il est incapable d'avoir un enfant.

Axe 10 : Regard sur l'avenir :

Cet axe servira à savoir si le couple peut accepter la stérilité.

6-3 Le teste RORCHACH :

Pour **C. Chabert**, le Rorschach est conçu comme un instrument d'investigation: dans une démarche diagnostique, comme outil métapsychologiques dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie. (Chabert, les méthodes projectives, in la recherche clinique

En psychopathologie, 1995). Et « *c'est en effet l'organisation individuelle de la Personnalité qui structure la perception de telles taches* » (Anzieu.D, Chabert.C, 1970, p 46).

6-3-1 La description des planches :

Nous reprenons ici pour chaque planche le contenu latent qui la caractérise :

-Planche I :

Situe le sujet face au test, ce qui peut lui faire (revivre l'expérience d'un

Premier contact avec un objet inconnu. Cette planche sollicite des images évocatrices des relations précoces au premier objet.

Par ailleurs, sa référence au corps humain, corroborée par de nombreuses caractéristiques manifestes (allure fermée, axe clairement dessiné), offre une double mobilisation : narcissique (image du corps propre, représentation de soi) et objectale (relation de l'image maternelle).

- Planche II :

Constitue autour de la lacune inter maculaire, en configuration bilatérale et trichromatique (rouge, blanc, noir), est appréhendée, dans ses répercussions les plus archaïques, comme un tout éclaté : la lacune médiane est ressentie comme vide interne, faille corporelle fondamentale, les possibilités d'unification et de délimitation entre dedans et dehors ont échoué.

Dans le registre des modalités de relations, ce type d'image de soi d'associe à des représentations symbiotiques fusionnelles et / ou destructrices.

- Planche III :

Met à l'épreuve la solidité du schéma corporel puisque le matériel manifeste offre une figuration claire de personnages humains.

Par ailleurs cette planche met surtout l'accent sur les processus d'identification sexuelle : sa bisexualité manifeste (personnages pourvus de seins et de pénis) rend parfois difficile un choix fermement déterminé. Les conflits peuvent apparaître, le sujet se sentant

tirailé entre des tendances contradictoires sans possibilité de résolution de ce déchirement interne.

- Planche IV :

Ne met pas d'emblée l'accent sur la représentation du corps. Elle est plutôt évocatrice d'images de puissance : sa massivité, sa construction, ses qualités sensorielles en font une planche à symbolisme phallique sans préjuger du caractère masculin ou féminin de cette référence.

Cette planche rend compte des positions prises vis-à-vis des images de puissance : identification à leur force dynamique à travers des représentations de personnages très actifs, ou bien passivité, réceptivité, à travers des productions signifiantes.

-Planche V :

Est considérée comme celle de l'identité et de la représentation de soi.

Elle renvoie à une problématique d'identité au sens psychique du terme, à la notion de « self » plutôt que simplement au schéma corporel. Cela explique son extrême sensibilité à toutes formes de fragilité narcissique : manifestations dépressives liées à la mésestime de soi, ou exhibitionnisme en quête de gratifications narcissiques.

- planche VI :

Comme toute planche unitaire ou l'axe de symétrie est marqué, est susceptible de renvoyer le sujet à sa capacité à se représenter un corps ou un objet entier est intégré. Toutefois ce qui caractérise plus spécifiquement cette planche est essentiellement le symbolisme sexuel qu'elle comprend.

-planche VII :

La littérale de la planche VII lui confère à nouveau la possibilité d'amener le sujet à la représentation de relation, les deux formes gris-noir peuvent facilement évoquer des silhouettes humaines en mouvement ou non, il est cependant évident que chaque sujet y sera sensible ou pas en fonction de son niveau de fonctionnement. Etre capable de reconnaître la forme humaine de ces engrammes et qui est de les mettre en mouvement demande un certain

niveau d'élaboration identitaire cette capacité ne sera donc pas rencontrée chez des sujets au fonctionnement psychique archaïque. Et donc la construction identitaire est plus fragile.

-Planche VIII :

Première planche couleur après quatre planches noires ou grises planche bilatérale, permet la réactivation de représentation de relation face à l'environnement sociaux.

- Planche IX :

Ne présente pas d'engramme facilement identitaire et représentatif, elle est en tout caractérisée par un vide central marqué. Du fait de ces caractéristiques, elle sollicite plus expressément le vécu des relations précoces à l'imgo maternelle archaïque, la représentation de l'image maternelle dans son vécu prégénital est ici au premier plan. Les chocs, voire les refus, sont fréquents, cette planche met en évidence des fonctionnements limites ou psychotiques à travers des thèmes projectifs de toute puissance.

-Planche X :

Elle est caractérisé d'une part la dispersion des taches et des couleurs, d'autre part sa position de dernière planche. Son aspect morcelé peut être source de réactions diverses pour le sujet, certains se contenteront d'augmenter sensiblement ou plus franchement selon les cas, leur nombre de réponses « détail » sans perdre pour autant en qualité formelle. Gérer à la fois la forme et les couleurs de façon adéquate renvoie à une bonne gestion des affects. . (Jacqueline .R, 2009, p87).

6-3-2 La consigne :

La consigne consiste à demander au sujet « ce que cela pourrait être ? »Mettant ainsi l'accent d'abord sur des mécanismes perceptifs. Le sujet a tout le temps qu'il souhaite pour répondre en sachant, contrairement aux épreuves cognitives, qu'ici il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Les instructions données : « qu'est-ce que cela pourrait être », renvoient à D'infinies possibilités à partir de cet objet délimité, renvoient du perceptif à L'imaginaire, comme précise.

Il peut être utile, au moment la consigne de préciser qu'Ya pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse (au sens des réponses attendue lors d'un test d'efficacité intellectuelle). et que le sujet à la donner autant de réponses qu'il souhaite. (Jacheline.R, 2009, p20)

6-3-3 La passation :

La passation du Rorschach se fait en trois étapes obligatoires (la passation spontanée, enquête, l'épreuve des choix et une étape supplémentaire (l'enquête aux limites)

Après avoir effectué l'entretien avec le sujet et s'assurer de son acceptation à la passation du teste l'examineur doit respecter les conditions de la passation du Rorschach qui se fait en trois étapes obligatoires, la première c'est la passation spontanée : c'est une étape dans laquelle le psychologue donne la consigne au sujet, le psychologue doit reformuler la consigne en la simplifiant si le sujet demande plus de détail et ne doit pas être redite à chaque fois ; le psychologue aussi doit faire marcher son chronomètre ainsi décrire le discours du patient adverbatement c'est-à-dire mot à mot , toutes les réponses du sujet, ses Commentaires, ses références personnelles, son recours aux comportements, ses Mimiques et ses critiques personnelles et du matériel en même temps il lui faut noter la durée, le temps de latence initiale c'est le temps qui s'écoule entre la présentation de la planche et les premières réponses cotables.

➤ la réponse cotable est la réponse dans laquelle il y a une identification de la tâche comme étant un objet. Un silence intra récit long(...), un silence intra récit court (...). Son oubli de mentionner la position de la planche. Positions normale, position inversée, position droite ou gauche.

➤ La position côte à côte, ou angle droit mais jamais de face à face, être un peu en décalage par rapport au sujet, la position à 90° d'angle par rapport au sujet peut permettre cette observation non intrusive, tant des réactions d'ensemble du sujet face au matériel. (Pierre .D, 2010, p22)

Durant la passation le psychologue ne doit pas intervenir pendant la passation spontanée sauf deux cas les patients inhibés pour les rassurer ou bien les patients envahissants pour les cadrer.

6-3-4 L'enquête

C'est de chercher plus d'informations donnée par le patient ou le psychologue doit poser une consigne « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble vous essayez

de me dire de ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué. Bien entendu, s'il vous vient d'autres idées vous pourrez n'en faire part »

L'enquête a pour but de préciser la localisation de la réponse, déterminé la Réponse de patient et rajouter des réponses additionnels.

6-3-5 L'épreuve de choix

L'enquête aux limites est une étape obligatoire où le psychologue invite le Sujet à reprendre si n'a jamais utilisé un déterminant important (couleur, Kinesthésie, localisation, détail et aussi quand il ya pas une réponse habituel a la Planche trois « deux personnage » et a la planche cinq « une chauve-souris »)

Afin de déterminer ses réponses s'il s'agit d'une négligence, d'un blocage Passager et surmontable ou d'une incapacité psychique fondamentale c'est-à-dire Quand le protocole est plus restreint et inhibé avec absence des réponses banales.

