



HAL
open science

Vécu socioculturel, fonctionnement psychique et souffrance mentale de 100 femmes algérienne en psychothérapie : Etude descriptive

Hayat Ghemmour

► **To cite this version:**

Hayat Ghemmour. Vécu socioculturel, fonctionnement psychique et souffrance mentale de 100 femmes algérienne en psychothérapie : Etude descriptive. Psychologie. Université de Strasbourg, 2017. Français. NNT : 2017STRAG005 . tel-01614158

HAL Id: tel-01614158

<https://theses.hal.science/tel-01614158>

Submitted on 10 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
[Subjectivité, lien social et modernité (SULISOM) - EA 3071]

THÈSE présentée par
Hayat GHEMMOUR

Soutenue le : **28 Avril 2017**

Pour obtenir le grade de : **Docteur de l'Université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : **Psychologie Clinique**

**Vécu socioculturel, fonctionnement psychique et souffrance mentale
de 100 femmes algériennes en psychothérapie**
-Etude descriptive -

THÈSE dirigée par :

Mme BACQUÉ Marie-Frédérique Pr. Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Mr LEPASTIER Samuel
Mr BENKHELIFA Mahmoud

Pr. Université Paris Diderot
Pr. Université Alger 2

AUTRE MEMBRE DU JURY :

Mme METZ Claire

Pr. Université de Strasbourg

Vécu socioculturel, fonctionnement psychique et souffrance mentale de
100 femmes algériennes en psychothérapie

-Etude descriptive-

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements partent à toutes les personnes qui m'ont soutenu, conseillé et aidé durant toute la période de préparation de cette thèse. Je cite en particulier :

Mon directeur de Thèse le Professeur Marie Frédérique Bacqué pour son encadrement et son soutien permanent.

A mon encadreur de recherche en Master le Professeur Fatima Moussa

Au Pr Samuel Lepastier et au Dr Michèle Lepastier

Aux membres du laboratoire d'Anthropologie Psychanalytique et de Psychopathologie, Université Alger 2, son Directeur le Pr Mahmoud Benkhélifa, et son Directeur adjoint le Pr Nacir Benhalla

Aux Psychothérapeutes : Dr Dominique Huet et Dr Abdennour Brahim

Au Secrétariat de l'Ecole Doctorale de l'Université de Strasbourg

Mme Sandrine Amé et Mme Pascale Merlin

A ma fille Maya

Table des matières

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

Premiere partie (Partie theorique)

CHAPITRE 1 Presentation de la recherche	4
Problématique.....	5
Hypothèses générales	15
CHAPITRE 2 Processus de maturation	19
Introduction	20
1 – Féminin	21
2- Féminité	26
3- Femme.....	28
4- Mère.....	32
Conclusion	34
CHAPITRE 3 Vécu socioculturel algerien et sexualité de la femme	36
Introduction	37
1- La notion de culture	37
2-L'interculturel.....	40
6- La sexualité féminine selon l'Islam.....	48
7- L'image du corps.....	51
CHAPITRE 4 Névrose , fonctionnement psychique	56
Introduction	57
1- Classification psychiatrique des troubles	57
2- Classification des troubles selon l'approche psychanalytique	60
3-La dépression	64
4- Fonctionnement mental	66
5-Mécanismes de défense	68
6- Violence terroriste et psycho-traumatisme	72
7- Psychopathologie et vécu social en Algérie.....	76
Conclusion	78

Deuxième partie (Partie pratique)

CHAPITRE 5 Methodologie	80
Introduction	81
1-La Méthode utilisée	82
3-Population d'étude	83
4- Outils d'investigation	84
5- Modalité de passation des épreuves cliniques	88
CHAPITRE 6 Resultats de la recherche 1 :Identification des sujets , motifs de consultations,diagnostics	91
Introduction	92
2- Motifs de consultation	98
3- Hypothèses diagnostics	107
4- Fonctionnement hystéro-phobique : de la théorie à la clinique	111
5- Approche symbolique des troubles somatiques des sujets.....	113
CHAPITRE 7 Résultats de la recherche 2 Pratique socioculturelles	116
Introduction	117
1-Tenue vestimentaire	118
2- Circonstances du port du voile islamique.....	125
3-Vécu et pratiques religieuses	126
4- Pratiques thérapeutiques traditionnelles	131
Conclusion	133
CHAPITRE8 Présentation et analyse des resultats Rorschach de36 femmes...	135
Introduction	136
1- Analyse des réponses de la Planche II	137
2- Analyse des réponses de la Planche III	142
3- Analyse des réponses de la Planche VI.....	146
5- Identité, identification à travers les réponses données à la planche III	150
Conclusion	151
CHAPITRE 9 Etude clinique de 5 patientes (illustration clinique , Rorschch) ..	153
Introduction	154
1- Sujet 1 : Khadidja, 41 ans, mariée, sans enfants, Couturière	155
2- Sujet 2 : Chafia, 38 ans, Célibataire, Cadre d'entreprise	161

3- Sujet 3 : Besma, 25 ans, Célibataire, Comptable.....	166
4- Sujet 4 Mebarka : 46 ans, mariée, 3 enfants, Sans fonction.	172
5- Sujet 5 Djamila : 38 ans, divorcée, Médecin 5-1 Illustration clinique	178
6- Discussion des données cliniques des cinq sujets.....	183
Chapitre 10 Test –retest après psychothérapie (etude clinique de 4 sujets).....	187
1- Évaluation clinique des psychothérapies de 4 sujets	189
2- Les changements après psychothérapie à travers l'épreuve Rorschach	191
3- Assouplissement du fonctionnement psychique après psychothérapie	210
4- Les changements exprimés par les transferts positifs	210
Conclusion	212
Discussion générale des résultats	214
Conclusion générale.....	221
Bibliographie.....	222
ANNEXES	228
Annexe 1	229
Annexe 2	231
Annexe 3	232
Annexe 4	233

Liste des tableaux

Tableau (1) Présentation et distribution de la population d'étude selon la situation matrimoniale.....	84
Tableau (2) Distribution des sujets en fonction des outils d'investigations utilisés	86
Tableau (3) distribution des sujets selon les âges.....	93
Tableau (4) Distribution des sujets selon le niveau d'étude	93
Tableau (5) Distribution des sujets en fonction de la situation matrimoniales	94
Tableau (6) Distribution des sujets en fonction des professions.....	95
Tableau (7) Distribution des sujets en fonction du nombre de frères et sœurs	96
Tableau (8) Distribution des sujets en fonction du rang dans la fratrie	97
Tableau (9) Distribution des sujets en fonction des motifs de consultation	98
Tableau (10) Distribution des sujets en fonction des motifs de consultation (conflit divers)	99
Tableau (11) Distribution des sujets en fonction des motifs de consultation (conflits divers)	100
Tableau (12) Distribution des sujets en fonction des troubles sexuels	102
Tableau (13) Distribution des sujets en fonction des troubles conjugaux.....	103
Tableau (14) Distribution des sujets en fonction des troubles somatiques ou mentaux	105
Tableau (15) Distribution des sujets en fonction des troubles traumatiques	106
Tableau (16) Distribution des sujets en fonction du diagnostic.....	108
Tableau (17) Distribution des sujets selon le type d'habillement.....	118
Tableau (18) Distribution des sujets en fonction de l'âge et du voile moderne.....	119
Tableau (19) Distribution des sujets en fonction du type d'habillement (Voile traditionnel).....	119
Tableau (20) Distribution des sujets en fonction du type d'habillement (Tenue occidentale).....	120
Tableau (21) Distribution des sujets en fonction du moment du port du voile	125
Tableau (22) Distribution des sujets en fonction des motivations du port du voile ..	126
Tableau (23) Distribution des sujets en fonction des pratiques religieuses	127
Tableau (24) Distribution des sujets en fonction du vécu et pratiques religieuses ..	128
Tableau (25) Distribution des sujets en fonction des pratiques thérapeutiques traditionnelles	132
Tableau (26) Distribution des contenus des réponses de la planche I	137
Tableau (27) Distribution des contenus des réponses à la Planche III.....	142
Tableau (28) Distribution des contenus des réponses de la Planche VI	146

Introduction générale

Vécu socioculturel, fonctionnement psychique et souffrance mentale de 100 femmes algériennes en psychothérapie c'est le titre que nous avons donné à notre thème. Il s'agit de rendre compte d'une expérience clinique d'une consultation libre dans un cabinet de psychologie situé à Alger-Centre.

Après 12 années de pratique clinique où je recevais des femmes en mal de vivre, j'ai voulu comprendre le sens que véhicule leur souffrance. Le fait d'écouter et d'observer leurs comportements sur le vif pendant parfois de longues années m'a conduit à m'imprégner de leur vécu, d'où l'envie de transmettre fidèlement le contenu de leurs préoccupations et évaluer la qualité de leurs défenses.

C'est dans ce sens que nous avons donné à ce travail le sous-titre : *Etude descriptive*. Il s'agit de prendre au hasard une population d'étude ayant consulté pendant quelques années et la soumettre à l'observation clinique. Suivant une méthodologie adaptée, je tenterai de comprendre comment est structuré le fonctionnement psychique de ces femmes et d'évaluer la manière dont elles se défendent face aux différents obstacles rencontrés.

Notre réflexion a démarré par l'idée que le fonctionnement psychique de ces femmes pourrait être imprégné par un vécu socioculturel. Ce dernier est constitué de croyances, d'attitudes et de pratiques religieuses. Ce vécu long, varié et compliqué a certainement laissé des empreintes sur la psyché et pourrait également façonner le mode d'action de ces femmes.

La question centrale à laquelle nous voulons apporter des éléments de réponse est la suivante : pourrait-il y avoir de rapport de cause à effet entre le fonctionnement psychique de ces femmes et leur vécu socioculturel ? Si ce vécu est connu par sa pesanteur, ses interdits et son mode d'action, cela veut dire qu'il pourrait agir pour donner une spécificité à leurs fonctionnements. De ce fait, nous pouvons nous attendre à un tableau psychopathologique étroitement lié à leur vécu.

Pour arriver à cerner le travail dans sa globalité, nous avons pris une population d'étude constituée de femmes souffrantes demandant une aide psychologique. A l'aide d'une méthodologie adaptée, nous soumettrons à l'analyse un matériel clinique constitué de productions et d'extraits tirés de leur vécu intime. Ceci pourrait nous aider à évaluer la nature et le sens de cette souffrance.

Nous avons organisé le travail en deux parties. Une partie théorique, constituée de quatre chapitres, et une partie pratique constituée de cinq chapitres. Tout a été conçu selon une logique méthodologique qui tient compte, tout à la fois, de la cohérence du travail et du respect des étapes de la recherche.

Le premier chapitre, appelé *Présentation de la recherche*, contient la problématique et les hypothèses de travail. Dans ce chapitre, nous développerons et argumenterons tout ce qui se réfère au vécu socioculturel algérien. Par la suite, nous citerons l'aspect psychopathologique en termes de fonctionnement psychique. Après avoir fait le lien entre les deux variables (socioculturel - fonctionnement psychique), nous avons posé notre problématique. Elle est constituée de plusieurs questions se référant toutes à l'objectif du thème de recherche. Cinq hypothèses de travail ont été, par la suite, formulées en guise de réponses susceptibles d'éclairer et d'enrichir le travail.

Le deuxième chapitre est intitulé *Processus de maturation (Féminin, Féminité, Femme, Mère)*. Dans ce chapitre, nous tracerons une trajectoire contenant l'aspect psychophysiologique et psychologique de la femme. Nous traiterons les théories de base touchant les besoins psychoaffectifs de la personne. Nous commencerons par les besoins en rapport avec la naissance de l'enfant, la crise d'adolescence et enfin l'âge adulte. Une importance particulière a été accordée dans ce chapitre au passage délicat de la femme à la mère. Ceci nous a certainement permis de mieux préciser les concepts et développer les visions relatives à cet aspect.

Le troisième chapitre est intitulé *Vécu socioculturel et sexualité féminine en Algérie*. Dans ce volet, nous développerons les différents aspects touchant précisément au vécu socioculturel de la femme en Algérie. Les traditions, les pratiques socioreligieuses, les attitudes et pratiques magiques ont été longuement analysées dans ce thème. Nous donnerons, par la suite, un aperçu sur la sexualité en général et comment elle est vécue chez la femme algérienne. Dans ce volet, nous brosserons un tableau général de la condition féminine sur l'aspect purement socioculturel.

Le quatrième chapitre est intitulé *Névrose, fonctionnement psychique et vécu de la femme*. Ce chapitre contient l'aspect central de notre recherche. Il consiste à développer, d'une façon précise, la dimension psychopathologique du thème. Une attention particulière a été accordée aux différents types de fonctionnement en termes de tableau diagnostique. Nous avons souligné dans ce cadre ce qui relève de l'universel (théories de base) et ce qui relève du spécifique (vécu socioculturel). Ce chapitre nous éclairera davantage sur la nature et les ramifications de la souffrance mentale.

Le cinquième chapitre est intitulé *Méthodologie de la recherche*. Nous avons élaboré, dans ce volet, un plan de travail qui nous permettra d'encadrer rigoureusement notre réflexion. Nous avons commencé par justifier la méthode utilisée, le choix de la population d'étude, les outils d'investigation et la méthode d'analyse. Ce chapitre reste notre guide qui nous permet certainement d'éviter tout risque de déviation.

Le sixième chapitre est intitulé *Résultats de la recherche 1*. Il contient les premiers résultats obtenus au niveau de l'analyse des données de l'entretien clinique. Ce chapitre nous permettra d'avoir une première idée sur la population d'étude. Il nous éclaircira sur : l'identification *des sujets* (âge, situation matrimoniale, niveau d'étude), les *motifs de consultation* et formuler les premières *hypothèses-diagnostic*s.

Le septième chapitre est intitulé Résultats de la recherche 2. Il contient les résultats que nous avons obtenus à travers l'analyse du vécu socioculturel des sujets. Nous avons soumis au traitement les éléments suivants : tenues vestimentaires, pratiques religieuses et les thérapies traditionnelles utilisées. Ces éléments nous permettront d'appréhender l'imbrication des deux composantes, celle de la culture et celle du psychopathologique.

Le huitième chapitre est intitulé Présentation et analyse des résultats du test Rorschach. Il contient l'analyse des protocoles de 36 femmes aux planches II, III et VI au Rorschach. Ce chapitre nous permettra de voir comment la sexualité des femmes est intégrée dans la psyché. C'est ce qui nous permet d'évaluer le poids des interdits et la possibilité ou pas de les dépasser.

Le neuvième chapitre est intitulé Etude clinique de 5 sujets. Il nous permet de suivre, étape par étape, le vécu de ces femmes sur plusieurs aspects à savoir : la relation avec les parents, le vécu traumatique, le vécu sexuel, l'adaptation sociale et l'intégration des éléments religieux. Ces différents aspects nous renseignent sur la nature des relations entre le sujet et son entourage. Nous avons appuyé ces illustrations cliniques par une épreuve projective (Rorschach) pour éclairer d'avantage la nature du fonctionnement psychique dans sa profondeur.

Le dixième et dernier chapitre appelé Test et re-test après psychothérapie, ce chapitre nous a aidé à évaluer, d'un côté, la prégnance inhibitrice des éléments culturels, et d'un autre côté, il nous a montré comment ces éléments ont été surmontés après la psychothérapie. Il s'agit d'un suivi plus ou moins long de 5 femmes. L'analyse des résultats Rorschach avant et après psychothérapie nous permettra de voir comment la psychothérapie a aidé ces femmes à se libérer des différentes entraves socioculturelles.

CHAPITRE 1

Présentation de la recherche

Problématique et hypothèse

Problématique

Dans ma consultation quotidienne, sur une période de 5 ans (2005 – 2010) j'ai recensé 283 femmes qui se sont présentées pour une aide psychologique (voir Annexe 2). Sur cette population, un peu plus de la moitié (54%) des femmes sont célibataires. Leur âge varie entre 21 et 40 ans. Les motifs de consultation déclarés lors des premières rencontres sont : des phobies sociales, des obsessions multiples et des troubles sexuels allant de la simple absence de désir jusqu'à la perversion¹. Concernant les motifs latents de consultation, j'ai relevé : une aide à trouver un mari, le désir de se détacher de l'emprise familiale, l'envie de réaliser une autonomie psychologique, économique et/ou professionnelle. Dans l'ensemble, l'hypothèse qui se dégage de mes consultations est de l'ordre d'une fragilité psychique. Le sentiment de culpabilité est prégnant.

Le résultat de la première lecture de ces données qui s'est dégagé spontanément par le biais des statistiques, est que certains éléments reviennent d'une façon récurrente chez l'ensemble des sujets. Les premiers éléments qui peuvent caractériser ces constatations montrent que ces femmes sont relativement jeunes, elles sont souvent célibataires avec un niveau d'études élevé. Ce sont là des points que partage l'ensemble de la population. Dans le même contexte, nous avons enregistré, en termes de motifs de consultation dans leurs deux formes latentes et franches, des désirs d'assumer la position de femme adulte au sens d'exprimer et/ou de vivre ces désirs.

L'ensemble de ces données reste le fil conducteur de ma réflexion, laquelle est soutenue par un ensemble de questions qui s'imposent et auxquelles je tenterai de trouver des éléments de réponse.

Pourquoi cette population consulte-t-elle plus que les autres et à un moment particulier de la vie qui est en l'occurrence le début de l'âge adulte ? Pourquoi ces femmes cherchent-elles une aide pour vivre ou réaliser leurs désirs ? Pourquoi le poids de la famille est-il important au point de les empêcher de réaliser leurs objectifs ? Pourquoi la variable 'niveau intellectuel' ne joue pas son rôle équilibré et sublimatoire ? Nous soulignons, parfois avec acuité, l'importance du clivage entre appareil cognitif et appareil psychique.

¹Ces données sont relatées dans l'étude statistique expliquant le nombre de personnes consultantes. La proportion des hommes par rapport aux femmes, les célibataires par rapport aux mariées (Voir annexe 1, P. 247). Pour ce qui est des motifs de consultation, ils sont présentés au chapitre 4, P. 285.

Afin d'avancer des éléments de réponse qui peuvent être retenus comme des pistes de réflexion, il est utile de préciser que notre travail s'inscrit dans le cadre de la théorie psychanalytique. Dans cette perspective, nous ne relevons que le fonctionnement psychique en termes de nature de conflits ; le type de relation d'objet reste central dans notre démarche.

Nous entendons par '*fonctionnement psychique*' la manière dont une structure fonctionne et ce qui la différencie d'une autre. C'est à dire les aspects et les signes apparents ou cachés qui donne à la personne une allure et une image différente d'une autre. Cette approche nous amène à définir et évaluer le sens que contient le terme 'structure'. La définition qui nous semble proche de notre démarche est celle donnée par Perron (1985). « Une structure est un système de transformation qui comporte des lois en tant que système (par opposition à la propriété des éléments) et qui conserve et enrichit par les jeux mêmes de ces transformations (...) une structure comprend ainsi les trois caractères de '*totalité*' de '*transformation*' et '*d'auto-régulation*'. » (Perron, 1985, P. 10).

L'élément essentiel à retenir est la notion de '*loi*' et la notion de '*transformation*'. Les lois sont les éléments de base indispensables à l'évolution de l'être humain. Ce dernier doit sa survie au respect des lois qui régissent les besoins biologiques (soif, faim, sommeil) et les besoins psychiques (affection, ressentiment). C'est ainsi que les deux types de besoins (biologiques et psychologiques) s'inter changent et évoluent au cours du développement formant l'équilibre somatopsychique.

Le deuxième terme à retenir de la définition précédente est le '*système de transformation*'. Ce dernier concerne, en grande partie, les mécanismes de défense. Ils sont indispensables pour le maintien de l'équilibre. Il s'agit de « l'ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégralité et la constance de l'individu biopsychologique » (Laplanche et Pontalis, 1984, P.108). Ils sont nombreux et variés. Plus ils sont utilisés d'une façon efficace, plus la personne obtient son équilibre avec peu d'énergie.

Dans le même ordre d'idées, nous ne pouvons appréhender le fonctionnement psychique dans son ensemble sans évoquer la notion '*d'identité*'. Cette dernière occupe une place importante dans le fonctionnement psychique. Elle peut jouer le rôle de cadrage dans lequel agit et évolue la personne. L'identité, disait Bergeret « se construit dans un travail continu où s'équilibrent les objets réels, les imagos, les objets internes, les diverses instances » (Bergeret, 1979, P. 219). Nous saisissons ainsi que l'identité de chaque personne commence à prendre vie dès les premières relations avec l'objet. L'activité psychique qui s'opère entre le nouveau-né et sa mère donne, au préalable, les prémisses de son identité. Le même auteur précise que le terme '*identité*' « désigne une incorporation orale qui, dans un deuxième temps, devient une introjection » (Ibid, P. 220). Nous déduisons donc que le processus identitaire n'est qu'une entité résultante de deux importants mécanismes qui sont l'*introjection* et la *projection*. A rappeler que le fait d'ajouter à ce mécanisme l'adjectif

'primaire' indique également le démarrage et la mise en œuvre de la première activité du moi.

Compte tenu de ces éléments, nous retenons à titre déductif qu'il y a une implication logique et évolutive entre trois éléments à savoir : structure, fonctionnement psychique et identité. Ce sont les éléments de base qui donnent les règles essentielles qui régissent le fonctionnement de toute personne.

Nous sommes jusque-là dans une démarche qui met en premier plan la genèse d'une personne asexuée. Une des caractéristiques de cette structure c'est qu'elle contienne les deux pôles : masculin et féminin. C'est la bisexualité. Elle est prête à fonctionner dans une identité sexuelle en devenir. Au cours de son évolution, la personne grandit, se développe et prend l'allure de garçon ou de fille, en fonction des premières interactions objectales. C'est dans ce processus long et complexe que le *féminin* et le *masculin*, au sens biologique du terme, changent pour prendre l'allure de 'fille' ou 'garçon'. Nous allons mettre de côté l'évolution du garçon pour nous intéresser exclusivement à la fille qui est le centre de notre travail. Ceci nous permettra de mieux approfondir les termes et donner une meilleure légitimité à notre travail.

En se référant à la littérature psychanalytique, nous retenons que le mécanisme d'*identification* occupe une place importante dans la psychogénèse. Le vocabulaire de la psychanalyse lui donne la définition suivante : « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le mode de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » (Laplanche et Pontalis, 1979, p. 187). Selon cette définition, la notion de processus occupe une place importante. Il s'agit d'une interaction entre deux entités. L'une doit nécessairement influencer l'autre pour donner, au final, un fonctionnement obéissant à des règles bien déterminées. Ceci indique que ce mécanisme est important au point d'agir sur le destin de toute une vie.

Dans la même perspective, dans son ouvrage *Psychologie pathologique*, Bergeret (1979) a consacré tout un volet à l'identification. Il a subdivisé le concept en deux. L'identification primaire et l'identification secondaire :

La première est « liée à l'incorporation orale. L'objet doit être dévoré sans distinction préalable entre tendresse et hostilité, ni entre moi et non-moi dans ce mouvement essentiellement prégénital qui vise à préciser l'identité de base du sujet » (Bergeret, 1979, P.91). Ceci indique clairement l'importance de ces opérations. Elle est annonciatrice des premiers signes de l'entrée à l'humain.

La deuxième est un processus plus élaboré car le nouveau-né est censé, d'abord, réaliser les premières relations objectales de base. Elle est « destinée à affirmer l'identité sexuelle du sujet avec tous ses avatars possibles en psychopathologies. L'enfant, en renonçant d'abord à incorporer le parent aimé, puis en renonçant à l'idée d'un commerce sexuel avec lui, va se consoler en absorbant les qualités représentées pour lui par cet objet ». (Bergeret, 1979, P. 91). Les choses paraissent ainsi simples à

saisir, mais cela reste une tâche extrêmement complexe. « Les identifications secondaires liées aux parents du même sexe viennent normalement compléter et organiser généralement les identifications primaires et faire le lit des relations ultérieures de type véritablement objectal et génital » (Ibid, P. 91). Ces affirmations nous indiquent que les deux types d'identification restent essentiels et déterminent le devenir normal ou pathologique de toute personne.

Tout compte fait, à ce niveau, l'équilibre structurel de la fille n'est pas acquis d'emblée. L'identification secondaire reste essentielle pour son évolution. Pour que le nouveau-né quitte le statut d'enfant et se prépare à devenir fille, il doit développer des attitudes positives à l'égard de sa mère ou de son substitut. « L'identification secondaire, contemporaine du mouvement œdipien, se faisant successivement aux deux parents dans leurs caractères sexués, est constitutive de l'identité *sexuelle* et de *la différenciation sexuelle* » (Ibid, p.33). C'est une opération extrêmement délicate et difficile. Pour que la fille renonce aux désirs œdipiens ou aux attachements affectifs vis-à-vis du père, il faut que la mère soit suffisamment présente et suffisamment bonne pour qu'elle puisse développer des interactions positives à son égard.

Historiquement parlant, et depuis des siècles, la féminité a toujours été associée à la fécondation, grossesse, accouchement et à l'éducation des enfants. Tout acte sexuel en dehors du cadre de reproduction a été souvent prohibé. « La dissociation du coït du cycle accouplement-grossesse-allaitement n'a été véritablement acquise que de façon récente. » (André, 2013, p. 17). Ceci confirme l'idée selon laquelle une identité féminine, telle qu'elle est représentée actuellement, a fait de grands progrès. L'émancipation des femmes, l'égalité dans les droits et les devoirs entre les deux sexes n'ont pas été réalisés aisément. Le droit au vote, à l'héritage, la liberté sexuelle sont des acquis nouvellement réalisés. Dans certains pays, dits pays '*émergents*', et certains pays musulmans, la femme n'a pas encore la place souhaitée.

Le vécu historique et trans générationnel a certainement laissé des empreintes, voire un marquage important, sur l'identité féminine « Dans la culture de tous temps, on l'a vu, la sexualité de la femme est diabolisée, du moins, toujours suspecte d'excès, devra être étroitement contrôlée » (Ibid, p.108). C'est ainsi que nous appréhendons le poids et les ramifications des générations antérieures qui agissent discrètement sur le fonctionnement psychique. Le moi du sujet, qui est en interaction permanente avec le réel, ne connaît que superficiellement les grands changements culturels. C'est ce qui entrave, en partie, le processus évolutif sexuel des femmes. Selon cette trajectoire, nous saisissons la dynamique psychique du fonctionnement des femmes, qui est fondamentalement différent de celle de l'homme. Une certaine supériorité dictée et imposée par les événements historiques laisse certaines femmes accepter fatalement une passivité qui peut aller jusqu'au refus inconscient de leur identité sexuelle. Tout se passe comme s'il y avait un certain clivage entre la pulsion sexuelle *et les autres fonctions du moi*. Ceci crée inévitablement une anomalie, voire un trouble entravant la cohérence du moi. Dans cette optique, Freud (1912) indique que le refoulement est

le principal mécanisme qui, de par sa massivité, pourrait perturber le bon fonctionnement de la sexualité. Il précise, dans ce cas, que « la libido se comporte comme un fleuve dont le principal canal est obstrué ; elle envahit les canaux collatéraux que, jusque-là, étaient peut-être restés vides. C'est ainsi également que le penchant de la perversion (...) peut être déterminé ». (Freud, 1912, p. 86).

En s'appuyant sur ces éclairages qui représentent la base de l'équilibre, nous retenons que l'identification primaire et secondaire, le poids du surmoi et la fonction du moi ne peuvent uniquement dépendre des lois du psychisme, qui sont en réalité en rapport étroit avec la relation d'objet au sens pulsionnel et économique du terme. Par soucis d'un agencement cohérent des données de base constituant l'équilibre du moi, nous devons inclure la fonction du surmoi, sa constitution ainsi que sa valeur structurelle.

Par définition, le surmoi est un système ou une instance dont le nom est employé par Freud depuis 1900. Par cette instance, il désigne « une suite de dispositions traversées par les excitations » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 202). Cette instance agit comme un système de contrôle et de censure ne laissant apparaître que les agissements autorisés. Dans ce sens, le surmoi « exerce une action positive (...), il est considéré comme l'héritier de l'instance parentale » (Ibid, p. 202). Sa mission structurante est donc directement liée aux comportements, aux agissements, et peut-être même aux représentations conscientes et/ou inconscientes des parents. Si le surmoi est introduit en priorité par l'instance parentale cela veut dire que cette dernière a une place structurante importante pour la personne.

En se référant aux origines du fonctionnement psychique, nous précisons que les éléments cités précédemment, tels que les identifications primaires et secondaires, ainsi que le rôle et le poids du surmoi, restent importants, voire déterminants pour la fonction ultérieure du moi. Ils sont en rapport avec les attitudes et les agissements parentaux au sens large du terme. Ceci nous amène à élargir les choses pour inclure tout ce qui représente le vécu socioculturel.

Le nouveau-né, dès son arrivée au monde, subit passivement les premières interactions mère-enfant. Elles peuvent être regroupées comme suit : les tonalités affectives, les représentations magiques, les traditions et les recommandations religieuses. En adhérant à ces données, nous reconnaissons au préalable l'universalité des règles qui régissent le fonctionnement psychique. Cette universalité est valable jusqu'à une certaine mesure. La limite reste difficile à tracer car l'univers est en perpétuel changement. Nous pouvons même penser que l'inconscient pourrait être influencé par les données socioculturelles. Il pourrait évoluer et changer en fonction de l'évolution de ces paramètres théoriques cités jusque-là représentant l'aspect clinique et psychogénétique de la personne. Nous essayerons d'articuler ces données avec le vécu socioculturel des femmes en Algérie. Une des questions qui nous interpelle dans ce sens est : comment le fonctionnement psychique de la femme se structure en interaction avec son vécu familial, social et relationnel ?

Afin d'amorcer des éléments de réponse, il nous semble important de donner un aperçu sur le paysage social algérien depuis l'indépendance du pays jusqu'à ce jour. Il est connu que la société algérienne est une société relativement jeune. Après l'indépendance du pays en 1962, la population ne dépassait pas neuf millions d'habitants. La grande majorité d'entre eux vivait à la campagne. Le taux d'analphabétisme était élevé. La famille algérienne était caractérisée par les éléments suivants : elle est patriarcale, souvent nombreuse, étroitement liée au vécu rural, les règles qui régissent l'organisation sociale sont majoritairement tirées de la religion musulmane.

Juste après l'indépendance du pays, les conflits entre moderne et traditionnel ont commencé à se faire sentir. La population s'est retrouvée subitement face à deux mondes difficilement conciliables. Le monde traditionnel caractérisé par les anciennes croyances et habitudes et le monde moderne imposant les exigences de la modernité. Beaucoup de chercheurs algériens se sont penchés pour analyser les éléments contradictoires qui nourrissent directement ou indirectement le comportement des personnes. Parmi les plus connus nous citons : Medhar (1992), Toulbi (2000), Moussa (2001), Lachref (2004), ...etc.²

Il est à rappeler que l'ensemble des recherches dans ce domaine s'entend sur le fait que la dualité moderne-traditionnel est prégnante dans les agissements des personnes. Ceci fait partie d'un mécanisme de transition utile à tout changement. Il nous semble important de nous arrêter à ce niveau pour mieux cerner le sens et les valeurs de ces transitions. Boutefnouchet (2004) donne à la transition sociale la définition suivante : « Fait historique permettant à la société de s'adapter à son siècle selon un processus complexe incluant autant les éléments matériels, symboliques (...). Le concept de la transition sociale prend une signification plus dense et plus profonde du fait des enjeux majeurs auxquels ces sociétés font face et du fait des stratégies de développement qu'elles tentent de déployer pour arriver à un niveau de progrès satisfaisant » (Boutefnouchet, 2004, pp.11-12). Le terme 'éléments symboliques' nous interpelle à plus d'un titre. Il s'agit certainement des transmissions des représentations affectives du passé vers le présent. Ce processus est souvent inconscient. Ces représentations sont actualisées dans l'imaginaire de la personne et mobilisent parfois une forte énergie.