Le clinicien après l'enquête propose au sujet le choix parmi les 10 planches, les deux qu'il a « le plus aimées », et les deux qu'il a « le moins aimées » et le but : elle permet de manifester les investissements d'affect positif ou négatif. (Chabert .C, 1983, p37)

6-3-6 La cotation :

plusieurs éléments vont donc influencer la réponse : la forme de la tâche , sa couleur, son aspect ou instable, net ou diffus, sombre ou clair , massif ou découpé en détail plus au moins prégnant , les réponses RORCHACH représentent un précipité d'élément divers elle requiert la prise en compte de quatre élément (localisation, déterminant , contenu).

6-3-7 Le psychogramme

Une fois la cotation terminée, on recense toutes les réponses en regroupant les catégories sur une feuille dont on trouvera un modèle au CPA (Centre de psychologie appliquée) à moins d'utiliser le modèle. (Nina.R, 1997, p246)

Le psychogramme considéré comme une synthèse quantitative ou se représente le résumer de protocole. Comprenant en plus de regroupement des donnée de différents observations remarquée qui révèle tous les donnée de la cotation, tous les remarque et critique de sujet même les choix et les refus des planches choisis par le sujet.

6-4 La grille de représentation de soi de Nina Rauche au rorschach :

La représentation de soi au rorschach inclue donc la représentation de soi aussi bien au niveau de l'image du corps fantasmé que des relations instaurées qui découlent de cette image et /ou la structure. Les représentations Rorschach fonctionnent comme révélateurs

de cette image que cette image que celle –ci implique un vécu unitaire ou différents processus de différenciation ou d’individuation, et permettre de situer l’environnement, de préciser le niveau de relation d’objet actuel elle renvoie, de déterminer le stade atteint par le sujet dans la recherche de lui-même à travers les étapes qui mènent à l’identification.

Pour expliquer, rendre apparent ces relations nous avons besoin d’un mode d’analyse ciblé et les divers essais et esquisses ont abouti à la grille de représentation de soi.

Chercher à mettre en place une grille de représentation de soi était une autre façon de rejoindre la préoccupation sur les interactions entre aspect perceptif et aspect fantasmatique dans le processus de la réponse elle-même .En effet l’intérêt majeur du Rorschach est de susciter ces interactions.

Chercher la signification des réponses c’est dégager la part réceptive du perçu et du fantasme. Du réel et de l’imaginaire, c’est saisir l’attitude du sujet face à sa propre activité psychique comme, la représentation qu’il a celle d’autrui (Nina .R, 1990, p21).

6-4-1 L’objectif de la grille de représentation de soi :

L’objectif de cette grille de saisir en une cotation particulière le mode de contact, d’action ou d’interaction inscrit dans les contenus référentiels. le but est d’analyser les contenus pour dégager la relation dynamique du sujet à ses objets internes et externes, humains et matériels et pour situer l’identité et les identifications du sujet à travers le jeu des pulsions libidinales et agressives.

Les cotations de cette grille sont complémentaires aux modes habituels de cotation et ne s’y substituent pas. Elles rendent possible l’analyse quantitative d’élément qualitatif.

Cette grille cote le substantif, le verbe et les adjectifs donnés dans la réponse et ceci en plus de la symbolisation usuelle, la grille comporte quatre colonnes ou les données se réfèrent à l’expression :

- De la dimension corporelle, unitaire ou non, (images de tout corps humain, animal, végétal, phénomène naturel, objet inanimé, objet fabriqué),
- Un mode de relation investi (mode d’action, d’interaction),
- De l’identité sexuelle et de sa plus ou moins grande stabilité,
- De l’intégration de l’identité et la qualité de l’individuation.

La première colonne correspond à l'objet représenté ; cet objet est classé en catégorie en fonction de son appartenance :

- Au monde humain ou quasi-humain réel ou irréel (tout nombre commençant par 0),
- Au monde animal réel ou irréel (tout nombre commençant par 1)
- Au monde de l'inanimé, des phénomènes naturels, du règne végétal (tout nombre commençant par 2,3et 4).

La deuxième colonne correspond au mode d'entrée en contact avec l'objet, c'est -à-dire à la qualité de la réponse en terme de :

- Type d'action,
- Type d'interaction,

La troisième colonne exprime l'identification sexuelle, elle correspond au sexe des personnages ou des animaux interprétés.

- Masculin,
- Féminin,
- Ambivalent,
- Indéterminé ou non précisé.

La quatrième colonne précise le caractère de différenciation ou d'indifférenciation entre soi et l'autre. Elle correspond à des éléments qualitatifs particuliers éventuellement introduits dans la réponse comme :

- Le caractère unilatéral des percepts,
- L'interprétation du double : jumeaux, siamois,
- Le caractère particulièrement détérioré de l'engramme. (Nina .R , Sanglade .A, 1984, p 44)

7- Déroulement de la recherche :

Notre stage s'est déroulé au sein du service Maternité de Targa-Ouzemour, on s'est présentée toutes les deux comme étudiante en fin de cycle en psychologie clinique, on a expliqué l'objectif et la nature de notre recherche à la psychologue qui nous orienté et informé à l'extérieur on a pu trouver les femmes qui ont déjà passé par le service.

Dans cette unité hospitalière ont pu avoir l'accord des femmes, ce fut un peu difficile pour nous parce que on s'est déplacé chez eux.

« Bonjour, on est des étudiantes en fin de cycle, on est là pour faire une étude sur la représentation de soi chez les femmes stériles, donc s'il vous plaît si vous êtes d'accord, on va vous poser quelques questions et on va aussi vous montrer quelques planches, et vous allez nous dire ce que vous voyez ».

En se référant aux règles éthiques du code déontologique, après avoir expliqué brièvement notre thème de recherche et nos objectifs et en garantissant l'aspect confidentiel de notre travail, On n'a pu avoir l'accord de ces femmes pour la participation.

On a commencé par le test rorschach pour que les femmes puissent projeter leurs propre histoire sur les planches, après on est passé à l'entretien clinique, afin d'avoir les bonnes informations sur ces femmes.

Conclusion :

Pour la réalisation de notre thème de recherche on s'est basé sur la méthode clinique, pour l'étude des cas, notre groupe de recherche est constitué de trois (03) cas, qui ont une stérilité psychogène.

On a utilisé deux outils de recherche, l'entretien clinique semi-directif qui nous a permis d'avoir plus d'information sur la subjectivité de ses femmes, et aussi ont à utiliser le test du rorschach et la grille de représentation de soi de Nina Rauche.

Chapitre IV :
présentation,
Analyse et
Discussion des
résultats

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Préambule :

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats du guide d'entretien clinique semi-directif axe par axe, puis on va les analyser, et ensuite on passe à la présentation des résultats de la passation de test Rorschach et la grille de représentation de soi de Nina Rauche.

Cette analyse nous permettra à des synthèses de chaque cas qui nous permettra de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses par la suite.

1-présentation et analyse des cas :

1-1 présentation de cas de Sonia :

Sonia est une femme au foyer âgée de 34 ans, elle est issue d'une fratrie de six enfant elle est la cadette de sa famille, mariée depuis 10ans .elle a un niveau d'instruction 5ème années primaire, elle a une situation socio-économique moyenne, elle présente une stérilité inexplicable selon les médecins .

1-1-1 présentation et discussion de l'entretien semi-directif :

Au cours de l'entretien Sonia était calme, même si, elle était triste mais elle a accepté de nous parler.

Par la suite, la première question de notre guide d'entretien été sur le désir et projet d'enfant, le sujet au début ne désire pas un enfant, le projet d'enfant né suite à la pression de ses belles sœurs : « tazwara ouyoutouki3ara gdarya lamaana tilwsatiniw t3ayarntiyi, qelqentiya aken adrfdagh » « au départ je n'étais pas intéressé à avoir un enfant mais mes belle sœurs se moquent de moi, me font pression pour tomber enceinte » .le sujet est très stressé concernant le projet d'enfant.

On lui a demandé ensuite de nous parler sur l'enfant imaginaire, elle répond qu'elle est tombée dans un état de choc, parce que elle est placée dans une situation inattendu. C'est un traumatisme pour elle, d'imaginée un enfant et ne pas arriver à tomber enceinte « tmaginighd aqcic calme, les yeux yeness vert adyass itkachviyass ivavass blond » « j'imagine un garçon très calme, avec les yeux verts, blond toute a fait comme son père ».

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

L'absence d'un enfant symbolise la féminité et l'identité de la femme.

L'image projeté par la société rends la représentation de la stérilité floue, elle souhaite d'être à la place des femmes qui ont des enfants, elle dit qu'elle a commencé ses soins après 2ans de mariage et le médecin la confirme qu'il s'agit pas d'un problème organique et sa stérilité est inexpliqué elle ajoute « ouvrighara la stérilité agi,qarghass iwachou ouyidifkara,amagha waligh tamtoute enceinte qarghass ifkayazd rabi niki kati ? » « Je n'ai pas accepté ma stérilité, je dis pourquoi ça m'arrive comme ça, lorsque je vois une femme enceinte, je dis pourquoi elle a des enfants et moi non ? » Le corps est la base du sentiment d'identité qui fait référence à la représentation de soi désirée ou rejetée.