²Les quatre chercheurs ont mis l'accent sur les effets psychopathologiques des importantes mutations vécues en Algérie : Medhar (1992), dans son ouvrage intitulé : 'tradition contre développement' a montré comment les personnes vivent des comportements conflictuels entravant tous le processus d'adaptation. Toulbi (2000), dans son ouvrage 'identité au Maghreb' a donné un aperçu sur le poids des traditions qui nourrissent implicitement la structure psychique du Maghrébin. Moussa (2001), dans un ouvrage collectif intitulé 'Violence, trauma et mémoire' a montré, à travers une illustration clinique, comment un événement traumatique d'apparence banale pourrait réactiver violemment un ancien événement traumatique vécu durant la période de violence terroriste. Lachref (2004), a publié un ouvrage intitulé : 'La rupture et l'oubli'. Il a donné un diagnostic détaillé sur la situation psychosociologique vécu par les Algériens. Il a surtout mis en garde contre les dangers et les dérives de l'intégrisme religieux.

Dans cette trajectoire observée globalement dans le paysage social algérien, nous retenons les faits suivants : transmission, mutation, instabilité, anomie, etc. Ces éléments restent certainement essentiels dans la structure sociale. Les personnes ont du mal à vivre ou définir clairement leurs rôles. Elles sont en permanence sous l'emprise d'un conflit intrapsychique souvent inconscient nécessitant la mise en œuvre des mécanismes d'adaptation parfois coûteux en termes d'efforts et d'énergie.³

D'autres données sont également à prendre en considération pour mieux comprendre l'effet du groupe (famille ou société) sur l'individu. Elles peuvent agir comme variables intrinsèques agissant sur la structure. Nous citons en particulier : la taille de la famille, le poids et le rôle des grands-parents et des oncles, l'effet des pratiques religieuses et sociales telles que le mois de ramadan (le mois du jeûne), l'Aïd El Adha (fête du sacrifice du mouton), ...etc. D'autres pratiques, telle que la magie, ont également leur importance. Les plus pratiquées sont la sorcellerie, les thérapies traditionnelles et la scarification⁴. Ce genre de pratiques qui sont toujours d'actualité, sont certainement bien représentées dans l'imaginaire mental. De ce fait, ils ne peuvent que conditionner, voire contribuer à la structuration et au devenir de la jeune femme.

En se référant aux données précédemment citées, nous pouvons poser la question suivante : comment ces pratiques sont-elles ressenties, vécues, intériorisées par la jeune femme ? Il est à retenir, au préalable, que les femmes ont vécu doublement les effets de cette mutation. Elles l'ont vécu en tant que personnes touchées par les éléments de base tels qu'une transformation et une mutation. Elles l'ont également vécu en tant que personne de sexe féminin. Elles doivent, par nécessité, redoubler d'efforts et développer d'autres mécanismes pour maintenir leur adaptation.

Afin d'amorcer des éléments de réponses à ces interrogations, nous nous baserons sur certaines recherches faites sur le vécu de la femme en milieu algérien. Nous citerons celles qui nous paraissent les plus importantes. Elles sont toutes faites par

³Il est important de relever sous la plume de Lachref (2004), le cri d'alarme soulevé dans la conclusion de son ouvrage. 'Les ruptures et l'oubli'. « il est triste de rajouter que c'est souvent au nom de certaines valeurs nationales dévoyées ou religieux intolérantes, et en dehors de toute intervention tutélaire bien comprise de l'Etat, que les femmes, les enfants, les paysans continuent de subir un sort contraire soit par négligence flagrante dans le respect des lois leur assurant l'égalité des droits et libertés fondamentales, soit en raison d'une formation scolaire et professionnelle déficiente (...) soit en raison des conditions archaïques de sous-développement » (Lachref, 2004, P. 147).

⁴Cette pratique est encore utilisée dans certains milieux. Elle consiste à faire une marque sur la cuisse de la fillette avec un fer chaud, pratiquée au début de l'adolescence par une vieille femme afin de garder sa virginité jusqu'au mariage. Moussa et al, dans une recherche menée par Moussa Khadidja et autres (2009). Elle énumère les différentes pratiques traditionnelles utilisées pour préserver la virginité de la fille. Elles sont comme suite :» le métier à tisser dans le sud et en grande Kabylie, les sept tatouages dans les Aurès et dans l'est, le cadenas, la fibule et le coffre dans les hauts plateaux (région de Sétif). La pratique du cadenas est la plus répandue dans le centre et l'ouest où l'on ne rencontre pas de pratiques mutilatoires (incisions). Il semble exprimer une croyance magique, une dimension mythique alimentée par le besoin de sécurité et l'angoisse de la mère vis-à-vis de la perte de la virginité de sa fille et de la honte qui en résulte. " (Moussa, 2009, P. 100)

des femmes, souvent des enseignantes universitaires : Toualbi Radia (1984), Bouatta Cherifa (2000), Khoudja Souad (2002).⁵

Le dénominateur commun de ces trois chercheurs, est qu'elles ont toutes mis en exergue l'importante pression exercée par le vécu socioculturel. Trois éléments ont été retenus comme événements partagés par la majorité des femmes. Il s'agit du vécu conflictuel entre moderne et traditionnel, la soumission à l'autorité familiale, en particulier masculine, et la difficulté à obtenir une place sociale libre et autonome.

Il nous semble utile de préciser que ces recherches se sont déroulées durant les années 2000-2005, période où la société était relativement stable. Malgré la pertinence des analyses et l'importance des résultats obtenus, il nous semble que les différentes approches restent limitées. En effet, pendant les deux dernières décennies, l'Algérie a été secouée par trois grands événements : Le tremblement de terre de 2003, les inondations de Bab-el-Oued (Alger-Centre) en 2001 et la violence terroriste (1990- 2008). Chaque personne a été certainement touchée, d'une façon directe ou indirecte, par au moins l'un de ces événements. La porte est ainsi grande ouverte à tout ce qui se rapporte à la névrose traumatique. Cela peut aller d'une blessure légère telle qu'assister à une explosion de bombe ou carrément un traumatisme grave tel que l'assassinat d'un proche. A ce propos D. Haddadi (2010) présente une illustration psycho-traumatique détaillée sur les manifestations psychopathologiques en rapport avec cette période. Le psycho-traumatisme est une variable qui a certainement son importance. Elle pourrait nous aider à lever le voile sur le degré et la profondeur de la crise sociale en Algérie. Elle dénonce, en même temps, la prégnance d'une forte pression qui a atteint son paroxysme durant des années. Comment a-t-elle été vécue par les femmes et quel serait l'impact de cette violence sur le fonctionnement psychique ?

Dans cette perspective, il est clair que nous ne pouvons évoquer le psycho-traumatisme sans parler de son impact sur la structure des personnes, en général, et sur les femmes en particulier. En brossant un aperçu général sur le vécu de cette dernière, nous imaginons à quel point elle a subi passivement les aléas liés tantôt à l'histoire, tantôt à certains événements comme ceux relatifs à la violence terroriste. Elles peuvent, à leur tour, agir discrètement pour fragiliser d'avantage la psyché. Dans la même perspective, qui dit traumatisme dit deuil. Pouvons-nous imaginer, dans cette trajectoire dure et tumultueuse, la possibilité dont disposent ces femmes pour dépasser ou faire le deuil des différents traumatismes ?

⁵Les trois chercheurs ont toutes analysé précieusement les représentations mentales de la femme dans le milieu algérien. Pour Toualbi Radia (1984) dans « Les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille algérienne », Bouatta Cherifa (2000) dans « Genèse de l'identité sexuelle », et Souad Khoudja (2002) dans « Nous les Algériennes, la grande solitude ».

A ce propos, nous savons au préalable que le travail du deuil est un processus complexe et sensible. Tout dépend de la place qu'occupe la personne (objet) perdue dans l'investissement du sujet. Ce dernier est appelé à vivre une épreuve nouvelle. Il doit mobiliser toutes ses possibilités ou potentialités affectives et intellectuelles pour y faire face. C'est peut-être utile de rappeler que la personne endeuillée passe par des étapes importantes avant d'arriver à l'élaboration du deuil. M. F. Bacqué et al (2014) ont évoqué 4 étapes : « L'état de choc (l'arrêt de toutes les fonctions psychiques ou somatiques), le comportement de recherche et la régression (les cris et les appels), l'agressivité et la colère (qui sont parfois déplacées). L'expression du chagrin de deuil (laisser aller des émotions, pleurs) ». (Bacqué et Hanus, 2014, pp. 26-30). En nous appuyant sur ces écrits, nous retenons qu'éventuellement les deuils vécus par les femmes algériennes peuvent ne pas être dépassés. Ils sont bien entretenus par des mécanismes handicapants tels que le *déni* et la *répression*.

Dans son ouvrage *Algérie : 'l'enfance blessée'*, Khiati (2002) écrit « selon les sources de la presse algérienne, le chiffre de 1600 femmes âgées de 17- à 28 ans, sont enlevées, violées et souvent assassinées entre 1993-1997. » (Khiati, 2002, p. 46). C'est un chiffre évidemment approximatif, car il n'y a pas eu de statistiques fiables reflétant la réalité de ce qui s'est passé. C'est un témoignage annonçant la gravité de la situation.

En poussant l'analyse plus loin, nous pouvons également supposer que les différents et multiples traumatismes vécus par les femmes, peuvent entraîner des blessures narcissiques, qui à leur tour, favoriseraient une fragilisation de la psyché. Dans un article intitulé '*Souffrir et survivre dans les paradoxes*', Racamier (1994), précise que « Les personnes ayant vécu de multiples blessures narcissiques tout à fait au début de la vie, ces blessures ont empêché le moi de se consolider. (...) : Que ce soit de par l'imposition persistante de dilemmes insolubles ; que ce soit par transmission occulte de deuils inaccomplis ; que ce soit par séduction narcissique et sexuelle précoce ; en tous ces cas secrets et en bien d'autres encore, le moi en train de se former et mit en état de souffrance (...). Ni le refoulement, ni l'ambivalence, ni même le clivage qui font précocement partie de 'l'outillage' du moi, ne sont aptes à faire face à ces exigences » (Racamier, p. 894). En adoptant ces écrits qui sont à notre sens d'une extrême importance, à quoi pourrions-nous nous attendre dans un climat aussi insécurisé ? Certainement pas à un fonctionnement souple et adapté. Il s'agit inévitablement d'une femme qui est, depuis sa tendre enfance, à la recherche ardue d'un sens psychique à sa vie. Nous pouvons l'imaginer comme une personne fragile en quête de place, en quête d'espace expressif, en quête d'un model identificatoire solide et adapté.

A partir de ces données relatives au vécu socioculturel, nous retenons que nous avons affaire aux retentissements culturels qui pèsent de tout leur poids sur la personne en devenir. C'est à ce point précis que l'interaction entre culture et nature se croisent. Nous signalons, à ce propos, l'importance accordée par S. Freud à la culture. Il a souvent, et dans plusieurs écrits, souligné l'importance du vécu culturel. Ce vécu, que

ce soit au sens restreint (vécu familial) ou large (vécu social), influence le devenir des personnes. Il précise dans '*Le malaise dans la culture*', à propos de l'adolescence par exemple, que « Le détachement d'avec la famille devient, pour tout adolescent, une tâche que la société l'aide souvent à résoudre par des rites de puberté et d'accueil. On acquiert l'impression que ce sont là des difficultés qui sont attachées à tout le développement psychique, et même, au fond, à tout développement organique aussi » (Freud, 1930, p. 290).

Sur le même aspect relatif au développement psychoaffectif en rapport avec le cadrage culturel, nous ne pouvons analyser les deux concepts sans introduire l'énergie sexuelle. Bien que cette dernière s'alimente des pulsions qui sont d'origine physiologique, elle se déploie et elle est sans cesse cadrée par des normes strictes qui dirigent sa trajectoire. La culture, dans cette optique, agit comme un élément pour « retirer à la sexualité un grand montant de l'énergie psychique qu'elle consomme elle-même. La culture se conduit ici envers la sexualité comme une tribu ou une couche de la population qui en a soumise une autre à son exploitation » (Ibid, p. 291)

Quoiqu'il en soit, quand l'enfant atteint sa maturité, dite communément '*âge adulte*' il est, pour reprendre les termes de Freud, « porteur et pour une part, victime d'une culture péniblement conquise » (Freud, 1910, P. 34). Le mot '*péniblement*', ici, se passe de tout commentaire. Il fait certainement référence aux normes et représentations qui lui permettent de s'ajuster bon gré, mal gré, aux exigences socioculturelles.

Après cet aperçu théorico-clinique traitant le fonctionnement psychique des femmes sur son aspect normal et pathologique, il nous semble que nous avons donné les éléments les plus pertinents constituant notre thème. Nous avons ainsi organisé le travail selon trois niveaux. Le premier est en rapport avec la genèse de la personne en termes psychodynamiques et cliniques. Le deuxième a trait au vécu socioculturel. Le troisième est en rapport avec la psychopathologie. En se référant à ces données, notre problématique va se décliner en un ensemble de questions dont la principale pourrait être posée ainsi :

Existe-il une relation entre le vécu socioculturel et le fonctionnement psychique des femmes souffrantes sollicitant notre aide psychologique ?

De cette question générale découle un ensemble de questions inhérentes à la souffrance mentale de ces femmes. Elles peuvent être formulées ainsi :

Comment les données socioculturelles s'enchevêtrent-elles pour donner une dynamique psychique spécifique ? Quelle serait la portée psychopathologique des éléments socioculturels ? Quel(s) type de pathologie pourrions-nous rencontrer chez ces femmes ?

Le noyau central sur lequel s'articulera cette recherche est donc celui se rapportant aux manifestations psychopathologiques résultant des situations vécues par les

personnes qui ont subi de multiples transformations au cours de leur évolution. La détermination du poids et la profondeur de ce vécu, la manière dont il agit sur la personne au sens psychopathologique constituent le questionnement essentiel de notre travail.

Sur le plan symptomatique, il est clair que le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) a donné des définitions précises sur les différentes pathologies. Son importance, quant au diagnostic différentiel est pertinente sur le plan pratique surtout qu'il est très flexible et ne cesse de s'adapter avec l'évolution et la complexité des troubles. Pourrions-nous nous contenter seulement des classifications données, sachant au préalable, que dans notre société, l'amalgame et la confusion priment souvent sur la clarté. C'est dans ce sens qu'une forte inhibition, par exemple, est souvent confondue avec une pudeur. C'est une qualité souvent glorifiée en particulier chez la jeune femme. La même explication peut être donnée à l'expression sexuelle. Elle est souvent prohibée au point où la honte prime sur la souplesse. Du coup, tout rapprochement entre deux personnes de sexe opposé est à éviter il est remplacé et favorisé par le rapprochement entre personnes du même sexe.

C'est dans cette atmosphère que nous pouvons évoquer les fortes répressions dictées par la morale psychosociologique et magico-religieuse. Elle pèse de tout son poids, provoquant inhibition et répression. Par conséquent le '*paraître*' est tellement sollicité qu'il laisse peu de place à '*l'être*'.