En parlant sur la relation avec la figure parentale elle a dit « asmi iligh tamzyante baba it3yid, ourifkargha lahna, akatar neta dadrogué daghene ighsebe ayefek adezwgagh » « lorsque j'étais petite, la relation avec mon père était perturbé, il criait tous le temps, il faisait des bagarres parce que il était un toxicomane et d'ailleurs il est pressé de me marier pour me débarrasser.

Dans la discussion avec Sonia on a abordé sa relation sexuelle avec, son marie dit « ous3ighara le gout nagh le plaisir agh wrgaziw gsami ithoughar artoura alaxatar dasssekrane » « j'ai aucun gout n'est plaisir sexuelle envers mon marie et ça depuis notre mariage car il est alcoolique », aussi « ama aghadesskar ikatiyi » « lorsque il boit il me frappe ».

Elle ajoute « agema imi igzgha s3igh abroblème dwargaziw inayid hache axxam gmgharen arakmigm3en » « lorsque mon frère a su que j'ai un problème avec mon marie , il m'a dit que sauf le centre de protection des vieillards qui va te prendre en charge » elle nous a regardée en disant « aka agha yedyini ougma ? » « Ace que c'est logique que mon frère me dise ça ? » Et concernant ma mère on a une très bonne relation mai elle aussi n'accepte pas mon divorce. On remarque qu'elle s'est mariée avec un homme comme son père, qui explique que Sonia a des difficultés de type identificatoire et la prédominance du masculin, objet œdipien chaud.

Quand on lui a parlé sur le vécu de traitement de la stérilité elle dit qu'elle a suivi une thérapie traditionnelle et déclare « trouhouyagh ragh raki maana ouroufighara gouress »

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

j'allais chez raki mais toujours le problème n'est pas résolu. Le sujet a essayé de gérer ses échecs dans ses traitements, elle a utilisé les méthodes médicales et les thérapies traditionnelles.

Quand on lui a parlé sur la réaction de l'entourage et la famille elle dit « karhagh adekimagh delgirane teqcniiyid fdarya oughalgh kel3agh » « Je déteste fréquenter les voisins parce que ça me touche je suis choqué », elle ajoute « tilwsatiniw karntiyid wlah ourtified altoufane gfousim toul lhayatime » « mes belle-sœur me disaient que jamais je pourrais enfanter toute ma vie ». Sonia a une mauvaise estime de soi car elle ne peut pas faire face à la réalité elle préfère de s'isoler et ne pas fréquenter les voisins.

Concernant l'adoption elle dit qu'elle n'a jamais pensé à l'adoption parce qu'elle a voulu toujours tomber enceinte. Elle a d'espoir et reprise des forces de la vie

Le regard sur l'avenir de Sonia « vghigh ads3ogh reb3a ndarya, sin lwachoul snat tiqicine m3na yessi adfeghent aghrant machi am neki » je voulais avoir quatre enfants, deux garçons et deux filles, aussi je voulais que mes filles serons diplômées et non pas comme moi.

Sa représentation de l'avenir c'est uniquement avoir des enfants, l'image renvoyer par autrui provoque une représentation de soi rejetée et détruite.

Conclusion de l'entretien :

Ce que on peut conclure de l'analyse de cas, c'est que Sonia, présente un choc subit par ce qu'elle a vécu durant l'enfance, suivit d'une culpabilité et une rationalisation et un objet œdipien chaud ce qui dénote chez le sujet une représentation de soi floue.

1-1-2 Analyse du test rorschach :

Présentation du protocole et cotation de Sonia :

Texte	Enquête	Cotation	Cotation de la grille
PLI 8s 1- Je vois un papillon	[Toute la planche] A cause de la planche	G F+A Ban	11 :17

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

(Zaragh ifrawniss dajrad) 2- je vois ses ailles comme une sauterelle 1m	Oui ses ailles comme sauterelle [Toute la planche]	D F-Ad	11 :17
PLII 6s (Zaragh un homme oudmiss chgole un crocodile) 3- je vois un homme son visage comme un crocodile (Swada twaligh afartetou) 4- en bas je vois un papillon 1m3s	Zaragh un homme oudmiss amezrem) Je vois un homme son visage comme un serpent [D12] Oui c'est un papillon [D3 rouge inferieur]	D Fclob Hd D F+A Ban	01 :11 :06M 11 :07
PLIII 5s (Tebiniyid chgole amqarqour) 5- cela m'apparait comme une grenouille (Oukesar itviniyid, astinit da3ebout ntemtout) 6- en bas on dira un ventre d'une femme 56s	Oui c'est une grenouille [D7 toute la partie inferieur médiane] Ici le ventre d'une femme [D blond]	D F-A Dbl F- Hd	11 :07 07 :12 :6F
PLIV 24s (Chgole wargaz toudemtisse amezreme) 7- comme un homme qui a le visage d'un serpent 1m 11s	Oui Un homme qui a le visage d'un serpent [Toute la planche]	G Fclob Hd	01 :11 :80
PLV 23s (Wayi itchabahass iltoufane) (Ifarwaniss amgtit agid) 8- celui-là ressemble à un bébé, ses ailles comme une chauve-souris 45s	Oui c'est une chauve-souris qui à deux aille [Toute la planche]	G F+H/Ad Ban	01 :17

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

<p>PLVI 8s (Akayi twaligh d'azreme)</p> <p>9- là je vois un serpent (oukessarayi tviniyid chrol letoufane g3ebout nyemasse amla radio)</p> <p>10- en bas ca m'apparaît comme un bébé dans le ventre de sa mère comme la radio 1m 11s</p>	<p>Oui je vois un serpent [Dd 2 ligne médiane supérieur]</p> <p>En bas je vois un bébé [D 1 partie principale inférieur]</p>	<p>Dd F- A</p> <p>D F- H Anat.</p>	<p>11 :12</p> <p>12 :004</p>
<p>PLVII 24s (Chgol a3ebout ma dayi damass)</p> <p>11- comme un ventre</p> <p>12- ici un dos 49s</p>	<p>Oui Comme un ventre [Ddl 7 lacune centrale entier]</p> <p>En bas c'est le dos [D4 tiers inferieur en totalité]</p>	<p>Dbl F-Hd</p> <p>D F-Hd</p>	<p>07 :12</p> <p>07 :12</p>
<p>VIII 16s (Mougene chrole ilfawen)</p> <p>13- genre deux sanglier (chgol a3ebout itvaniyid mlih wayi am3ebout)</p> <p>14- comme un ventre 1m</p>	<p>(Tevaniyid douchanen)</p> <p>C'est des loups [D18]</p> <p>c'est comme un ventre [D2 orange et rose de centre bas]</p>	<p>D F+ A Ban</p> <p>D F- Hd</p>	<p>11 :80</p> <p>07 :12</p>
<p>PLIX 39s (Chgole twalight wayi chrole ameltoufane)</p> <p>15- c'est comme un bébé (itvaniyid lexalat timoufayine)</p> <p>16- c'est deux femmes grosses (atwalit astinid dlhayawane alaxatar tes3a ga3erourisse)</p>	<p>oui comme un bébé [D6 tiers inférieur et rose entier]</p> <p>Je vois les femmes dans le vert comme un monstre de foret [D 11]</p>	<p>D F-H</p> <p>D C F- (H)clob</p>	<p>01 :12</p> <p>01 : 80</p>

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

<p>lahaja tekachbi amlhayawane) 17- Je le vois comme un animale parce qu'il a quelque chose qui ressemble à un animale</p>	<p>Oui c'est comme un animale [Toute la planche]</p>	<p>G F-A</p>	<p>11 :12</p>
<p>(Amagha atwalit aka tametout tes3a akmouche, akenouf, avhal magha aghatwalit delwahche lghaba) 18- Quand tu la regarde ressemble à une femme qui a une bouche un nez elle est comme un monstre de foret</p>	<p>C'est une femme comme un monstre de foret [Dd 34 tache orange supérieur en entier] Je vois un bébé [D6]</p>	<p>D F-clob H D F-H</p>	<p>01 :02 :12 02 :12</p>
<p>19- Je vois un bébé Elle dit (azegagh ayi imoug chgole ouchen yelid aqemouchiss)</p>	<p>Je vois un loup qui ouvre sa bouche D3</p>	<p>D Kan A</p>	<p>11 :80</p>
<p>20- le rouge ressemble à un loup qui ouvre sa bouche (yela wrgaz ad tejra argazeni zedfir netjra) 21- il y a un homme et un arbre l'homme est derrière l'arbre (Ou3elimghara madessah ayen idenigh nagh kati) je ne sais ace que j'ai raison ou bien non 3m 20s</p>	<p>Je vois un homme dans le lacune [Dbld8 centrale]</p>	<p>Dbl F- H Bot</p>	<p>01 :30</p>

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

<p>PLX 15S (Twaligh Itoufane) 22- je vois un bébé</p> <p>23- (twaligh couleurs) Je vois des couleurs 24- (Twaligh ifrak) Je vois des oiseaux</p> <p>25- (Twaligh afartetou) Je vois un papillon</p>	<p>Cause de la forme [D9 rose latérale droite ou gauche]</p> <p>[Toute la planche]</p> <p>[D40 les deux jeunes médians inférieurs]</p> <p>Oui c'est un papillon [D6 bleu médiane]</p>	<p>DF-H</p> <p>GCn couleur</p> <p>DF-A</p> <p>D F- A</p>	<p>01 :12</p> <p>20 :52</p> <p>11 :12</p> <p>11 :12</p>
--	---	--	---

L'épreuve des choix :

Les planches déplaisantes :

Planche 01 : elle me plaît pas, je vois cette planche bizarre, car ça couleur noire.

Planche 04 : elle me plaît pas parce qu'il y a un homme qui a la tête d'un serpent.

Les planches plaisantes :

Planche 09 : elle a des couleurs et je vois un bébé.

Planche 10 : elle a des couleurs c'est une très belle planche aussi elle des animaux c'est pour ça qu'elle me plait.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Le psychogramme de Sonia :

Production	Mode d'appréhension	Déterminant	Contenu
R : 25 Temps total : 09m 57s Temps par réponse : 24s Temps de latence moyen : 7s TRI : 0k /1 c RC : 44% FC : 0	G : 4 G %: 16% D : 16 D% : 64% D/G : 0 Dd : 1 Dd % :4% Dbl : 3 Dbl % : 12%	F+ : 7 F- : 11 F+- :0 F : 18 F+% : 39% F-% : 61% F% :100% C : 1 C% : 4% K : 0 Kan : 1 Kob : 0	A : 09 Ad : 2 (A) :0 A %: 44% H : 05 (H) : 0 Hd : 06 H % : 44% Obj : 0 Sang : 0 Bot : 1 Ant : 01 Geo : 0 Ban : 08 Ban % : 32% Refus : 0

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

1-1-3Présentation et Analyse de à travers la grille de la représentation de soi :

Contenu/Mode	Contenu humain			Contenu animal			Contenu objet inanimé	Somme
	H	Hd	so m m e	A	Ad	so m m e		
Mode d'entrée au contact avec objet	05 / 01 :12 02 :12	06 / 01 :11	11	09 / 11 :12 11 :17	02 / 01 :17	11	00 / 00	00
Identification sexuel	05 / 2:F 2 : M 2 : MF	06 / 3 : F 3 : M :	11	09 / 09:/	02 / 2:/	11	00 / 00	00
Contacte de différenciation ou d'indifférenciation entre soi et l'autre	05 / 03 : D 1 : X 2 : S	06 / D : 3 S:3	11	09 / 09 : U	02 / 2 : U	11	00 / 00	00

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Le protocole de Sonia met en claire la prédominance du monde animal (A et Ad : 11) la plupart de ces réponses ont un caractère banal et une nomination simple 11 :12 : planche I et 2 : « un papillon, **planche v** « une chauve-souris » ou carrément simple mais avec caractère agressif et phobogène 12 :80 au niveau de difficultés de rentrer directement dans le monde humain stable, planche « un homme son visage comme un serpent ou crocodile » cela peut renvoyer à une difficulté de type identificatoire et la prédominance du masculin , objet œdipien chaud « papillon » et des fois culpabilisant et qui peut faire du mal « serpent, loup avec une bouche ouverte » et au même temps nous remarquons la juxtaposition des difficultés identificatoires au même sexe qui se traduisent par le refus de la féminité « grenouille, Chauve-souris » et des fois l'apparition de désirs incestueux lié à la scène primitive et cela apparaît à la planche IV paternelle 06 :8 :12 :004 « un homme qui a le visage d'un serpent » , comme planche IX ce cliché à côté du caractère œdipien nous constatons une angoisse de castration « serpent , grenouille ,crocodile » et planche IX : « des loups ...loup qui ouvre sa bouche « , cet étouffement se traduit par le souhait de se libérer des contraintes du désirs et de culpabilité lié à l'objet œdipien , et la tentation de passer à l'âge adulte comme sa mère pour quitter le monde infantile planche I et la planche V : « chauve- souris avec des ailes » « un bébé et cela des ailes comme chauve- souris » .

Cependant le monde humain complet (H :05 et Hd :06), 01 :12 et(Hd : 01 :7) implique que le corps est non protégé dans son intégrité qu'à partir d'intervention de l'image de la femme complété à son ventre (Hd) 01 :7 planche n'a pas résister devant l'image de castration les tendances incestueuses juste à la planche IV : « un homme avec visage du serpent » 01 :11 :06M , puis à la planche IX : « des femmes et le vert comme un monstre », dans cette vision de l'image du corps non intégré dans ses limites suite au conflit identificatoires entre le désirs et défense culpabilisante amène le cas à vivre dans l'ambivalence des représentations de soi et des (chose) objet 2 :M contre 1XF permet de dire que la figure paternelle est clairement prédominée et même asexuée ou floue complique bien évidemment la dynamique et la succession entre le projet d'adulte et celui de l'enfant à venir et cela est vu clairement au niveau de la difficulté l'indifférenciation entre soi et l'autre , et se protéger derrière des assises narcissique en évocation de la figure paternelle à la planche IX : « un homme derrière l'arbre ».

A la fin nous pourrions dire que Sonia a une représentation de soi négative et floue à cause de sa relation d'objet qui se caractérise par la dynamique conflictuelle intense entre

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

l'objet d'être et celui de l'avoir qui a compliqué les identifications sexuelles et sexuée (entre femme ou avoir l'homme !) chez elle à côté de sa lutte contre le devenir adulte et par le non réalisation de projet d'enfant .

Synthèse de cas :

D'après L'entretien et l'analyse de la grille de représentation de soi de Nina Rauche on constat que Sonia présente une mauvaise représentation de soi, qui se caractérise par la dynamique conflictuelle intense entre l'objet d'être et celui de l'avoir qui a compliqué les identifications sexuelles et sexuée.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

1-2 Présentation de cas de Salima :

Salima est une femme au foyer, âgée de 32 ans, mariée depuis 13 ans, son niveau d'instruction sixième année primaire, elle est d'une situation socio-économique moyenne.

Nous l'avons rencontré à domicile, elle était déjà hospitalisée dans l'unité hospitalière TARGA OUZEMOUR, Selon les médecins, Salima présente une stérilité inexpliqué.

1-2-1 Présentation et discussion de l'entretien semi-directif :

Salima s'est confiée à nous et s'exprime normalement , elle était coopérative avec nous au début elle nous parlait sur le désir et projet d'enfant on disant : que le projet d'avoir un enfant est née avant le mariage « wqvel adezewjagh twaligh ltoufane » « je vois un enfant avant mon mariage » elle dit aussi : « s3igh le stress talmo os3ighara darya » « Je suis stressé parce que j'ai pas d'enfants » d'après Salima juste après le mariage elle a commencé de programmer une grossesse, elle ajoute « anda i3edagh adwaligh abébé » « je vois un bébé partout ».d'après ses paroles interprètent une rationalisation ou le sujet fait face à ses conflit émotionnels en réalisation des explications et des arguments rassurants et avantageux pour lui.

Après on a lui posé une question sur l'enfant imaginaire dit « vghigh ades3ough aqcic blod, après adaghnough taqcicte » « je veux avoir un enfant blond puis avoir une fille » salima perçoit l'enfant comme un objet de lien et de continuité de sa relation conjugale.

Et quand on lui a demandé de nous parler sur la représentation de la stérilité, elle commence de pleurer « kel3agh imi is3igh aproblème tamghartiw iyi ikhedmene aka » « j'étais choqué, parce que j'ai des difficultés, c'est ma belle-mère qui m'a fait ça », elle a une faible estime de soi et une représentation fragile, d'après ses paroles traduisent une culpabilité et une rationalisation.