Hypothèse générale

Les éléments liés au vécu socioculturel seraient prégnants et essentiels dans le vécu des femmes en Algérie. Le poids de ces éléments (répression, traumatisme, castration.) pourrait déterminer le type de structure, ainsi que son mode de fonctionnement psychique. Ceci pourrait donner également un type de pathologie spécifique en rapport avec ce vécu. De ce fait, nous pouvons nous attendre à une structure caractérisée par une fragilité et une immaturité psychoaffective, une attraction au passé infantile un attachement excessif au père comme refuge protecteur (et non pas comme attachement œdipien) et une quête d'un modèle identificatoire maternel suffisamment structurant. La spécificité de ce vécu pourrait-il donner une forme de psychopathologie ? Ceci pourrait être clairement répertorié et évalué auprès de ces jeunes femmes sollicitant notre aide psychologique.

Hypothèses de travail

H1 – Le vécu socioculturel en termes de traditions, croyances magico-religieuses, donne une forte répression (pesanteur sociale) qui inhibe et freine l'évolution

psychoaffective des femmes consultantes à Alger-Centre. Nous pouvons retenir ces répressions au niveau des plaintes rapportées lors des entretiens cliniques.

H2 - La souffrance psychique des femmes qui demandent l'aide psychologique à Alger-Centre reste intimement liée à une forte répression. Cette répression touche les désirs en général et les désirs sexuels en particulier. Cela freine l'évolution psychoaffective et engendre un fonctionnement fragile. Ceci pourrait être évalué par les études cliniques et les réponses aux épreuves projectives.

H3 - Les caractéristiques essentielles du fonctionnement psychique de ces femmes sont dominées par un fort sentiment de culpabilité. Ce sentiment est développé depuis la tendre enfance. Il est favorisé par la crainte de l'apparition des désirs interdits. Du coup, elles utilisent un refoulement massif. Ce refoulement freine le processus identificatoire et évolutif.

H4 - Les troubles psychopathologiques que nous pouvons rencontrer compte tenu de la forte répression, sont le fonctionnement hystéro-phobique. Ce fonctionnement est tellement fort qu'il pourrait dissimuler des noyaux narcissiques handicapants.

H5 - Cette répression pourrait développer chez les femmes consultantes des somatisations assez spécifiques. Elles sont en rapport avec le refus inconscient de leur féminité. Ces somatisations peuvent être des défenses contre l'incapacité d'assumer la position féminine. Les pathologies somatiques que nous pouvons rencontrer sont : des pathologies en rapport avec la sexualité tel que le vaginisme, infection urinaire, troubles hormonaux et/ou troubles du cycle menstruel.

Définitions des concepts

Fonctionnement psychique

La définition que nous pouvons donner est la suivante : Le fonctionnement psychique contient les différentes opérations psychologiques telles que la pensée, les pulsions et les émotions. L'interaction de ces différentes fonctions reste l'élément central du fonctionnement psychique. Ces fonctions sont régies par des lois homogènes appelées à entrer en interaction avec le monde externe.

'Fonctionnement' psychique et *'structure'* de la personnalité sont souvent liés. Nous avons retenu deux définitions données respectivement par Bergeret (1996) et Perron (1985). Le premier précise que la « structure de l'organisme, résulte des multiples corrélations ontogéniques qui se transforment pour donner les corrélations de l'adulte » (Bergeret, 1996, p. 46). Le second donne la définition suivante : « étudier la personne c'est étudier un système de transformation en précisant les lois, définir de quel ensemble de conditions peut résulter un tel ensemble de sentiments, d'idées, de passions, de conduites, etc. » (Perron, 1985, p. 11).

Sur le plan opérationnel, le fonctionnement psychique dans notre démarche est évalué en fonction du type de relation d'objet, de la qualité de l'angoisse et des mécanismes

de défense utilisés. Ceci peut être donné par l'entretien clinique psychanalytique et par la production à l'épreuve Rorschach.

Femme (féminin, féminité)

Nous ne pouvons appréhender le sens du vocable '*femme*' sans le relier au *féminin* et à la *féminité*. Pour ce qui est du féminin, il a plutôt une valeur biologique, voir anatomique (sexe féminin). Dans ce sens Le Robert donne la définition suivante « être humain du sexe qui met au monde des enfants ». Quant au terme '*féminin*' il porte plutôt sur l'aspect extérieur, l'exemple cité par Le Robert est : « il a un beau visage, des traits un peu féminins, elle est très féminine ». Le vocabulaire de psychanalyse, en s'appuyant sur les significations biologiques d'abord, donne aux représentations une valeur plutôt fonctionnelle. Il le définit comme étant « ce qui est décisif dans l'appréciation d'une conduite par rapport au couple masculinité-féminité, sont les fantasmes sous-jacents que seule l'investigation psychanalytique peut découvrir » (Sillamy, 1980, p. 230). Nous retenons en gros que le concept de 'femme' contient la féminité qui rassemble, à la fois, les caractéristiques physiques et psychiques d'une femme. Sur le plan opérationnel, nous entendons par 'femme', toutes personnes adultes de sexe féminin qui se sont présentées à notre consultation, demandant une aide psychologique.

Pesanteur socioculturelle

Le concept socioculturel a une valeur importante dans notre travail. Nous nous sommes appuyés sur la définition des deux concepts : culture et pesanteur socioculturelle. La culture est définie par Le Robert comme l'« action de cultiver. Cultiver : Former par l'éducation, l'instruction ». Nous avons relevé spécialement le point de vue de Guilhot (1981), « un ensemble poly systémique (...) 'culture éthique, esthétique, mystique, religieuse, politique, culture scientifique et technologique, culture des modes et modèles de vie, culture des systèmes d'identité et d'identification » (Guilhot 1981, pp. 10-11). De ce fait, la culture peut être appréhendée comme la manière, le style de vie qu'entreprend une personne pour maintenir son équilibre interne et externe. Ces définitions se limitent à l'aspect individuel et psycho-éducatif.

Pour ce qui est de la '*pesanteur socioculturelle*' nous nous sommes référés au dictionnaire de sociologie. Le concept qui s'en rapproche le plus est '*culturalisme*' « Il s'agit des effets résultants de la culture, 'le moi n'est qu'un résidu culturel' (...) un poids important est donné à la socialisation sur laquelle les valeurs de base d'une société donnée se transfèrent d'une génération à une autre » (Boudon et Bourricaud, 1986, p. 228). La transmission, ici, est prise au sens d'interaction entre anciennes et nouvelles valeurs.

Sur le plan opérationnel, nous retenons, sous ce vocable, toutes les informations récoltées sur les valeurs morales et sociales vécues par le sujet. Ces valeurs sont mal ou pas acceptées. Ceci pourrait englober le vécu individuel, familial et social.

Souffrance mentale

Le terme souffrance (du latin *sufferentia*, 'résignation', 'tolérance', de faire 'porter', 'supporter') est l'état de l'individu qui subit la douleur. La souffrance est la réaction affective qui accompagne la douleur (Sillamy, 1980, p. 1131). Nous retenons que la personne peut se retrouver en perte d'équilibre psychique et relationnel. Le sens de cette définition peut être équivalent au sens donné à la névrose. Sur le plan symptomatique, ce concept peut être pris au sens de la classification apportée par la DSM-5 (2015). Cette classification désigne la névrose sous le volet relatif aux troubles anxieux. Ils sont définis comme étant « les troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur ou d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future » (DSM-5, 2015, p. 221).

Nous nous sommes également référés au vocabulaire de psychanalyse. Il désigne sous l'appellation *névrose* trois entités : la névrose obsessionnelle, la névrose phobique et la névrose hystérique (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 268). Chaque entité est liée à une structure psychique déterminée. Le mode de fonctionnement de chaque structure est sous-tendu par le type de conflit, la relation d'objet et le mode d'expression de l'angoisse.

Sur le plan opérationnel, nous désignons sous ce terme, toute femme se présentant à notre consultation se plaignant d'une souffrance psychique ou mentale. Les signes apparents de la souffrance peuvent être décelés par l'allure générale, le comportement et les différentes attitudes. Elle est répertoriée et classée en fonction des thèmes et items contenus dans le guide de l'entretien clinique.

CHAPITRE 2

Processus de maturation

Féminin, féminité, femme, mère.

Introduction

Vu l'importance de la féminité dans notre thème et vu son poids dans l'équilibre psychodynamique de la femme, nous lui avons consacré un chapitre entier afin de l'appréhender dans ses différents aspects. Dans cette optique, et partant de l'idée que les liens entre le féminin et la féminité ne sont pas faciles à cerner, nous avons abordé ce chapitre avec beaucoup de prudence. Afin que la personne puisse traverser les différentes étapes de la vie et arrive à la féminité au sens mature du terme, ceci nécessite un cheminement interactif sensible et complexe. D'un autre côté, le passage vers la femme, que nous supposons difficile car non acquis d'emblée, nécessite la mise en action de certains mécanismes psychiques importants, tels que l'identification, l'introjection et la projection.

C'est ainsi que la notion de féminité qui par définition est d'avoir des attributs féminins et qui relèvent d'abord de l'anatomie, nécessite un ensemble de conditions offertes par la mère, l'entourage familial et le vécu socioculturel. Ces éléments véhiculent des représentations qui diffèrent d'un milieu à un autre. Mais ils laissent leurs empreintes qui agissent, parfois, d'une manière durable, sur le fonctionnement psychique de la femme.

Si les représentations mentales sont tributaires du vécu socioculturel et des différentes étapes traversées par le sujet, si ces milieux sont différents et restent tributaires des deux variables, à savoir l'espace et le temps, cela veut dire que les attitudes mentales portées par la société à l'égard des femmes, diffèrent dans leurs actions d'une femme à une autre en fonction du milieu vécu.

Il est important de préciser, que nous n'aborderons pas dans ce chapitre l'aspect socioculturel au sens large du terme. Ce volet sera analysé avec détail ultérieurement. Nous allons plutôt nous centrer sur les différentes théories qui ont traité le fonctionnement psychique des femmes sur le plan dynamique et économique. Nous nous intéresserons spécialement aux besoins psychologiques et affectifs nécessaires au bon déroulement du processus identificatoire féminin.

C'est à la lumière de ces notions que nous voulons éclairer les choses, tout en respectant une méthodologie incluant le biologique, le psychologique et l'affectif. En suivant ce processus, nous pouvons mieux éclairer les choses en abordant tout un mouvement évolutif, en allant du nouveau-né (fille), le féminin et la féminité, pour aboutir enfin à la mère.

1 – Féminin

Le terme féminin, selon Le Robert, est l'ensemble des attributs accordés au sexe du nouveau-né. Sur le plan chromosomique, être de sexe féminin suppose avoir deux chromosomes de type XX. Cela voudra dire également que la personne est potentiellement dotée de prédispositions physiologiques à fonctionner en tant que femme. Il est important d'analyser ces éléments afin de mieux préciser les concepts et enlever certaines ambiguïtés. En ce qui concerne le sexe et le *genre*, il est utile de souligner, en guise de définition, que le premier terme concerne les caractéristiques innées liées à la reproduction. Quant au second, il englobe des attributs sociaux avancés par la culture humaine. C'est pour cette raison que le sexe reste l'élément central sur lequel se construit et se structure le fonctionnement psychique de toute personne.

Il est connu dans beaucoup de sociétés que le mariage est une union sacrée entre une femme et un homme dans le but de créer une famille. En général, après le mariage, les attentes du couple et de la société se focalisent sur l'attente d'un nouveau-né. Quand la femme est enceinte, elle ressent aussitôt un sentiment de joie mélangé à une crainte. Le sentiment de joie libère la femme du complexe de la stérilité. Le sentiment de peur est souvent en rapport avec la crainte de ne pas être à la hauteur des attentes psychiques et sociales. A partir du quatrième mois de grossesse, le gynécologue peut annoncer la nouvelle à la mère et/ou aux parents. C'est à partir de là que le processus de grossesse psychoaffectif commence sérieusement à prendre vie.

Il est important, par ailleurs, en vue d'une bonne préparation de la grossesse et de l'accouchement, de connaître le sexe de l'enfant. Ceci permet à la mère et à l'entourage de se familiariser avec le bébé et de préparer sa venue. Cette préparation devrait inclure, théoriquement, le choix du prénom, l'endroit où il doit vivre et la famille qui doit l'accueillir. Ceci peut s'intégrer dans le processus de préparation à avoir un territoire symbolique et psychosociologique garantissant son développement. Dans cette atmosphère relativement rapide et changeante, l'une des questions qui s'imposent à nous est la suivante : comment le bébé est représenté mentalement avant sa venue ? La réponse peut déterminer le devenir de toute une personne. La mère, lorsqu'elle pense à son enfant, imagine la couleur de sa peau, de ses yeux, la forme de son corps, elle peut développer encore une multitude de représentations qui ne seront souvent pas conformes à la réalité. Une mère enceinte m'avait décrit, un jour son rêve : elle courrait vers l'école pour attendre son fils. En me racontant son rêve, elle joint le geste à la parole en faisant signe de recevoir son enfant à la sortie de l'école.⁶

⁶Dans nos consultations régulières, nous avons relevé que certaines mères refusent de connaître le sexe de l'enfant durant la grossesse. Elles préfèrent garder la surprise jusqu'au dernier moment. La crainte du mauvais œil ou l'interdit religieux sont souvent évoqués comme alibi. Elles préfèrent garder l'espoir d'avoir un garçon jusqu'à la dernière minute.

Dans une autre perspective, nous ne pouvons parler de naissance sans évoquer les périodes difficiles vécues par la mère durant la grossesse et l'accouchement. Qui dit grossesse, dit changement, mutation, transformations physiques et psychiques. Tout est mis en place, voire mobilisé pour s'adapter à cette nouvelle situation. Certains auteurs parlent de deuil et de douleurs psychiques. « Dans un travail de deuil, chacun fait le tour de l'ensemble des traits de son identité qui étaient engagés dans son rapport à l'objet qu'il a perdu et qui raisonne avec la manière dont il traite la perte de l'objet fondamental qui structure son psychisme d'être parlant ». (Forget, 2014, p. 154)

C'est dans ce sens que nous évaluons la grande mobilisation des mécanismes psychiques de la mère. Elle est appelée à vivre et surmonter des deuils en rapport avec les étapes importantes de sa vie. Nous pensons au deuil de l'enfance, de l'adolescence, de la vie de célibat et du vécu avec sa propre famille. Elle doit ainsi fournir de grands efforts pour s'adapter. Il serait nécessaire non seulement de s'ajuster avec les nouvelles transformations hormonales et psychologiques mais aussi maintenir son devoir conjugal et de maîtresse de maison.

Dans la même trajectoire, nous signalons que le passage vers la mère est un pari pas facile à gagner. De multiples mécanismes psychiques se mettent subitement à fonctionner chez la mère. Ils entraînent des sensations, des souvenirs des états psychiques qui peuvent causer des douleurs profondes. « La crise périnatale met à jour les conflits de séparation des plus archaïques aux plus élaborés. Chez la femme devenant mère, le 'natal' ressurgit. Dans le cadre de cette réactualisation maternelle, la 'transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet' de l'enfant de la grossesse s'accompagne d'une réédition du 'passage de la douleur corporelle à la douleur psychique' qui culminent avec l'accouchement » (Missonnier, 2013, p. 52)

C'est aux termes de ces écrits que nous pouvons parler de « traumatisme » si ce dernier est défini dans le vocabulaire de psychanalyse comme étant « un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 499). Cela va exactement dans le sens de ce qui est vécu par la femme qui accouche. Cela ne peut pas être autrement du moment que l'événement lui-même crée des excitations profondes et multiples. Il est à préciser que cette excitation n'est pas vécue de la même manière chez toutes les femmes. Cela dépend de l'histoire et de la structure psychique de chaque femme.

Dans le même contexte, le vécu de l'accouchement reste aussi tributaire du soutien et du degré d'acceptation de cette nouvelle naissance par le mari, d'abord, puis par les autres membres de la famille. Nous pouvons ajouter aussi l'importance de la préparation du cadre matériel qui doit accueillir l'accouchement (hôpital, service spécialisé, clinique privée, etc.)⁷

⁷Un nombre important de patientes suivies en psychothérapie ont accouché dans les hôpitaux étatiques. Elles se plaignent souvent de la mauvaise prise en charge : manque flagrant de moyens humains

A la naissance, et pour reprendre les termes de certaines accoucheuses, « on a affaire à un morceau de chair de 2 à 3 Kg qui est plein de trous, qui s'agite et crie dans tous les sens ». Ce genre de témoignage annonce déjà la qualité d'accueil extrêmement fragile pour ne pas dire alimentée de rejet. L'attitude de la mère oscille souvent entre déni, rejet et acceptation. Ceci peut laisser de graves séquelles sur la mère et/ou le bébé.