Après on lui a demandé de nous parler sur la figure parentale dit « vava imkel, you3ar, ikhatagh gexxame » « mon père était un malade mentale, difficile et agressive avec nous », elle ajoute « ikatagh yerna ikat yemma » « il nous frappe et aussi il frappe ma mère » elle déclare qu'elle a une très bonne relation avec sa mère mais elle peut rien lui faire, car elle a le diabète. On constat que Salima présente un œdipe n'est pas structurant.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Lorsque on lui a demandé de nous parler sur la relation sexuelle avec son marie elle déclare qu'elle n'a pas une envie sexuelle soit avant le mariage soit après, on remarque les signes de la timidité lorsque on a abordé la question de relation sexuel.

Elle ajoute « tamghartiw taqarass outezmighagha ades3ou adarya, d'ailleurs theja axxam » « ma belle- mère me considéré incapable d'avoir des enfants, d'ailleurs elle a quitté la maison » elle ajoute « neki s3edgh gxxam waghgaziw gmass imkel adeniki ithethadaghene » « moi j'ai vécu des moments difficiles durant mon mariage, car mon bon frère est un malade mentale et moi je prenais soin de lui » on a remarqué qu'elle a vécu durant l'enfance et durant l'âge d'adulte des situations délicates.

Salima a suivi une thérapie traditionnel elle déclare « trouhouyagh gharaki » « je vais chez raki ». donc elle a suivi les méthodes médicales et les méthodes traditionnelles.

Concernant l'adoption elle n'a jamais pensé à adopter parce qu'elle espère toujours avoirs des enfants. L'image renvoyée par la société touche son identité « axxam wrgaziw zarniyide dahouli » « la maison de mon marie me vois comme un bouc » ce qui traduit une vision négative de son corps.

La représentation de l'avenir est positive « vghigh ads3ough aqcic ounda3ed adernough taqcict » « je veux avoir un garçon puis une fille » l'enfant pour elle objet de lien et de réparation de son image de corps.

Conclusion de l'entretien :

On peut conclure que Salima a une identité fragile et une 'incapacité de l'élaboration des conflits, et l'enfant pour elle est un objet de lien et de réparation de son image de corps fragile.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

1-2-2 Présentations du protocole et cotation de Salima :

Texte	Enquête	cotation	Cotation de la grille
<p>plal 8s (zaragh afartato ifasniss amifassen le bébé)</p> <p>1- Je vois un papillon ces mains comme un bébé 1m</p>	<p>Je vois un papillon qui vole voilà ces mains [Toute la planche]</p>	<p>Gkan A /Hd Ban</p>	<p>11 :07</p>
<p>Pl II 11s (zaragh walda)</p> <p>2- Je vois l'utérus 35s</p>	<p>Ici je vois l'utérus [D3 rouge inférieur]</p>	<p>D F+ Ant</p>	<p>01 :003</p>
<p>Pl III 32s (zaragh sine iyozone tamtalayane)</p> <p>3- Je vois deux poules qui se regardent. 45s</p>	<p>Je vois deux poules qui se regardent [Dd 12]</p>	<p>Dd Kan A</p>	<p>11 :12</p>
<p>Pl IV 11s (tvinyide tela tgra amakane tela lhadja defirase ofhimghara dacho iyalane dafrase adadrare machie akayi)</p> <p>4- Je vois un arbre je crois qu'il y a quelque chose derrière Je n'ai pas compris, la forme d'une montagne n'est pas comme ça 56s</p>	<p>Je vois un arbre [D 12 +D 13]</p>	<p>D F- Bot</p>	<p>20 :30</p>

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

<p>PI V 26s (zaragh aghyol nyite itfarfir) 5- Je vois une chauve-souris qui vole 40s</p>	<p>Je vois une chauve-souris voilà ces ailes, et ça tête et ces pieds [toute la planche]</p>	<p>G F+ Kan A Ban</p>	<p>11 :17</p>
<p>PLVI 16s (Zaragh aba3oche itfarfire emoge am l'avion) 6- Je vois un insecte qui vole comme un avion 37s</p>	<p>Je vois un insecte voilà ça tête [Toute la planche]</p>	<p>G F+-A Ban</p>	<p>11 :17</p>
<p>PI VII 35s (Dayi ofhimghara dachoi tviniyid amakane snate ntakchichine tfante achakohansante daswane) 7- Je n'ai pas compris je vois deux fille ont mis leur cheveu on haut 45s</p>	<p>Je vois deux filles voilà ces têtes [D 15]</p>	<p>DF+ Hd Ban</p>	<p>01 :08</p>
<p>PI VIII 15s (Twaligh les couleurs) 8- Je vois des couleurs (Zaragh lab3ate ntatrochine amakane dimchache zaragh) (gansaf itviniyide amal3amode) 9- Je vois les pierres 10- Je vois les chats 11- Je vois un poteau 46s</p>	<p>[Toute la planche] Je vois les pierres [D 9] Les chats [D18] Un poteau [D4]</p>	<p>G Cn couleur D F+ Frag DF+A Ban D F+ Science</p>	<p>50 :12 29 :12 11 :17 32 :12</p>
<p>pl. IX 21s (zaragh da3abote anda it3iche ltofane zaragh atmlalini iyelan zdakel naki) 12- je vois un ventre ou vit le</p>	<p>Oui je vois un ventre [DbL 38]</p>	<p>Dbl F-(Hd)</p>	<p>01 :7</p>

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

bébé 13- je vois les ovocytes	Je vois les ovocytes [D6 tiers inférieur rose en entier]	DF-Ant	s01 :003
Pl X 16s (Zaragh sine latwafane tetene g3about nyemassen) 14- Je vois deux bébés mange dans le ventre de leurs mère 35s	Oui je vois deux bébés [Dbl]	Dbl Kp Hd	07 :12 :6F

L'épreuve des choix :

Les planches déplaisantes :

Planche 06 : elle me plaît, cause de sa forme.

Planche 04 : elle me plaît pas parce que Je n'arrive pas saisir la chose qui est derrière.

Les planches plaisantes :

Planche 01 : j'aime les choses qui volent comme le papillon

Planche 10 : elle me plaît parce que je vois un bébé à l'intérieur.

Le psychogramme de Salima :

Production	Mode d'appréhension	Déterminant	Contenu
R : 14 Temps total : 7m56s Temps par réponse : 34 s	G : 4 G %: 29% D : 07 D% : 50%	F+ : 05 F- : 03 F+- : 1 F : 09	A : 05 Ad : 0 (A) : 0 A %: 42,35%

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Temps de latence moyen :14 s TRI : 1k /1C RC : 50% FC : 0	D/G : 0 Dbl : 2 Dbl % : 18% Dd : 1 Dd% :7,11%	F+% :61% F-% : 39% F% :100% C% : 7,14% K : 0 Kan : 3 Kob : 1 Kp :1	H : 0 (H) : 0 Hd : 4 H % : 28,57% Obj : 0 Sang : 0 Bot : 0 Ant : 2 Geo : 0 Ban : 05 Ban % : 35,71% Refus : 0 Science : 1 Frag : 1
---	---	---	--

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

1-2-3 présentation et analyse de cas à travers la grille de représentation de soi :

Contenu/Mode	Contenu humain			Contenu animal			Contenu objet inanimé	Somme
	H	Hd	somme	A	Ad	somme		
Mode d'entrée au contact avec objet	00 00	04 07:12	04	05 11:17	00 00	05	00 00	00
Identification sexuelle	00 00	04 2:MF 2:F	04	05 5:/	00 00	05	00 00	00
Contacte de différenciation ou d'indifférenciation entre soi et l'autre	00 00	04 4:U	04	05 5:U	00 00	05	00 00	00

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Le protocole de Salima, montre que la majorité des réponses unitaire dans le protocole sont des réponses animales (A, Ad : 05), la plupart des réponses ont un caractère banal et une nomination simple (11 :12), dans la planche I «Je vois un papillon », et dans la planche V « je vois une chauve -souris » renvoient à l'impuissance et l'incapacité. Le protocole renvoie à une différenciation entre soi et objet.

Les réponses animales élevées renvois à une angoisse concernant l'intégrité de son soi, la réponse banale à la planche V indique que Salima est capable de s'adapter et appréhender adéquatement le monde extérieur : nous remarquons des difficultés d'identification au même sexe qui se traduit par le refus de sa féminité « chauve-souris », dans la planche paternelle IV « je vois un arbre, je crois qu'il y a quelque chose derrière, je n'ai pas compris , une montagne n'a pas cette forme » ce qui explique qu'il y a un choc de castration et un conflit œdipien , dans la planche X on trouve relation fusionnel entre le bébé et sa mère « un bébé qui mange dans le ventre de sa mère ».

Cependant le monde humain complet (H : 00) est absent sur le plan de la fréquence qui désigne que le corps comme entier indique que Salima, trouve des difficultés ce qui concerne l'intégrité du corps.