Heureusement que ceci est contrecarré par d'autres témoignages, annonçant cette fois un accueil chaleureux. C'est le cas d'une femme qui décrit avec amour ses sensations après son accouchement : « Dès que la sage-femme est partie avec toi, laissant de côté le placenta et mon corps douloureux, j'ai su que tu serais loin mais que je ne quitterai que par la force de la volonté et la conscience. Ton odeur qui me grise, l'appel de tes yeux humides, la chaleur de ta joue collée à la mienne pour pleurer ou pour te ressourcer, tout cela s'éloigne au fur et à mesure que tu grandis, mais je vis toujours avec ton visage ensommeillé et glouton, blotti à mon sein comme un corail rose qui illumina une grotte marine déserte. » (Kristeva, 2007, p. 42). C'est avec ces belles paroles que s'annoncent les premiers éléments de la psyché. Elles frayent délicatement leur chemin vers l'acceptation et l'amour de soi et l'amour d'autrui.

A ce stade d'analyse, nous sommes face à un bébé, un nourrisson asexué. Il est accueilli dans un monde qui lui est étrange, celui des adultes. Il est soumis d'emblée à un flux de sensations, d'actes, de comportements qui ne sont pas forcément conformes à ses attentes et à ses besoins, mais ils peuvent déjà annoncer un début d'imprégnation de sa psyché.

Il est utile de rappeler que les premiers contacts mère-enfant, et selon l'avis d'un nombre important de chercheurs, restent la base de toute la structure psychique. F. Couchard (2003) s'est appuyé sur les écrits de M. Klein et de D. Winnicott pour marquer l'importance de l'emprise maternelle qui peut entacher durablement la relation mère-enfant. En ce qui concerne M. Klein, l'auteur met en premier plan la relation sadique-anale qui marque la psyché. Elle précise que « ce sadisme ainsi que cette haine destructrice caractérise d'une façon massive les seuls fantasmes enfantins, tout semble se passer comme si les adultes en charge de l'enfant et particulièrement la mère, n'en étaient pas les premiers initiateurs » (Couchard, 2003, p. 21).

Le même auteur accorde une importance capitale aux premières sensations éprouvées par la mère lors des premiers contacts avec son enfant. Elles jouent un rôle dans la canalisation et la maîtrise du fonctionnement pulsionnel du bébé. Il y a une sorte de « désir de mettre en pièces le corps de la mère et ce qu'il contient qui s'avère primordial, l'enfant étant bientôt dominé par un 'surmoi' primitif ou 'premier surmoi' qui viendra analyser les envies destructrices et mobilisera des mécanismes de réparation

(médecins, sages-femmes) ou matériel (manque de lits). Certaines femmes, par indisponibilité de lits, ont accouché dans les couloirs de l'hôpital.

pour panser fantasmatiquement ce qui a pu être endommagé dans le corps maternel » (Klein, 1966, p. 200).

Il est à constater, qu'à ce stade, nous avons affaire à des attitudes interactionnelles d'ordre souvent inconscientes et qui favoriseraient des prises de position originaires. Pour le moment, nous sommes face à un bébé, un nourrisson où les fragments de son moi sont en train de se consolider. C'est l'une des raisons pour laquelle cette première étape de la vie demeure des plus importantes.

Par ailleurs, et afin de mieux appréhender la vision kleinienne dans sa globalité, il est important de revenir à la base pour mieux définir les concepts. La position dépressive, telle que décrite par M. Klein est une : « modalité des relations d'objet consécutive à la position paranoïde; elle s'institue au environ du 4^{ème} mois et est progressivement surmenée au cours de la première année (...) Elle se caractérise par les traits suivants : l'enfant est désormais capable d'appréhender la mère comme objet total; le clivage entre 'bon' et 'mauvais' objet s'atténue, les pulsions libidinales et hostiles tendant à se rapporter au même objet; l'angoisse dite dépressive porte sur le danger fantasmatique de détruire et de perdre la mère du fait du sadisme du sujet; cette angoisse est combattue par divers modes de défense (...) et surmenée quand l'objet aimé est introjecté de façon stable et sécurisante » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 316). Ce qui nous intéresse dans ces écrits c'est les moyens utilisés par le bébé afin de surmener son agressivité. Il s'agit, en premier lieu, de l'attitude bienveillante de la mère, sa protection, son 'ramassage' affectueux qui aiderait certainement l'enfant à dépasser cette position.

Nous ne pouvons aller plus loin sans nous référer à un autre chercheur qui a longuement travaillé sur la qualité de la relation mère-enfant. Il s'agit de W. Winnicott qui a introduit le terme de 'l'objet transitionnel'. « Il s'agit d'un objet matériel qui a une valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment au moment de l'endormissement, 'par exemple, un coin de couverture, une serviette qu'il suçote'. Le recours à des objets de ce type, est selon l'auteur, un phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et 'la véritable relation d'objet' » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 294).

La théorie de Winnicott a ajouté un élément supplémentaire à l'édifice. Favoriser cet objet en le mettant à la disposition du touché et du ressenti du bébé, non seulement le rassure contre le manque et la perte, mais donnerait à l'imaginaire une représentation utile dans le présent et l'avenir.

Il est important d'évoquer, dans ce contexte, une autre théorie. Celle relative à l'attachement. Elle nous semble d'une grande importance dans le processus évolutif du nourrisson. L'approche de cette théorie se résume par l'explication apportée à l'origine de l'affectivité, théorie élaborée par J. Bowlby. Si la psychanalyse accorde de l'importance aux désirs libidinaux qui reposent sur la satisfaction du besoin de nourriture, le fondateur de cette théorie donne à l'attachement psychophysiologique

une place primordiale. « L'attachement, disait-il, désigne un lien d'affection spécifique d'un individu avec un autre. Le premier lien est établi en général avec la mère, mais il peut aussi s'accompagner d'attachement avec d'autres individus. Une fois formé, l'attachement a pour nature de durer, il n'est pas relatif, comme la dépendance, aux exigences d'une situation. Il n'implique pas nécessairement une immaturité (...) il suppose une structure neurophysiologique, la tendance originelle et permanente à rechercher la relation à autrui » (Cité par Zazzo, 1979, p. 27).

En analysant de près les propos de l'auteur, nous restons un peu sur notre faim car il est difficile de dissocier ce qui relève du désir libidinal de ce qui relève de l'attachement physiologique sachant pertinemment que la relation mère-enfant est vivante, chaude et interactive. Ceci nous amène à la conclusion que la qualité du lien est la matrice de base. Elle reste le principal élément définissant et structurant le psychisme de l'enfant.

Dans la même perspective, toujours à propos de la nature des liens mère-enfant, le chercheur Evelyne Séchaud (2012) a longuement travaillé sur la théorie de D. Anzieu. A titre de rappel, la théorie stipule que la peau du bébé reste déterminante pour assurer un équilibre entre ce qui relève de l'intérieur et ce qui relève de l'extérieur, le dedans et le dehors, ...etc. La nature de cette peau, sa force, son épaisseur symbolique déterminent, dans une large mesure, la structure psychique de la personne. « La peau, le moi, la pensée, ont donc des fonctions identiques à des niveaux d'abstraction et de symbolisation différents. (...) le moi-peau est une métaphore de l'enveloppe corporelle, le penser, est, pour l'essentiel, une métonymie du moi »⁸. Cette fameuse métonymie détermine en quelque sorte le type et le mode de pensée qui peut faire la différence entre deux personnes. Cette différence peut être parfois frappante même si les deux personnes ont vécu ou traversé les mêmes situations.

En réalité, l'approche des trois chercheurs (M. Klein, D. Winnicott, J. Bowlby) repose sur la même matrice. Ils sont tous d'accord sur le fait que les premières sensations déclenchées et vécues réciproquement par la mère et son enfant restent déterminantes. Elles démarrent dès la naissance, et peut-être même avant, et tracent leur chemin évolutif en fonction de la disponibilité, la force et la nature des liens instaurés entre l'enfant, sa mère et son entourage.

Revenons maintenant à notre milieu socioculturel et vérifions comment ces différentes approches sont vécues et façonnées par et dans ce milieu. Il est important de souligner que le nouveau-né, dans les différents milieux algériens, a une place, une valeur, une attitude chargée d'affects, des représentations qui oscillent entre le sacré et la magie. Dès la naissance, le nouveau-né doit répondre à un rituel souvent partagé par un grand

⁸Mélanie Klein (1932) a publié son célèbre ouvrage *The Psychoanalysis of Children*, London, Hogarth Press. Par des illustrations cliniques, elle a donné aux deux positions : 'dépressive' et 'schizoparanoïde', une place essentielle dans la formation de la psyché de l'enfant. Horney Karen (1937) détermine la structure de la personnalité en la rattachant à l'influence du milieu social. L'un de ses célèbres ouvrages est *The Neurotic Personality of Our Time*. Jacques Lacan accorde de l'importance au milieu culturel et langagier. Il précise que les symboles verbaux sont d'une grande importance dans la constitution de la personnalité de l'enfant. Un de ses importants ouvrages s'intitule *Psychologie expérimentale et psychologie clinique* (1949), Paris, PUF.

nombre de mères. Les premières toilettes sont d'une grande importance. Elles sont parfois faites par une personne âgée ayant de préférence accompli le pèlerinage à la Mecque. Après la toilette, elle imbibe le corps du bébé avec un mélange de henné et d'huile d'olive. Elle étale délicatement le mélange sur la peau du bébé en récitant des versets coraniques ou en fredonnant des citations des paroles du prophète. Elle termine le tout par un emmaillotement, elle le met par la suite à la disposition de la mère pour l'allaiter. Ce rituel se termine par un sommeil paisible.

En ce qui concerne la mère qui vient d'accoucher, elle a le droit à un traitement de faveur : nourriture spéciale à base d'œufs et de miel. Elle est exonérée des tâches ménagères. Elle est soigneusement assistée dans ses déplacements. Ceci peut durer jusqu'au quarantième jour. Ce traitement qui est toujours d'actualité surtout dans les milieux traditionnels, répond à des croyances magico-religieuses partagées par l'ensemble de la population, et transmis à travers les générations. On dit que le corps de la femme qui accouche devient fragile et risque d'attraper des maladies. Un dicton connu précise que « la tombe de la femme qui vient d'accoucher reste ouverte pendant 40 jours ».

2- Féminité

Nous avons tenté au cours des écrits précédents de faire un brossage général sur la qualité des premiers liens tissés entre l'enfant, sa mère et son entourage.

D'abord le terme 'féminité', selon Le Robert, est « l'ensemble de caractères correspondant à une image biologique et sociale (charme, douceur de la femme) ». De cette définition, nous retenons l'importance des caractéristiques sociales. C'est-à-dire que la féminité ne peut être appréhendée qu'à travers les critères socioculturels. Mais qu'est-ce qui fait que cette attitude s'installe rapidement dès la naissance de l'enfant ? Tout démarre à partir de la nature biologique de chacun (pénis, vagin). Le mari et les membres de la famille les plus proches sont parfois pressés de donner le prénom à l'enfant et de l'inscrire rapidement à l'état civil.

Perron (1991), dans son ouvrage '*La représentation de soi*', tout en s'appuyant sur les écrits de Freud, précise : « lorsqu'en 1923, Freud définit l'organisation génitale infantile, il évoque la phase phallique, marquée par le primat du pénis pour asseoir sa conception de la féminité. L'opposition entre organe génital masculin et organe féminin apparaît d'abord, soutient-il, comme opposition entre masculin et 'châtré' et cette situation se prolongera selon lui jusqu'à la puberté. » (Perron, 1991, p. 229)

A ce niveau d'analyse, tout en adoptant la théorie des pulsions avancée par Freud, les choses sont claires. Il s'agit des théories sexuelles infantiles qui déterminent les lois de la structure psychique. Tout se joue à partir de l'intégration ou non des phases d'évolution, notamment la phase phallique, qui détermine et crée le marquage entre masculin et féminin. D'autres théories viennent pour compléter et parfois pour contredire cette vision. Il s'agit des théories apportées par Mélanie Klein (1932), Karen Horney (1953) et Jacques Lacan (1975).

C'est dans ce contexte que les écrits de C. Chiland sont révélateurs à plus d'un titre : « Les critères de la masculinité et de la féminité varient d'une culture à l'autre. Ils portent sur l'apparence, les vêtements, les attitudes, les conduites, le langage, les sentiments qu'on est censé avoir » (Chiland, 1999, p. 16).

Chaque auteur a tenté de situer la structuration féminine selon son approche. D'autres adoptent plutôt des attitudes purement socioculturelles. Etre femme, selon ces derniers, n'est qu'un apprentissage social. Il y a ceux qui partent en faveur de la structuration corporelle. Ils développent l'idée selon laquelle la féminité et la masculinité obéissent à des caractéristiques purement physiques. Elle se mesure par la force physique, l'ossature et la forme du corps.

Compte tenu des différentes approches qui s'opposent mais qui divergent souvent dans leur mode d'approche, il nous semble que l'attitude la plus conciliante à prendre est celle qui prend le fonctionnement de la personne dans toute sa globalité. La dynamique psychique obéit aux mêmes lois chez tous, mais le poids du milieu extérieur façonne et agit pour structurer ces lois. Cette approche nous aide à mieux avancer en faisant une tentative de conciliation entre l'inné et l'acquis, la nature et la culture.

En se positionnant dans cette perspective, nous avons relevé que certains auteurs avancent que la féminité est la première manifestation de l'inconscient chez la fille. C'est ainsi que la féminité devient « un choix de parenté avec l'originnaire (...) elle est en droit de s'identifier du fait de son appartenance au sexe féminin, celui qui à l'origine en partage : la maternité (...) elle y trouve sa raison d'être ; désir d'enfant (...) est plus féminin que véritablement maternel ; (...) correspond à la nécessité personnelle de fournir à autrui la matière même de l'origine, que ce soit sous ses formes psychiques ou physiques » (Dessus, 1992, p.115). En s'appuyant sur les propos de l'auteur, nous retenons que les premiers mécanismes psychiques de la féminité s'amorcent dès les premiers contacts avec le réel.

Dès que la petite fille vient au monde, elle amorce sa vie physique et psychique par une imprégnation totale de son milieu familial. Ceci commence avec la mère, d'abord, puis les autres membres de la famille, du plus proche au plus loin. Tout est important et déterminant : premier regard, premiers signes (amour-indifférence) premières attitudes (elle ressemble à qui ?). Cette atmosphère vive et mouvante partagée et amplifiée par tous, donne déjà le premier marquage de la sociabilité.

Nous ne pouvons terminer ce volet relatif sans évoquer certains mécanismes de défenses qui nous paraissent essentiels dans les premiers éléments structurant la féminité. Nous pensons à l'*identification* et son implication dans la structuration de base de toute personne.

Le vocabulaire de psychanalyse définit l'*identification* comme étant le « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci. La

personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 187).

Cette définition nous fournit l'essentiel de ce qui nous intéresse. Nous citons ici l'importance du terme *assimilation*. Il peut être perçu comme une introjection de l'objet. Cette introjection, qui est primaire, voudrait également dire acceptation de cet objet. Ceci reste essentiel, car il permet de reproduire la même chose sous forme de projection. Donc les deux termes '*introjection*' et '*projection*' sont les deux mécanismes qui assurent le bon déroulement de l'identification.