L'absence de réponses humaines à la planche III (planche d'identification) « je vois deux poules » c'est un indice d'une identité féminine survalorisée et atteinte dans son intégrité.

Les réponses (Hd : 04), montre que le sujet présente une incapacité à appréhender le corps humain dans son intégrité et concernant les réponses Hd de type anatomique données répétitivement constituent un signe d'angoisse majeure concernant le vécu corporelle (angoisse de désintégration dans la planche IX « je vois un ventre ou vit le bébé », « je vois les ovocytes »

On note aussi à travers l'absence des réponses (K : 00) la difficulté d'intégrer une image humaine et la fragilité de l'image de corps, et l'incapacité du sujet à élaborer les conflits.

A la fin nous pourrions dire que Salima a une représentation de soi floue et négative, cause de l'incapacité de l'élaboration des conflits, indique comme même chez elle une tendance à une fragilité de l'image de corps.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Synthèse de cas :

D'après l'entretien et la grille de représentation de soi de Nina Rauche on constate que Salima présente une mauvaise représentation de soi, qui se caractérise par l'incapacité de l'élaboration des conflits ce qui indique chez elle une fragilité de l'image du corps.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

1-3 Présentation de cas de Kahina :

Kahina âgée de 31 ans, elle a un niveau d'instruction universitaire, femme au foyer, sa situation économique est moyenne, on l'a rencontré chez elle, Kahina est passé par l'unité hospitalière Targa ouzemmour, elle présente une stérilité inexplicé selon les médecins.

1-3-1 analyse de l'entretien semi-directif :

Quand nous avons sollicité Kahina à mener un entretien avec nous, elle était calme et souriante.

Elle a accepté de partager avec nous son expérience on disant : c'est bien, votre thème est intéressant, durant mes études à l'université ma copine était étudiante en psychologie alors ça me fait pas peur de vous donner des informations parce que j'ai une idée sur votre spécialité.

Au début : on a lui demandé ce qu'elle pensait de projet et le désir d'enfant : elle nous dit que le projet d'enfant est né dès les premiers mois de mariage, on a essayé de programmer une grossesse et de fonder une famille. L'enfant pour Kahina renvoyé comme accomplissement de la femme et une preuve de féminité, c'est l'accomplissement d'un vide pour une femme.

Puis on lui a demandé de nous parler sur l'enfant imaginaire dit « tmajinigh aqic d'amlhane) « j'imagine avoir un garçon mignon ».

Kahina rêve toujours d'avoir un enfant c'est son désir le plus vif, elle raconte qu'elle rêve d'un enfant et le porter entre ces bras et lui donné des choses pour le rendre heureux, et quand elle a commencé à parler sur la représentation de la stérilité on l'a senti gênée et dit « après une année consultère lemedecin,iconfirmiyid ours3ighara a broblème ,maana imi i3edane 6 snin comasigh ateqelqagh flhalaw » « après une année du mariage , j'ai commencé à consulter des gynécologues qui m'ont confirmé que j'ai aucun problème et ma stérilité inexplicé , j'étais contente , et j'attends seulement le moment où je puisse tomber enceinte , mais après six (06) ans , j'ai commencé à m'inquiéter sur ma situation ». Un enfant représente pour elle un objet de réparation conjugale.

Après on a lui demande de nous parler sur les relations avec la figure parentales : elle dit que « vava you3agh chwiya maana la relation yenou yediss del3alit » « mon père était un peu sévères ,mais ma relation avec lui est bonne » j'ai une relation très bonne avec mes parents soit durant mon enfance, soit après mon mariage, sauf que mes parents durant le

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

diagnostic sont un peu inquiet, parce qu' ils veulent bien que je puisse enfanter. On remarque que Kahina avait vécu un Œdipe non structurant suite à la sévérité de son père.

Kahina nous dit qu'elle n'a suivi aucune thérapie traditionnelle. Elle dit « vghigh adzragh a psychologue ahat ayi3ewne ades3ough edarya » « je veux voir un psychologue pour qu'il puisse m'aider à avoir des enfants ».le sujet est conscient et intelligent.

Elle déclare qu'elle vit une relation sexuel avant la stérilité mieux qu'après parce qu'elle ne cesse pas de penser au désir d'enfant et de grossesse. La stérilité a influencé négativement sur sa relation sexuelle.

Kahina nous a parlé de réaction de l'entourage et de la famille, on disant que sa famille l'encourage toujours, mais les gens de la société porte à la femme stérile un regard différent : « tehlak,outezmighagha, tkouss ,danchtayi iyijane steressigh »« elle est malade, incapable , c'est toujours la femme qui a un manque et ce qui me fait vraiment peur et devenu une source de stress pour moi , la réaction de mon marie qui a un comportement différent par rapport au première année de mariage .le sujet repli sur soi est très stressé et angoissé .

Kahina déclare que elle n'a jamais pensé à l'adoption parce que elle espère toujours tomber enceinte, et concernant son regard sur l'avenir : elle dit « tetmajinigh a l'avenir ades3ough derya » « j'imagine à l'avenir que je pourrais enfanter » le sujet imagine qu'à l'avenir elle pourrait enfanter et ça qui va soulager son stress et sa souffrance et rétablir la relation avec son marie, car l'absence d'un enfant au sein de couple est une source de problème.la projection renvoyé par l'avenir , la vraiment perturbé psychologiquement ,elle pense seulement au moment qu'elle puisse tomber enceinte « tekemimagh kan ades3ough le toufane » « je pense seulement à avoir un bébé ».

Conclusion de l'entretien :

Pour conclure l'analyse de l'entretien de Kahina indique chez elle une 'indépendance dans le monde de relation objectale et des assisse narcissique fragile et la qualité d'une identité féminine atteinte dans son intégrité.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

1-3-2 Analyse du test rorschach :

Présentation du protocole et cotation de Kahina :

Texte	Enquête	Cotation	Cotation de la grille
PI I 17s Rien de spéciale 1- C'est un dessin 25s	[Toute la planche]	GF-obj	13 :12
PI II 15s (Wayi is3a la même forme amoumzwarou, mais tayi presque un papillon) 2- elle a la même forme que la première, sauf celle-là presque un papillon 35s	Voici un papillon [Toute la planche]	GF+ A Ban	11 :12
PI III 9s 3- Un papillon ou bien quelque chose au milieu (tamsaqt ouchebouve) Sin les animaux ,nagh ouzrighagha dacut) 4- Deux animaux ou bien je ne sais pas c'est quoi 20s	C'est une épingle du cheveu [D3 rouge centrale] Deux animaux qui se regardent. [Dd12]	DF+A Ban Dd Kan A	11 :12 11 :7
PI IV 8s 5- Elle rit ... celui-là genre de comique 6- Un dinosaure 16s	[Toute la planche]	GF+(H) G F+A	04 :13 11 :12
PI V 5s 7- Chauve souris c'est tous	[Toute la planche] Cause de la forme	GF+A Ban	11 :12

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

rien de spéciale 11s			
<p>PI VI 21</p> <p>8- Tête a des moustaches 28s</p>	<p>Voici c'est moustache</p> <p>Là c'est ces mains</p> <p>[D3 partie supérieur]</p>	D F-Hd	08 :17
<p>PI VII 15s Je ne sais pas 20s</p>	Refus	Refus	Refus
<p>PI VIII 11s</p> <p>9- C'est des animaux montent (tfene alhadja) 19s</p>	<p>Oui deux animaux montent</p> <p>[D18]</p>	DKanA Ban	11 :7
<p>PI XI 10s</p> <p>10- Quelque chose en couleur c'est tous 22s</p>	<p>Voici la couleur rouge et vert</p> <p>[Toute la planche]</p>	G Cn couleur	20 :60
<p>PI X 20s</p> <p>(Amina nezgli is3a les couleurs)</p> <p>11- Le même que celui de la dernière fois sauf que celui-là a des couleurs</p> <p>(wayi mara dlevid)</p> <p>tous ca est un vide</p> <p>lahaja telseq artayet)</p> <p>12- quelque chose relia à l'autre mais je ne sais pas c'est quoi 40s</p>	<p>Oui je vois plusieurs couleurs</p> <p>[Toute la planche]</p> <p>quelque chose relié à l'autre</p> <p>[D6 bleu médiane]</p>	G Cn couleur	20 :60
		D Kob Obj	20 :7

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Les épreuves de choix :

Choix les deux planches plaisante :

Planche 10 : parce que elle a des couleurs.

Planche 3 : un papillon c'est une très belle photo.

Choix les deux planches déplaisante :

Planche 07 : pace que elle a rien de spéciale et

Planche 01 : elle n'est pas claire.

Le psychogramme de Kahina :

Production	Mode d'appréhension	Déterminant	Contenu
R : 12 Temps total : 2m 16s Temps par réponse : 10,90s Temps de latence moyen : 236s TRI : 0 k /2C RC : 33,33% FC : 3	G : 07 G %:58,33 % D : 5 D% : 41,66% D/G : 0 Dbl : 0 Dbl % : 0 Dd : 1 Dd% : 8,33%	F+ : 05 F- :03 F+- :0 F : 08 F+% : 62% F-% : 38% F% :100% Cn : 02 C% : 16,66% K : 0 Kan : 1 Kob : 1	A : 05 Ad : 0 (A) :0 A %: 41,60% H : 0 (H) : 1 Hd : 1 H % : 16,66% Obj : 03 Sang :0 Bot : 0 Ant : 0 Geo : 0 Ban : 2 Ban % : 16,66% Refus : 1

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

1-3-3 Présentation et analyse de cas à travers la grille de représentation de

Soi :

Contenu/Mode	Contenu humain			Contenu animal			Contenu objet inanimé	Somme
	H	Hd	somme	A	Ad	somme		
Mode d'entrée au contact avec objet	01 04 :13	01 08 :17	02	05 11 :7 11 :12	00 00	05	03 20 :7 13 :12 11 :23	03
Identification sexuel	01 01 :/	01 01 : M	02	05 05 :/	00 00	05	03 03 :0	03
Contacte de différenciation ou d'indifférenciation entre soi et l'autre	01 1 : D	01 1 : D	02	05 05 : U	00 00	05	03 20 :7 11 :23 13 :12	03

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

le protocole de Kahina met en claire la prédominance du monde animale (A ,Ad :05) la plupart de ces réponses ont un caractère banal et une nomination simple 11 :12 la planche V « une chauve-souris » ou carrément simple ce qui fait une différenciation entre soi et objet.

Elle trouve des difficultés de rentré dans le monde humain stable, dans la planche 04 : « celui-là genre de comique », elle fait revivre les souvenirs de l'enfance.

Le manque de réponses humaines revoie à une difficulté de s'identifier à un être humain avec une mauvaise perception de soi, la réponse [Hd : 08 :17] dans la planche VI « tête a des moustaches » réponse de mauvaise qualité formelle indique une atteinte dans la représentation de soi.

L'absence de réponses humaines à la planche III (planche d'identification) « deux animaux ou bien je ne sais pas » c'est un indice d'une identité féminine survalorisé et atteinte dans son intégrité.

Les réponses khénesthésique fantasmé par le sujet présente chez Kahina des contextes de repli sur soi, les mouvements de l'économie narcissique mais il y une indépendance dans le monde de relation objectale.

Le refus de la planche 07(planche maternelle) indique que Kahina présente une construction identitaire plus fragile.

Cependant Kahina a des difficultés identificatoire au même sexe qui se traduisent par le refus de sa féminité « chauve –souris ».le sujet a accès à l'identité fragilisé sur le plans narcissique et identité sexuel non construite et un Œdipe non structurant.

A la fin nous pourrions dire que Kahina a une représentation de soi floue et négative à cause de l'indépendance dans le monde de relation objectale et des assisse narcissique fragile et la qualité d'une identité féminine atteinte dans son intégrité.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Synthèse de cas :

D'après l'entretien et la grille de représentation de soi de Nina Rauche on constat que Kahina présente une mauvaise représentation de soi, qui se caractérise par des assises narcissique fragile et la qualité d'une identité féminine atteinte dans son intégrité.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

2- Discussion des hypothèses :

Après avoir présenté l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique semi directif et à travers le test projectif rorschach et la grille de représentation on va passer à la discussion des hypothèses de recherche pour les infirmé ou les confirmée.

D'après les résultats des tests projectifs le rorschach et la grille de représentation de soi de Nina Rauche et l'analyse de l'entretien des trois (03) cas on arrive à dire que notre hypothèse qui est « les femmes ayant une stérilité psychogène ont une mauvaise représentation de soi » est confirmé.

Ainsi qu'on remarque clairement le lien entre la stérilité et la représentation de soi.

Donc ce qu'on peut dégager de cette discussion que notre hypothèse est confirmé et cela dû aux résultats obtenu de test rorschach et la grille de représentation de soi de Nina Rauche, et par apport aux études antérieurs sur la représentation de soi qui montre que la mauvaise qualité de représentation de soi se traduise par :

- Les limites corporelles non complète et fragile (Hd -Ad).
- Réponses anatomique (os, utérus, sang...).
- Réponses non vivantes (rocher, objets).
- Représentation des relations humaines chargées d'agressivité et affrontement (blessures-peur-phobie)

Après une étude approfondie sur un groupe bien déterminé, qu'on généralise les résultats obtenus par notre recherche, ce qui mène à dire que les trois cas des femmes stériles présente une mauvaise représentation de soi.

Dans le cas de Sonia la représentation de soi négative et floue à cause de sa relation d'objet qui se caractérise par la dynamique conflictuelle intense entre l'objet d'être et celui de l'avoir qui a compliqué les identifications sexuelles et sexuée (entre femme ou avoir l'homme !) chez elle à côté de sa lutte contre le devenir adulte et par le non réalisation de projet d'enfant .

Dans le cas de Salima la représentation de soi négative, cause de l'incapacité de l'élaboration des conflits, indique comme même chez elle une tendance à une fragilité de l'image de corps.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des résultats

Dans le cas de Kahina la représentation de soi négative, cause de l'indépendance dans le monde de relation objectale et des assises narcissiques fragiles et la qualité d'une identité féminine atteinte dans son intégrité.

Donc notre hypothèse est confirmée par les trois cas (Kahina, Sonia et Salima), qui présentent une mauvaise qualité de représentation de soi.

conclusion

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question de la stérilité psychogène et son effet sur la qualité de représentation de soi chez les femmes, tandis que la représentation de soi est le contenant fantasmatique fondamental du soi.

Elle participe à l'élaboration mentale du soi, et permet ainsi à tout à chacun d'assurer le sentiment de la continuité de son existence, de s'individualiser, et d'intégrer son évolution individuelle.

La représentation de soi se situant au carrefour des expériences corporelles et relationnelles, des investissements narcissiques et objectaux, englobe l'image du corps, l'identité et les identifications

Suite aux données théoriques et à la confrontation des informations recueillies à partir des entretiens clinique, effectué avec nos sujets de recherche, et aux résultats obtenus lors de la passation du test du rorschach et la grille de représentation de soi de Nina Rauche, on constate que les femme ayant vécu une stérilité présente une mauvaise qualité de représentation de soi et que cette stérilité entraine chez ces femmes une souffrance et une frustration d'une aspiration parentale.

En particulier nous avons choisi un échantillon qui se compose de trois (03) cas, âgés entre (30-35ans).

Notre recherche a pour objectif de savoir si les femmes ayant une stérilité psychogène présentent une mauvaise qualité de représentation de soi.

Afin de réaliser notre recherche, on a suivi une méthode qui s'agit d'une méthode clinique et une technique qui s'agit d'étude de cas , et on a utilisé des outils de recherche qui est l'entretien semi-directif et les tests projectifs le rorschach et la grille de représentation de soi de Nina Rauche .

Notre recherche s'est déroulée au sein de l'unité hospitalière de Targa-Ouzemour à Bejaia, au sein de service Gynécologie, d'une durée de trois mois.

D'après l'analyse des données, on a trouvé que les cas (les trois) présentent une mauvaise qualité de représentation de soi qui se caractérise par la dynamique conflictuelle intense entre l'objet d'être et celui de l'avoir qui a compliqué l'identification sexuelles et sexuée , l'incapacité de l'élaboration des conflits qui indique une tendance à une fragilité de l'image de corps et la qualité d'une identité féminine atteinte dans son intégrité .

Nous sommes arrivés à confirmer notre hypothèse par rapport à notre groupe d'étude qui indique que toutes les femmes ayant une stérilité psychogène présentent une mauvaise représentation de soi.

Pour terminer nous devons signaler que ce travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche, nous espérons que les chercheurs puissent ouvrir des perspectives à d'autres recherches sur la représentation de soi, parce que les recherches sont restreintes.