J. Bergeret (1979), quant à lui, avance que l'identification est « une activité du Moi indispensable à son développement » (Bergeret, 1979, p. 91). Cela veut dire que la personne ne peut accéder à d'autres stades d'évolution, d'une façon adaptée, sans passer par une identification efficace. Le sens du terme '*efficace*' est emprunté à J. Bergeret. Il précise que l'identification primaire est en rapport avec l'incorporation orale. « L'objet doit être dévoré sans distinction préalable entre tendresse et hostilité, ni entre Moi et non-Moi dans ce mouvement essentiellement prégénital qui vise à préciser l'identification de base du sujet. » (Bergeret, 1979, p. 91). Nous sommes certainement, ici, face à une opération tellement importante et sensible sur laquelle repose toute l'ossature de la personnalité.

C'est dans le même contexte que C. Chabert (2013) avance que « l'identification relève avant tout d'une opération d'appropriation : le sujet s'empare, à son insu, d'un trait de l'objet. Mais en même temps, le mécanisme peut opérer symétriquement ou réciproquement : l'objet s'empare du sujet en lui imposant à son tour, un trait auquel il doit passivement souscrire, qu'il doit faire sien. » (Chabert, 2013, p. 207).

3- Femme

Lorsqu'on évoque le terme 'femme', nous avons à priori affaire à un percept physiologique. Cela voudrait également dire que nous sommes face à des caractéristiques biologiques en rapport avec la femme : modifications hormonales, telle que la poussée mammaire, les premières règles, la grossesse, l'allaitement et la ménopause. Ce sont des signes que partagent toutes les femmes et qui peuvent parfois déclencher des crises, voire des dépressions au cas où la personne a vécu des difficultés durant les étapes antérieures de sa vie. Il s'agit des transformations biologiques qui sont intimement liées au vécu psychique. Ce sont des changements importants qui exposent la personne à des pertes, des séparations, des remaniements et une remise en question de l'image de soi et du sentiment identitaire. Il s'agit d'une désorganisation profonde qui touche l'ossature et remet en cause l'équilibre libidinal narcissique et/ou objectal.

Beaucoup de chercheurs sont d'accord pour affirmer que l'identification primaire obéit à des règles en rapport étroit avec ce qui se déroule entre mère-bébé sans distinction de sexe. Dès l'apparition des premiers éléments annonciateurs de la nature du sexe, les signes féminins commencent à faire leur apparition. C'est ce qui nous fait penser

à la mise en œuvre du deuxième mécanisme qui est : *'l'identification'*. Ce dernier est « destiné à affirmer l'identité sexuelle du sujet avec tous ses avatars possibles en psychopathologie. L'enfant en renonçant d'abord à incorporer le parent aimé puis en renonçant à l'idée d'un commerce sexuel avec lui va se consoler en absorbant les qualités représentées pour lui par cet objet » (Bergeret, 1979, p. 92).

C'est certainement un processus intrapsychique long, compliqué, profond mais indispensable à la structuration. Pour que cette étape puisse être traversée sans trop de dégâts, cela demande une bonne relation interactive entre l'enfant et le parent du même sexe. C'est ainsi que l'hostilité va être remplacée par l'amour, et les mouvements de liaisons seront mis en place dans l'appareil psychique. Ce processus identificatoire, pour reprendre les termes de Bergeret, « peut aller jusqu'à une régression défensive avec toutes les perturbations dialectiques possibles (en particulier homosexualité, inhibition et perversion), mais cependant les identifications secondaires liées aux parents du même sexe viennent normalement compléter et organiser génialement les identifications primaires et faire le lit des relations ultérieures de type véritablement objectale et génitale » (Ibid, p. 92).

Les propos de Bergeret mettent clairement l'accent sur l'aspect normatif du processus identificatoire. La relative stabilité de ce mouvement ne peut se faire qu'au prix d'un agencement et après le dépassement de la crise d'adolescence. Nous ne pouvons pas trop nous étaler sur ce sujet, nous allons aborder cela avec plus de détails dans le chapitre relatif à la psychopathologie.

Par ailleurs, il reste important de clarifier le sentiment d'identité chez la femme. L'image que construit cette dernière sur elle-même reste intimement liée au vécu de sa première enfance. Cela dépend de la qualité des liens existants avec la mère et avec l'entourage familial. « Le sentiment d'identité se construit par le jeu des processus d'identification primaires et secondaires qui sont la manifestation d'un attachement affectif à une (des) personne(s) d'un (des) investissement(s) d'objet(s) rencontrés dans son environnement familial et social. (...) Il y a la mère du dedans, puis la famille, les groupes (...) » (Kaës, 2005, p. 213). Bien que cette vision s'inscrit plutôt dans l'approche psychosociologique, mais elle nous éclaire parfaitement sur l'importance des premiers liens que tisse l'enfant avec son entourage habituel. C'est ainsi que nous appréhendons le concept d'identité au sens psychodynamique comme étant une entité indissociable du vécu de la personne. C'est certainement dans ce sens que R. Kaës (2005) rajoute que « L'identité d'un sujet consiste à savoir qu'il est dans ce qu'il sent de plus authentique et de plus cohérent à l'intérieur de lui-même et pas seulement par rapport à ses attaches culturelles. Ce *'qu'il est'* l'invite à se questionner sur *'qui sont les autres'* quelle place il occupe parmi eux et quel type de liens il entretient avec eux. La représentation de soi se forme à partir de l'autre et de la relation à l'autre, en premier lieu à la mère. (...) La deuxième étape à l'origine du sentiment d'identité se trouve dans le processus de différenciation psychique entre sujet et objet, entre soi et la mère : Le moment où le bébé a accès à l'intersubjectivité »

(Ibid, p. 212). L'approche de Kaës résume le processus identificatoire en associant les éléments culturels. Dans ce va-et-vient entre clinique et vécu social, identification primaire et secondaire, il a tracé un tableau descriptif en illustrant l'importance de l'identité et l'identification.

Il est utile de revenir à la spécificité que peut contenir le processus identificatoire dans notre milieu afin de mieux cerner le fonctionnement féminin. C'est un milieu qui, de par son histoire, ses langues, sa religion, a certainement son empreinte sur la personnalité. Les croyances, les attitudes et les comportements partagés par tous exercent certainement une certaine pression sur le fonctionnement psychique de la femme⁹. Non seulement en tant que modèle identificatoire aimé et désiré, mais aussi comme moule exerçant une pression sur la structuration elle-même.

Afin de mieux préciser ces idées, il est important de faire un tour auprès du vécu de la fillette pour comprendre comment elle accomplit le passage vers la femme. Dans la société traditionnelle, la jeune fille est demandée au mariage dès l'apparition des premiers signes de puberté. On l'oblige parfois à quitter sa scolarité pour se marier.

Sur le plan purement physiologique, il est clair que les transformations vécues à ce niveau sont des signes annonciateurs du changement de statut (de fille à femme). Ceci met cette adolescente dans une situation de gêne génératrice d'angoisse. Elle devient rapidement timide et inhibée. Elle a du mal à accepter les différentes transformations de son corps. La gêne parfois est tellement forte, qu'elle finit par accepter le mariage, comme issue pour échapper aux différentes pressions. Se soumettre de cette façon à ce processus équivaldrait à une protection éphémère qui met terme même momentanément (étouffement) à la situation conflictuelle. Quoi qu'il en soit, ces conflits qui émanent de l'intérieur (désir-culpabilité) ou de l'extérieur (l'autorité, surmoi), dans les deux situations ils mettent la jeune fille dans une position de soumission qui est parfois coûteuse en termes d'énergie. Dans le cas où elle choisit de ne pas s'inscrire dans cette logique, elle doit se préparer à être traitée de tous les noms : « boumba » (bombe), « fitna » (allumeuse), « ariana » (la nue). Pour échapper à ce flux inquisiteur, certaines décident de porter le voile islamique juste pour échapper à ce type d'injures. Elles le portent parfois sans grande conviction. D'ailleurs, c'est un

⁹ Il est important de souligner que le milieu algérien dans lequel la fille vit et se développe depuis sa tendre enfance, reste caractérisé par des attitudes et des agissements qui structurent sa personne. Beaucoup de chercheurs ont travaillé sur cette question. Nous citons (N. Toualbi (2000), R. Toualbi (1994), C. Bouatta (2001), N. Benhalla (2013), S. Medhar (1992). Il y a eu également des dizaines de thèses (Master, Magister, Doctorat). Les travaux sont majoritairement d'accord sur le fait que la société algérienne reste exposée par une forme d'anomie entre le traditionnel et le moderne. En dehors des 3 grandes villes (Alger, Oran, Constantine) où les agissements des personnes ont une apparence moderne. Dans certaines villes retirées, le contraste entre les deux modes de vie est parfois frappant. Rencontrer une femme non voilée, à titre d'exemple, dans un village retiré est presque impossible. Le même constat est fait pour les espaces publics. Ils sont majoritairement occupés par les hommes. C'est ce qui fait la différence entre le mode de vie des Algériens et le mode de vie des Occidentaux. Si l'Occident, pour reprendre les termes de Perron (1991), est caractérisé par : famille restreinte, prévalence de la vie privée, les liens de parenté de solidarité s'estompent, l'autorité du père s'affaiblit, les rôles sociaux femme-homme moins délimités, ...etc. (Perron, 1991, P. 231). Une belle démonstration de la vie. Le même constat est donné par F. Richard (2011), il évoque l'excès des inhibitions sexuelles qui frappe le comportement de l'Occident (Richard, 2011 b, p. 105). Si l'on ose une comparaison, la vie des Algériens se positionne plutôt dans l'opposé de ce constat. Le vécu des Algériens reste patriarcal, le poids des interdits est très fort, la religion prédomine, la pensée magique très répandue, la sexualité est frappée d'inhibition et d'interdit.

bon moyen qui permet à certaines, de vivre un temps soit peut, leurs désirs. D'autres femmes décident de dissimuler consciemment ou inconsciemment tout signe annonçant la puberté. Elles affichent clairement la non appartenance au statut de femme. Tout est mis en œuvre pour cacher ce corps. Elles dissimulent souvent l'allure féminine telle que la sensualité ou le charme.

Elle utilise parfois le voile comme échappatoire et un abri contre les différentes agressions. Si elle a un joli corps, ou dégage un charme particulier, la pénalité peut être plus sévère. Elle va tenter de l'amocher et de le dégrader afin de n'attirer aucun regard. C'est le cas de certaines femmes qui déforment leurs démarches, cachent leurs poitrines et courbent leurs dos.

Dans cette atmosphère triste et rigide, la vie sexuelle n'a souvent pas d'espace pour s'exprimer. Elle relève de la sphère masculine. Au cas où elle échappe à la censure par accident ou maladresse, des sentiments de culpabilité vont aussitôt se déclencher. Nous citons le cas de certaines femmes qui vivent une honte terrible juste parce qu'elles ont fait des rêves sexuels, elles ne peuvent les évoquer dans les consultations qu'après plusieurs séances. Elles s'assurent que la psychologue ne les juge pas.¹⁰

Il est à rappeler dans ce processus que la gêne et la honte vécues par l'adolescente par rapport au cycle menstruel tire en partie son origine de la religion musulmane. Il est connu en islam que la femme s'abstient à faire la prière ou le jeûne quand elle est en période de règles. Il est même recommandé de ne pas trop s'approcher d'elles durant cette période : « Il t'interroge sur les menstrues. Dis : c'est une source de mal. Ne fréquentez pas les femmes pendant leurs règles et ne les approchez point jusqu'à ce qu'elles redeviennent pures. Une fois qu'elles ont fait leurs ablutions, abordez-les par ou Dieu vous l'a ordonné » (Chapitre la vache, verset 222). Même l'acte sexuel légitime est pratiqué avec beaucoup de prudence et de précaution. Il est parfois perçu comme impure « Si vous êtes souillés par quel qu'acte sexuel, faites les grandes ablutions » (Chapitre Le festin, verset 6).¹¹

Dans quel contexte ces versets ont-ils été évoqués ? Il est difficile d'associer le rapport sexuel (noble et contenant la reproduction) avec d'autres fonctions.

¹⁰Je reçois un jour une jeune femme élégante. Elle est habillée en voile intégral terne. Elle vivait une angoisse phobique paralysante. Elle me regarde à peine. J'ai eu du mal à comprendre le motif de sa consultation. Après des mois de prise en charge, elle me fait part qu'elle avait des désirs homosexuels. Elle les a dissimulés pendant longtemps car elle était marquée par une expérience vécue avec une autre psychologue. Sans prendre le temps de comprendre son malaise, elle lui a proposé des séances de relaxation. A la première séance, elle s'est prise d'une forte crise d'angoisse. Des désirs homosexuels intenses se sont réactivés, favorisés par la position allongée.

¹¹Les versets coraniques sont extraits du Coran, Traduction : Sallah Eddine Kechrid (1981) Dar Algharb el islami, Beyrouth, Liban. Revu et corrigé par : Pr Mohamed Yalaoui, Université de Tunis.

4- Mère

Le Robert donne au concept 'mère' la définition suivante : « une femme qui a mis au monde un ou plusieurs enfants ». Le terme est utilisé également pour la personne qui élève des enfants. Si ce vocable contient autant de sens, cela est dû à son importance et de son poids dans la vie psychologique et sociale. Il s'agit d'une sorte de matrice centrale autour de laquelle gravitent divers éléments nécessaires à la vie. Dans le vécu psychosociologique algérien, devenir mère doit nécessairement passer par l'alliance sacrée du mariage. Ceci doit obtenir l'aval de plusieurs instances solidement constituées. Ces instances sont de nature religieuse, sociale, culturelle et juridique. Autrement dit, en termes plus simples, se marier veut dire une rencontre entre deux personnes ou deux familles (famille de la femme et famille du mari), la rencontre doit être célébrée par une cérémonie officielle (l'événement doit être affiché socialement). Ce n'est qu'à partir de ce moment que le couple est reconnu comme étant marié.

Le mariage voudra dire aussi que la femme peut mettre fin à une virginité précieusement préservée pendant des années. Le moment tant attendu est enfin arrivé annonçant la joie, la preuve et la fierté de pouvoir protéger l'honneur de la famille. C'est une date qui annonce l'arrêt officiel de la répression et du refoulement. La voie est enfin libre pour une 'jouissance' autorisée.¹²

Il est peut-être important de souligner en guise de comparaison entre le mariage en Occident et le mariage en Algérie afin de mieux cerner les nuances. Dans les pays occidentaux, le mariage peut prendre plusieurs formes. Il suffit que deux personnes se mettent ensemble pour qu'elles soient considérées comme mariées. Nous retrouvons plusieurs formes : concubinage, mariage religieux, mariage inscrit à l'état civil, où les deux en même temps. Aucune forme ne ressemble à l'autre. Par contre ils ont tous un dénominateur commun, c'est celui d'avoir des rapports sexuels.

En Algérie, aucune liaison entre une femme et un homme n'est tolérée en dehors du cadre réservé au mariage religieux et d'état civil. Avant l'année 2005, il y avait possibilité de se contenter du mariage religieux puis à l'inscription à l'état civil par la suite. Constatant des dépassements commis par certains couples qui abusaient de cette formule, ce mariage a été interdit par la loi. Toute alliance doit être nécessairement inscrite à l'état civil d'abord, le mariage religieux venant en seconde position.

C'est ainsi que le sentiment de maternité s'inscrit et grandit dans une logique de *répression* qui prône les traditions et les règles religieuses comme seul mode d'action. Après le mariage, et souvent juste quelques semaines après, la femme est enceinte. Elle répond avec joie et quiétude aux attentes sociales. Tout le monde attend qu'elle donne naissance à un garçon. S'il s'agit d'une jeune femme pubère mais qui dissimule

¹²Certains couples se marient uniquement avec « la Fatiha » (mariage religieux) et n'inscrivent jamais ce mariage à l'état civil. D'autres justifient une relation avec une amante en utilisant le mariage religieux comme moyen pour le légitimer.

tout signe de féminité, au moment où elle est enceinte, c'est l'aspect contraire qui s'affiche.

Elle montre rapidement et avec fierté sa grossesse, comme pour échapper au regard accusateur qui peut contenir « *elle est peut-être stérile... elle doit être malade..., son mari refuse d'avoir des enfants car il veut se séparer d'elle, etc* » Tout est mis en œuvre pour l'accuser. Le mari, quant à lui, est souvent mis à l'abri de toutes ces accusations.

Compte tenu de cet état de fait, qui est d'ailleurs confirmé par plusieurs chercheurs, ne nous étonnons pas de voir que le paraître chez la femme 'écrase' l'être, la 'forme' inhibe le 'fond' et le 'dehors' prime sur le 'dedans'. Si nous adhérons à la notion de base dictée par la psychanalyse, nous nous retrouvons en plein registre de la psychopathologie de l'adulte. Le coït génital, selon Freud, « implique l'intégration psychique de la triple différence : différence des sexes, différence de génération et différence entre sexualité infantile et sexualité adulte. L'annulation de l'une ou l'autre de ces différences fondatrices, le déni de l'une d'entre elles, précipite donc aussi une forme de perversion. » (Cité par Chabert, 2013, p.125). En se référant à ces écrits, nous sommes loin de la notion de normalité. Toutes les voies deviennent ainsi accessibles pour favoriser le fonctionnement névrotique.

Il y a beaucoup à dire sur les représentations mentales du mariage chez la jeune femme algérienne. Elles sont certainement riches en termes de représentations favorisées par un surmoi castrateur. Nous n'allons pas détailler cela dans ce volet. Nous préférons le traiter avec plus de détail dans le chapitre consacré au vécu socio-culturel. Il reste néanmoins important de soulever que l'aspect inconscient des représentations liées à la maternité est tellement fort qu'il peut influencer la prise de certaines grandes décisions. A ce propos, le mariage chez la femme pourrait être influencé par le désir très profond d'avoir un enfant. Ce désir est alimenté par un souci de démontrer qu'elle a été vierge jusqu'à son mariage, qu'elle n'est pas stérile, sans compter la fierté de pouvoir donner un garçon à la société.

Nous nous retrouvons souvent confrontés, dans notre clinique, à une forte envie d'avoir un enfant du père. La dimension œdipienne ici pourrait gouverner toute une existence. Dans ce cas précis, le processus du mariage finit par se concrétiser malgré tout.¹³

La littérature psychanalytique est riche en termes de valeurs inconscientes que peut véhiculer l'envie d'avoir un enfant. Nous citons, entre autres, la naissance d'un garçon peut aider la femme à mieux dépasser son angoisse de castration. C'est dans ce sens que la période qui précède l'accouchement peut créer une désorganisation

¹³On est surpris parfois chez certaines jeunes femmes, qui s'attachent obsessionnellement à leur partenaire et veulent à tous prix réaliser le mariage malgré le caractère incompatible frappant (différence d'âge, différence de niveau, etc.)

somatopsychique. La crainte de l'après accouchement, surtout chez des femmes ayant une structure fragile, peut être derrière cet état. Si la naissance du garçon peut valoriser et renforcer les positions féminines de la mère, la naissance de la fille peut favoriser un malaise psychique ou carrément précipiter une décompensation. C'est dans ce sens que s'inscrivent les écrits de Catherine Chabert (2013). Elle précise que « l'enfant crée ses parents en consolidant le fonctionnement commun, il stimule en eux les jeux des identifications projectifs. » (Chabert, 2013, p. 51). Ceci suppose, dans certains cas fragiles, la décompensation qui est liée en partie avec la difficulté d'assumer la perte ou le deuil de l'enfant imaginaire.

Il est utile de préciser dans ce contexte la différence entre '*amour libidinal*' et '*amour maternel*'. Si le premier répond à un désir pulsionnel, la maternité est liée à des représentations souvent inconscientes, profondes et compliquées. Dans ce sens, une mère maternante favoriserait un attachement sécurisant utile et structurant pour l'enfant. « La maternité, disait Chabert n'a pas de déclin à craindre, elle s'accroît avec les besoins de l'enfant, elle se développe avec lui. N'est-ce pas, à la fois, une passion, un besoin, un sentiment, un devoir, une nécessité, le bonheur... ? » (Chabert, 2013, p. 322)

Quoi qu'il en soit, nous retenons que devenir mère relève, entre autres, du degré et de la capacité d'intégration au sein de l'appareil psychique des positions féminines, des identifications primaires et secondaires. Ceci favoriserait une interaction efficace et évolutive entre le nouveau-né et sa mère.

Conclusion

Nous avons tenté tout au long de ce chapitre, de tracer un tableau clinique sur la psychogenèse de la femme depuis sa naissance jusqu'à son devenir de mère. Nous avons retenu combien il est difficile d'entretenir une relation efficace entre la mère et son enfant. L'efficacité de cette relation s'exprime en termes d'intégration des représentations de la mère de la grand-mère et du vécu socioculturel. La transmission directe ou indirecte de ces représentations vers l'enfant, détermine, dans une large mesure, son évolution et son équilibre ultérieur.

Nous avons fait de notre mieux pour nous pencher plus sur l'aspect dynamique et psychique de la personne. L'aspect socioculturel en termes de croyances, attitudes et représentations, n'a pas été suffisamment pris en ligne de compte. Nous nous sommes contentés de citer les éléments qui se rapprochent le plus du vécu du nouveau-né.

Les chercheurs et les auteurs qui ont été cités sont dans leur majorité des cliniciens ayant parfois des formations de psychanalystes. D'autres sont des psychosociologues qui ont traité l'importance du vécu social sur la psyché. L'apport des deux disciplines (clinique et psychosociologique) nous a permis d'enrichir notre thème et d'élargir notre réflexion.

Nous souhaitons reprendre les données relatives à la relation mère-enfant sans nous éloigner du milieu algérien. C'est ce que nous développerons dans le chapitre relatif à l'aspect socioculturel.

CHAPITRE 3
Vécu socioculturel algérien et sexualité féminine

Introduction

Dans ce chapitre, nous traiterons l'impact des données socioculturelles - en termes de croyances religieuses, les attitudes et les traditions - sur l'équilibre de la femme en Algérie. Nous nous pencherons d'abord sur la terminologie des concepts en rapport avec le vécu culturel, les différentes définitions, et surtout, le rapport interactif entre le développement psychologique au sens génétique du terme et les données socioculturelles.

La structure familiale et sa dynamique ont été également abordées. Vu l'importance et le poids qui pèse sur la fille, cet aspect a été largement traité. Nous accorderons une importance particulière à la vie sexuelle de la femme, comment elle est perçue par la famille et comment elle est intégrée dans l'imaginaire de la petite fille. En référence au vécu spécifique à la sexualité, nous verrons comment cette sexualité a été façonnée, voire camouflée par les pratiques sociales, tel que le type d'habillement et certaines croyances magico-religieuses.

Le dernier volet de ce chapitre a été réservé à la sexualité féminine en Islam. Nous nous sommes intéressés spécialement à l'image du corps et comment elle est perçue par l'imaginaire collectif. L'objectif est de repérer et d'évaluer comment les croyances religieuses influencent les représentations des femmes vis-à-vis de leur propre corps en rapport avec les attitudes sociales.

1- La notion de culture

La notion de culture, selon Le Robert est : « le développement de certaines facultés de l'esprit par des exercices intellectuels appropriés, ensemble de connaissances acquises. » Elle peut être également « l'ensemble des actes intellectuels, artistiques d'une civilisation, exemple la culture orientale ». En se référant aux définitions de base, la culture peut contenir un mode d'être, d'agir et de penser. Si rapport il y a entre culture et système de pensée au sens mental du terme, c'est au niveau de l'imaginaire et du psychologique que se situe la culture.

D'ailleurs les œuvres les plus célèbres de Freud (1916), se sont basées sur le vécu et les croyances des hommes, que ce soit au niveau des légendes, des religions ou de la magie. C'est ce qui a favorisé, en partie, l'évolution et la pertinence de ses théories. Nous avons bien repéré ces premières publications rassemblées sous le titre : *Introduction à la psychanalyse (1916)*.¹⁴

¹⁴Dans le chapitre « *Interprétation des rêves* », il s'est longuement penché sur les symboles utilisés par la culture pour donner un symbole interprétatif au rêve. « *De nos jours, toutes les amulettes porte-bonheur ne sont autre chose que des symboles génitaux ou sexuels. Examinez une collection de ces amulettes portées autour du cou en forme de collier : vous trouverez un trèfle à quatre feuilles, un cochon, un champignon, un fer à cheval (...)* Le cochon est un ancien symbole de la fécondité ; le champignon est un symbole incontestable du pénis (...) » (Freud, 1916, P. 149).

Il s'est intéressé entre autres à l'interprétation des actes et des comportements des personnes. La variété et la richesse des matériaux récoltés ont donné des explications riches et utiles qui nous ont permis une meilleure compréhension du psychisme.

Par ailleurs, tout en nous référant à la psychanalyse, dans son ouvrage '*Totem et tabou*' (1912), Freud a donné de belles interprétations de la vie sociale des peuples primitifs. Il avance que « les historiens de la civilisation semblent d'accord pour admettre que grâce à ce détournement des forces pulsionnelles sexuelles loin des buts sexuels et cette orientation vers de nouveaux buts-processus, qui mérite le nom de *sublimation*, de jouissances composantes sont acquises intervenant dans toutes les productions culturelles. » (Freud, 1912, p.100).

De tels propos nous réconfortent dans notre position, car ils admettent que le fonctionnement psychique de l'homme obéit à des lois qui agissent selon les forces dictées par les trois instances, à savoir le moi, le surmoi et le ça. Nous nous retrouvons, au final, face à un système de pensée qui ne fait que transformer, construire et organiser les faits imposés par la réalité concrète.

C'est dans ce cadre précis qu'il a écrit en 1930 « les institutions primordiales ont, par analogie avec les formations symptomatiques névrotiques, une origine pulsionnelle et animale. Elles relèvent de conflits pulsionnels, en l'espèce de nature œdipienne, et constituent des solutions sociales de compromis aux problèmes de la compensation de ce souhait. Réalisées collectivement, elles représentent des 'biens de l'humanité' » (Freud, 1930, p. 205). En lisant ces écrits, nous ressentons la pertinence de ce qu'il avance. Ils sont toujours d'actualité même après des années. Dans le même ordre, la pensée freudienne se découvre par d'autres aspects comme étant une preuve de pensée historique et socioculturelle déterminée. Elle a marqué son temps, elle témoigne de plus en plus que certaines représentations sociales de son époque étaient aussi d'une grande pertinence.

D'autres auteurs ont également mis l'accent sur l'importance de la culture dans le développement psychoaffectif de l'enfant. Ils ont relevé des liens directs entre la vie psychoaffective de l'enfant et sa structure d'avenir. Nous citons dans ce volet ce qui a été avancé par Couchard F. (2003) dans son ouvrage '*Emprise et violence maternelle*'. Il écrit : « La relation d'*emprise* qu'une mère impose à sa fille peut gravement entraver la destinée affective de cette dernière. L'identification entre femmes pousse la mère à orienter les choix de sa fille, même pour celle qui est la plus affectueuse de la liberté pour ses enfants ; le discours maternel est, de fait, porteur d'interdit, d'injonction, de restrictions qui peuplent l'univers de l'enfant et constitue une 'violence primaire' » (Couchard, 2003, p.13). Ceci est un élément supplémentaire qui nous laisse face à un déterminisme social d'une importance non négligeable.

1-1- L'antagonisme : nature-culture

L'homme a toujours vécu dans une nature extrêmement difficile et sauvage. Il a tout fait depuis des siècles pour combattre voire dompter les effets dangereux de la nature.

Cette idée peut être valable sur plusieurs plans. Que ce soit au niveau des avancées scientifiques (médecine, technologie, informatique, ...etc.), ou de l'évolution humaine (démocratie, droits de l'homme, psychologie et sociologie), ceci nous permet d'avancer que les effets de la nature sont partout et tout le temps les mêmes. Elles peuvent être caractérisées par la brutalité, la sauvagerie et la destruction.

La culture, au sens positif du terme, comme nous l'avons cité précédemment, se définit par : les transformations révolutionnaires et efficaces dont a bénéficié l'homme. Elles se traduisent par le triomphe de la science et du savoir sur l'ignorance. Elle reste ainsi en perpétuelle action pour assouplir les choses et aider l'humanité à mieux se construire. C'est ce qui a été développé par Freud lorsqu'il a tenté de découvrir et d'expliquer les différentes lois qui sous-tendent le fonctionnement psychique¹⁵. D'autres chercheurs aussi célèbres, ont tous eu le même objectif, à savoir découvrir de nouvelles lois et les soumettre au service de l'humanité.

Dans son ouvrage *Freud et la culture* (2013), Eric Snadja, dans ses écrits sur l'importance et le rôle structurant de la culture, a tenté de donner des réponses aux questions suivantes : Quelle histoire Freud a-t-il reconstruit (« phylogenèse ») ? Quel rôle occupera-t-elle dans le développement de l'individu (ontogenèse) dans la construction et le fonctionnement de la psyché ? L'auteur a pu relever avec précision, dans son ouvrage, comment Freud a pu donner à la culture sa fonction évolutive et structurante pour l'individu. Ceci démontre à quel point Freud a toujours lié le fonctionnement psychique au vécu socioculturel. L'un agit pour influencer l'autre.

Sur la même ligne de pensée, nous rajoutons que si la nature offre à l'humanité des éléments bruts, riches et variés, l'homme depuis des millénaires a toujours voulu utiliser son intelligence pour transformer cette matière. Il s'est toujours débrouillé pour la transformer d'un état naturel à un état qui lui permet d'améliorer son équilibre et sa santé. Nous ne pouvons évoquer ces changements importants sans parler d'un mécanisme extrêmement utile pour le bon équilibre psychique. Il s'agit de la 'sublimation'. Ce mécanisme de défense qui fait partie des mécanismes les plus utilisés chez la personne dite 'souple', contient les éléments essentiels qui permettent à l'homme de dépasser ses conflits et d'affiner ses pulsions. D'ailleurs c'est un des mécanismes qui fait défaut à certains névrosés et crée chez eux une psychorigidité. C'est dans ce sens que Freud désigne la sublimation comme étant « un trait particulièrement saillant du développement de la culture, elle permet que des activités psychiques supérieures, scientifiques, artistiques et idéologiques jouent dans la vie de

¹⁵Freud écrit : « ... en pleine apogée de mon travail analytique, en 1912, j'avais essayé dans « Totem et tabou » d'exploiter les aperçus analytiques nouvellement acquis pour explorer les origines de la religion et de la morale. Deux essais plus tardifs, « l'Avenir d'une illusion » en 1927, et « Le malaise dans la culture » en 1930 » (Cité par René Major et Chantal Talagrand, *Freud*, Gallimard, Paris, 2006, P. 61).

culture un rôle tellement significatif » (Freud, 1930, p. 284). Ceci confirme l'idée selon laquelle le travail rendu par la culture reste indéniablement évolutif.

A propos du changement culturel, il est à constater de nos jours que ce changement est tellement rapide au point où les personnes ont du mal à s'adapter. Dans ce sens, nous sommes en droit de poser des questions pertinentes en rapport avec cette accélération effrénée des découvertes. Dans ce sens, nous partageons volontiers les mêmes préoccupations de Zerdalia K. S. Elle s'interroge, à juste titre sur : « Comment construire des valeurs stables dans un environnement où tout est constamment changé ? A gérer l'acculturation entre la modernité et la tradition, entre la culture familiale et la culture dominante sociale ? Que faire quand les représentations anciennes deviennent obsolètes, pour qu'un sujet modifie l'image qu'il a de lui-même et reconstruise son identité ? » (Zerdalia, 2005, p. 215).