La liste bibliographique

- 1- Antoine .B, Fouques .D (2002), Manuel de psychologie de soin, Paris, France, Ed Bréal.
- 2- Anzieu. D, Chabert. C, (1970), les méthodes projectives, paris, France, Ed puf.
- 3- Baulinet.M-C, (2013), le couple parental de l'enfant porteur de handicap ; Une problématique spécifique, paris, Edition Bod-Books on Demand.
- 4- Beaubieu.L, (2009), l'expérience mystique selon C.G.Jung la voie d'individuation ou la réalisation du soi, thèse de doctorat en philosophie, Québec.
- 5- Benony. H, Chahraoui.K, (2003), les méthodes d'évaluation et de recherche en psychologie clinique, paris, Ed- Dunod.
- 6- Bertrand .L, (2003), traitement actuel de l'infertilité dans le Cadre de l'assistance médical à la procréation, université Henri Poincaré, Nancy, 1, France.
- 7- Blandine.C, Xavier.C, (2004) généologie obstétrique, paris, éd vernazobre-grego
- 8- Chabert .C, (1998), psychanalyse et méthode projectives, paris, France, Ed Dunod.
- 9- Charle.C, (2010), fécondation in vitro, la bourse ou la vie, Ed- université de Genève.
- 10- Christelle. G, (2007), comment accompagner les parents ; qui apprennent, à la maternité, que leur enfant est né avec un handicap, haute école de la santé, dans le cadre de programmation de formation d'infirmière, Lausanne.
- 11- Claudel.S, (2011), Etude clinique et projective de la représentation de soi chez des adolescents ayant un frère /sœur autiste, thèse de doctorat pour l'obtention de grade de docteur en psychologie, Université de Nancy, paris
- 12- Dominique. B, Odile. P-S, (1997), Les outils de la représentation un projet de formation, paris, édition l'Harmattan.
- 13- Duruz.N (1985), Narcisse en quête de soi ; étude des concepts de narcissisme, de moi et de soi en psychanalyse et en psychologie, Belgique.
- 14- Edmond. M(2005), psychologie de l'identité ; soi et groupe, paris, édition Dunod.
- 15- Grawitz. M, (2009), Méthodes des sciences sociales, paris, édition Dolloz.
- 16- Hafner.J-L, (2003), la reproduction humaine, paris, 1^{er} édition de Boeck.
- 17- Jacqueline .R, (2009), Manuel de test RORCHACH, Bruxelles, édition Boeck.
- 18- Jacques. M, Raymond T(1994), Manuel de Psychologie, Paris, édition Vigot.
- 19- Jean .M-S(2010), les représentations sociales, paris ,2^{eme} édition, Armand Colin,

- 20- Josiane .S (1999), estime de soi ; confiance en soi ; les fondements de notre équilibre personnel et social, paris inter Edition.
- 21- Khrdouche.B ,(2010)Etude clinique et projective des organisations psychopathologiques sous-jacentes à la stérilité psychogène, revue psychological et educational studies, N°5 .
- 22- Laplanche.J , Pontalis.J-B(1996), vocabulaire de la psychanalyse, paris ,Edition Delta.
- 23- Marianne. B, (2007), clinique projective RORCHACH et TAT, paris, éd Hermann
- 24- Marie .L, (2017), statut pondéral et habitudes de vie des couples infertiles : une étude pilote, université du Québec à trois –rivières.
- 25- Marie.H(2008), concept fondamentaux : psychologie sociale, France, édition Studyrama.
- 26- Martinot.D, (1995), le soi : les approches psychosociales, paris, édition presses universitaires de Grenoble.
- 27- Menechal. L, (1997), Introduction à la psychopathologie, paris, édition dunod.
- 28- Missonnier .S et al, (2004), l'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel, in La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité, Éléments de psychopathologie périnatale, Paris, édition PUF.
- 29- Mohamed .B, Agnès .F, (1995) la notion de représentation : de la psychologie de développement, revue de science sociale, N°1, p71-87.
- 30- Monique.J (2011), Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP, revue de l'Actualité et dossier en santé publique N°75, Saint Germain.
- 31- Morine. I, (1999), L'évolution de l'estime de soi à travers le processus scolaire chez des adultes ayant rencontré des difficultés d'ordre scolaire, thèse de doctorat en psychologie, Québec.
- 32- Neslihan .Z, Tevfika. I, Levent .K, (2005) la représentation de soi chez l'enfant instable à travers le test RORCHACH, revue de psychologie clinique et projective, volume 11, N° 1, p305-320.
- 33- Nina R, (1990) Elaboration de la grille de représentation de soi au Rorschach, revue de psychologie, N34, p17-26, paris.
- 34- Nina. R, (1970), la pratique du rorschach, paris, France, édition dépôt légal
- 35- Noémie.M, (2014), impact d'un parcours de FIV sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez la primipare, université de lorraine, paris.
- 36- Norbert. S, 2010, dictionnaire de psychologie, paris, Larousse in extenso.

- 37- Patrice .R.(2013), estime de soi, confiance en soi, amour de soi, France, édition Jouvence.
- 38- Perron .R, (2010), La Raison psychanalytique, pour une science du devenir psychique, paris, édition Dunod.
- 39- Pierre .D, (2010), Manuel du test de Rorschach, paris, France, édition bock.
- 40- Rodolphe. G, François .R(2007), cours de psychologie, paris, édition Dunod.
- 41- Roger. P, (1964) la genèse de la représentation de soi ; les orientations actuelles de la recherche, N°17, revus Bimestrielle, p 359, paris 5.
- 42- Sanglade. A(1983) Image du corps et image de soi au Rorschach, in technique projectives 02, volume 2, P104 ,111.
- 43- Sanglande. A, (1990) la représentation de soi : un concept fécond pour la psychologie clinique et projective, N°34, p 10-15, paris.
- 44- Soule .M et al, (1983), l'enfant dans la tête ; l'enfant imaginaire ; in La dynamique du nourrisson, ou quoi de neuf bébé ?, Paris, édition Brazelton.
- 45- Sylvie .C, (2016), désir de maternité et paternité dans le couple en processus d'adoption d'un enfant à l'étranger : exploration psychodynamique de la différence dans le désir d'enfant chez les futurs parents, université du Québec à Montréal.
- 46- Zorn. J. R, Savale.M(1999), stérilité de couple, Paris ,2ème édition, Masson.

Site internet :

- 47- <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/dysfonctions-sexuelles-et-infertilite>)
- 48- [http://www.doctissimo.fr/grossesse/infertilite/causes-de-l infertilite/infertilite-psychologique](http://www.doctissimo.fr/grossesse/infertilite/causes-de-l-infertilite/infertilite-psychologique)
- 49- <http://www.mohamedchaaraoui-psy.com>
- 50- <http://www.chu-toulouse.fr>

Annexe : I

Le projet d'enfant / Le désir d'enfant :

Comment est né votre projet d'avoir un enfant ?

Parlez-nous de ce projet ?

- L'enfant imaginaire

Comment imaginez-vous votre enfant (sexe, caractéristiques physiques et caractères) ?

Avez-vous rêvé d'un enfant ? Racontez nous ces rêves ?

- La représentation de la stérilité

Comment expliquer vous votre difficulté à voir des enfants ?

- Les relations avec les figures parentales

Pouvez-vous nous parler de la relation que vous entretenez avec votre mère ? Avec votre père ?

- durant l'enfance.
- changement avant/pendant le diagnostique

-le vécu du traitement de la stérilité

Avez-vous subi une thérapie traditionnelle ? Pourquoi ?

-si vous êtes sous traitement, Comment vivez-vous ce traitement ?

-Relations sexuelles

Comment vivez-vous vos relations sexuelles avant et après la stérilité ?

-La réaction de l'entourage et de la famille

Que pense votre entourage et votre famille de ce qui vous arrive ?

1- Comment elles sont vos relations avec votre marie ?

-Adoption

Avez-vous déjà pensé à l'adoption ?

Regard sur l'avenir

Comment voyez-vous votre avenir ?











Annexe :II

Tableau des banalités au rorschach en Algérie :

Planche	localisation	Contenu(Ban)
I	G	Chauve-souris Papillon oiseau
II	G	Papillon Personne, être humain : homme, femme, enfant, clowns
III	G/D1 D3	Personne, être humain : homme, femme. Papillon
IV	G	Humain ou humanoïdes : Monstre, orge, géant, fantôme, diable
V	G	Chauve-souris Papillon Oiseaux
VI	G/D1	Peau, fourrure (d'animal
VII	D1/D2	Visage(s), être, figures...
VIII	D1	Animal : race canine ou féline, lion, tigre, léopard, loup, chien, chat...
IX	D3	Personnes : femmes, hommes, vieux, enfants
X	D1	Araignée(s)

Annexe : III

Les planches de Rorschach :

				
Plate 1 (bat, butterfly, moth)	Plate 2 (two humans)	Plate 3 (two humans)	Plate 4 (animal skin, massive animal)	Plate 5 (bat, butterfly, moth)
				
Plate 6 (animal hide, skin, rug)	Plate 7 (human heads, faces)	Plate 8 (pink animal)	Plate 9 (orange human)	Plate 10 (blue: crab, lobster, spider)