Les questionnements de l'auteur peuvent être observés dans différents milieux. C'est une mondialisation qui a fini par tout verrouiller. Elle est au service de la consommation 'ici et maintenant' sans se soucier des mécanismes intrinsèques tels que les valeurs humaines, l'importance de l'autorité, la bonne structuration donnée par la famille, etc.

2-L'interculturel

Si l'on prend le terme dans son sens le plus classique, '*l'inter*' signifie 'entre', interculturel signifie l'influence d'une culture sur une autre ou carrément l'interaction efficace de deux cultures pour donner une autre culture bien définie. En analysant de près cette orientation, le résultat de ce mélange dans son sens efficace, n'est qu'un mélange d'actes, d'attitudes et de comportements. Ceci donne, au final, un état d'esprit et une manière d'être.

Le vocable '*interculturel*', nous renvoie également au terme '*culturel*'. Ce dernier ne peut être dissocié de l'anthropologie et l'imprégnation de la personne du vécu de ses parents, ses grands-parents et de ses ancêtres. « La personnalité de base ne saurait être réduite aux aspects, voire aux fondements culturels de la singularité individuelle.

En revanche, tous les membres d'une société ont en commun certains traits socio-historiques qui méritent d'être considérés comme leur personnalité culturelle » (Sillamy, 1980, p. 315). En nous appuyant sur ces écrits, nous relevons que la personne, dès sa naissance introduit passivement des représentations et des affects véhiculés par les agissements de la mère d'abord, l'entourage familial et social par la suite. Comme nous l'avons déjà cité dans le chapitre relatif à la féminité (Chapitre 2), nous avons vu avec des exemples concrets comment la mère, en exerçant des rituels qu'elle a elle-même hérité de ses ancêtres et qui, parfois, n'ont aucun sens intelligible de nos jours mais ils sont toujours d'actualité. « Dans les cultures traditionnelles, on honore le passé et on respecte les symboles, parce qu'ils véhiculent et perpétuent l'expérience de plusieurs générations ; la radiation est une façon d'intégrer le contrôle réflexif de l'action à l'organisation spatio-temporelle de la communauté. C'est une façon de gouverner le temps et l'espace, qui inscrit toute activité ou expérience

particulière dans la continuité du passé, du présent et du futur, lesquels sont à leur tour structurés par des pratiques sociales récurrentes » (Giddens, 1994, p. 43)

C'est dans ce sens que nous relevons que l'interculturalité ne se résume pas seulement au fait que deux cultures s'interagissent dans le présent et que le croisement de leurs agissements donne une nouvelle culture.

Cela peut également prendre le sens de deux cultures qui ne sont pas forcément de la même époque. C'est le cas, par exemple, de notre génération qui est influencée par la culture traditionnelle des parents et des grands parents.

Elle est, en effet, un mélange tout à la fois de la culture amazigho-arabe, musulmane et de la culture occidentale. L'exemple qui s'adapte le mieux peut être visible sur certains habits de jeunes filles qui portent une tenue '*Islamique moderne*'. Elle est constituée d'un pantalon jean, une liquette, un foulard à travers lequel on distingue une mèche de cheveux. Par cette tenue, nous ressentons une résonance de trois cultures : religieuse (applique les lois du Coran) ; traditionnelle (respecte des traditions algériennes); moderne (imitation du modèle occidental).

Les choses deviennent ainsi complexes car l'acte, dans sa stricte expression, ne peut nous laisser indifférents. C'est à travers l'apparence expressive, que ce soit au niveau de l'acte, du comportement ou de l'habillement, que la culture et l'interculturel peuvent avoir un sens. Cet état de fait nous conduit à la clinique au sens du '*bien-être*' ou du '*mal-être*'; du normal et du pathologique. Car, et pour reprendre les termes de Tanon et Vermes (1993), « Les structures et les fonctions psychiques de l'individu se construisent à la croisée de plusieurs cultures, simultanées ou successives, l'amenant à élaborer diverses stratégies pour gérer et aménager leurs mises en contact. Ces stratégies et processus psychologiques, qu'ils soient normaux ou pathologiques, vont donner lieu à des systèmes de représentations dans lesquels le sujet prendra sens » (Tanon et Vermes, 1993, p. 3)

En suivant ce cheminement, nous aboutissons au sens que peut véhiculer une souffrance. Loin de nous situer dans les nosographies classiques (névrose, psychose, état limite) nous préférons plutôt rester au niveau descriptif. Nous retenons que la douleur morale et la souffrance psychique peuvent utiliser les données socioculturelles pour s'exprimer. Ce sont des canaux sensibles qui permettent aux personnes de donner sens à leur souffrance. C'est ainsi que les données culturelles peuvent être à la fois structurantes et structurelles. Pour le premier, ce sont elles qui donnent à la structure son mode d'action, pour le deuxième, ce sont elles également qui permettent à cette structure de s'exprimer et d'agir. C'est la vigilance du clinicien qui déchiffre ses symboles et donne un sens intelligible à la souffrance. C'est dans ces valeurs cliniques que les écrits de F. Richard (2011) trouvent leurs sens « 'L'être-humain-proche', disait-il, *suppose une différence, il est à côté de moi* : ni l'objet, ni le semblable et pas exactement non plus un autre sujet. La mère aimante et soignante, le père dans sa fonction tierce, l'image spéculaire du stade du miroir sont inclus dans l'être humain

proche' où résonne une musique, une signification plus profonde » (Richard, 2011, p. 26).

3- Place de la femme dans la structure familiale

Il est connu que la famille algérienne a eu une organisation qui a changé et évolué à travers le temps. Afin de faciliter l'analyse de ce changement, nous essayerons de reprendre son évolution à travers trois étapes. La première, avant l'indépendance du pays (avant 1962), la deuxième après.

Dans la première étape, celle d'avant 1962, la population algérienne ne dépassait pas 6 millions d'habitants. La grande majorité vivait dans la campagne. Elle est souvent constituée de familles nombreuses, illettrées et vivantes essentiellement de l'agriculture. C'était une famille patriarcale et les règles traditionnelles étaient rigoureusement respectées. Dans ce sens, les grandes décisions reviennent à l'homme (le père, le tuteur ou le mari). La femme ne choisit pas librement son mari, le partage des biens et de l'héritage se pratique selon les lois coraniques. Le nombre d'enfants par famille est, en général, une moyenne de 8. Ce nombre élevé est souvent justifié par le taux de mortalité qui était également élevé. Ce nombre est aussi justifié par le fait que les enfants participaient aux travaux agricoles.

La deuxième étape, celle de 1962-1980, est caractérisée par l'exode rural massif. Un nombre important de gens est venu occuper les grandes villes. Ils ont quitté la vie rurale pour vivre dans les maisons et les immeubles. Les familles étaient contraintes de s'adapter à une vie moderne dont elles n'ont jamais été habituées. Ce changement général et rapide s'est traduit par la généralisation de l'enseignement gratuit pour tous. La multiplication des entreprises étatiques et d'usines, était la priorité du gouvernant afin de lutter contre le chômage. De ce fait, les gens ont été massivement recrutés pour des postes au sein d'entreprises parfois sans aucune préparation. Cette atmosphère instable, changeante et nouvelle, a créé des interactions multiformes. Un foisonnement et un mélange d'actes et de comportements, jamais connus par l'Algérie, ont été observés durant cette période. C'est dans cette atmosphère que le paysage social a été marqué par un vécu conflictuel intense, focalisé sur la difficulté d'opérer un choix entre 'moderne' et 'traditionnel'.

La troisième étape, celle qui s'étend de 1980 à nos jours, est l'étape la plus difficile. Les régimes politiques qui se sont succédé ne pouvaient gérer la situation sociale. Totalement dépassés par un important de la population en termes de nombre et de désirs grandissants. Ce qui a aggravé les choses c'est que les caisses de l'Etat commençaient à se vider et ce, suite à la chute des prix du pétrole. Ceci a déclenché une crise socio-économique aiguë qui s'est finalement soldée par une guerre civile dévastatrice et qui a duré plus d'une douzaine d'années. C'est une véritable dépression psychosociologique. La population a adopté, comme défense, une pensée religieuse proche de la magie. Le but est d'atténuer rapidement, et à n'importe quel prix, les conflits et donner un sens '*acceptable*' aux désirs.

Ce qui est à retenir dans ce cheminement, c'est que la famille algérienne, pour reprendre les termes de Benhalla N. (2013) « traverse une crise aiguë attestant d'un dysfonctionnement de la famille. Elle tire son origine et s'alimente de causes multifformes. » (Benhalla, 2013, p. 49). Cette crise dont parle l'auteur est partagée par plusieurs autres chercheurs algériens et maghrébins. Ils ont analysé, chacun selon son pôle d'intérêt, les comportements inadaptés qui ne sont que le résultat d'un chamboulement et d'une désorganisation vécus par toute la société. Le dénominateur commun entre la majorité de ces chercheurs est : ils sont tous d'accord sur l'idée de la présence de deux attitudes profondes et contradictoires chez la personne. Le désir de s'adapter avec les normes modernes et, en même temps, le souhait hardant de maintenir les croyances et les attitudes du passé. Cette anomie, largement analysée par Toualbi N. (2000) et Benaissa N. (2001), reste l'élément central attestant d'une crise identitaire profonde¹⁶. Cette crise est parfois exprimée à travers les comportements anormaux des personnes. Elle est également ressentie dans les actes et les attitudes.

En adoptant ces données comme éléments de base, comment peut-on imaginer le vécu d'une jeune femme au sein de sa famille ? Comment trouve-t-elle son équilibre psychologique dans un environnement aussi instable et contradictoire ? Il est difficile de répondre à ceci dans le cadre étroit de ce chapitre. Nous pouvons néanmoins dire que la famille algérienne fonctionne avec des lois extrêmement sévères. Tout doit obéir aux exigences de ces lois. « Le paradis est sous les pieds des mères », dit le hadith. Ce dernier est sensiblement appuyé par le verset coranique : « ne leur dis pas 'ouf !', ne leur répond pas avec brutalité... » (Le voyage nocturne, verset 23). Tout est ainsi dicté, ordonné selon des normes préétablies. Étouffement après étouffement, pression succédant une autre, il reste ainsi peu de place à une pensée libre, une improvisation spontanée ou une créativité culturelle ou artistique.

4- Pratiques magico-religieuses et sexualité féminine

Depuis fort longtemps, la virginité a eu une place déterminante dans le devenir et l'équilibre de la fille et peut-être même dans la vie du jeune couple. Elle est chargée de représentations affectives ancrées dans la pensée de chacun. Elle tire sa force par des attitudes magico-religieuses qui laissent bien introduite dans les mœurs. Dans la culture occidentale, la légende a donné à la procréation un sens magique assez accepté par les personnes. Il s'agit de la célèbre légende qui avance que le bébé est porté dans le bec de la cigogne. Dans notre culture, la légende a peu de place dans la procréation. Ceci est peut-être dû au fait que l'interdit du rapprochement masculin-féminin est trop fort. Il suffit qu'un homme et une femme restent seuls pour qu'il y ait risque de rapprochement sexuel. Le célèbre hadith est clair dans ce sens : « Si deux personnes s'isolent, le troisième être qui les unit est le diable ». Un autre hadith précise

¹⁶Un nombre important de chercheurs maghrébins ont eu comme thème de recherche l'impact des changements socioculturels sur le sujet maghrébin. Parmi les plus connus S.Medhar (1997), *La violence sociale en Algérie et Tradition contre développement* (1992), N. Benhalla (2013), *Expressions et caractéristiques de la névrose en Algérie*, Bendahmane H. (1984), *Personnalité maghrébine et fonction paternelle au Maghreb*.

également que « le regard est l'une des flèches utilisées par le diable ». Tout ceci montre les grandes précautions prises pour contrecarrer un éventuel dérapage sexuel. C'est ce qui explique, aussi et en partie, la séparation des sexes qui doit être rigoureusement respectée.

Tout ce qui est en rapport avec la sexualité est frappé d'interdit ou de censure. Ceci est clairement remarqué au niveau de la discussion des familles ou même dans le système éducatif. Ceci reste le résultat d'une culture sélective qui n'est nullement recommandée par l'Islam. Certains versets coraniques évoquent clairement les pratiques sexuelles sans aucun aménagement. « Le fornicateur n'épouse qu'une fornicatrice ou une polythéiste et la fornicatrice n'est épousée que par un fornicateur ou un polythéiste et cela a été interdit aux croyants » (Chapitre La lumière, verset 2). Le hadith évoque également et clairement le témoignage de 4 témoins pour prouver un acte sexuel interdit « Il faut, dit le hadith, 4 témoins qui doivent avoir témoigné clairement de l'acte sexuel ». Ceci montre à quel point la religion est précise et ne fait aucun ménagement quant à l'explication de l'acte sexuel.

Malgré ces témoignages frappants, la vie sexuelle reste totalement déformée, entachée par des explications magiques qui favoriseraient des inhibitions multiformes. Le témoignage de certaines de nos patientes nous surprend par l'adoption inconditionnelle d'attitudes sexuelles extrêmement rigides. Même si certaines d'entre elles ont un niveau intellectuel élevé, elles adhèrent fortement au fait qu'une partie de la sexualité est contrôlée, dirigée par des forces qui ne dépendent pas de la personne. Il s'agit d'un processus magique et impersonnel qui désengage la personne et la déculpabilise de toute éventuelle transgression.

Concernant les différentes pratiques magico-religieuses utilisées par les femmes pour contrôler la sexualité, nous avons énuméré trois pratiques : le *rbit*, le *tesfah* et le *mensadj*. Les trois contiennent plusieurs formes, mais elles ont toutes le même but, préserver la sexualité féminine jusqu'au mariage.

Le *rbit* (attache) : Il existe plusieurs méthodes, la plus utilisée est le *kfal* (cadenas). Ça consiste à fermer un cadenas à proximité de l'organe génital de la fille en récitant certaines formules : « mon organe reste fermé, impénétrable jusqu'au mariage ».

Le *mensadj* (le métier à tisser). Il consiste à faire passer la jeune fille à travers les fils du tissage traditionnel en lui faisant répéter des citations marquant l'impossibilité de se faire déflorer avant le mariage.

Le *tesfah* (incision) : consiste à opérer une petite incision sur la cuisse de la fille en lui demandant de répéter 7 fois des formules toujours en rapport avec la prohibition.

Il est important de préciser que la personne ayant subi ce genre de pratique, doit revoir la même personne ou une autre exerçant les mêmes pratiques afin de lui enlever le

blocage, en opérant de la même façon et en répétant des formules inversées autorisant la pratique sexuelle.¹⁷

C'est dans cette atmosphère chargée de peur et d'actes traumatisants que la jeune fille entame son évolution vers la maturité sexuelle. Nous ne pouvons rester insensibles aux risques psycho-pathologiques que peuvent engendrer ces pratiques. Les motifs de consultations évoqués lors des premières rencontres sont, dans leur majorité, en rapport direct avec ces pratiques. Nous retenons en guise de synthèse, et qui rassemble beaucoup de jeunes femmes souffrantes, qu'une légitimité, qu'elle soit sociale ou religieuse, ne peut atténuer ni résoudre les conflits.

C'est ce que nous vérifions tous les jours dans la clinique.¹⁸

5- Type d'habillement et pratiques magico-religieuses.

Il est connu depuis des siècles que les Algériens ont toujours eu des pratiques artistiques sous forme de dessins soigneusement affichés sur certains objets. Les Berbères ont souvent décoré leur poterie avec de jolies formes (géométriques ...etc.).

Ces schémas ont également été observés depuis l'époque romaines sur certains lieux sacrés (cimetières, tombes, ...etc.). Le même marquage est aussi observé sur certains endroits du corps (front, bras, jambes). Il prend ainsi des formes de tatouages minutieusement accomplis. Il s'agit de différentes formes symbolisant la beauté et les qualités de la femme. Il représente ainsi un marquage corporel indélébile et symbolisant.

La femme 'Chaouis' exhibait, autrefois, avec fierté le dessin affiché sur son front ou ses mains. Ce tatouage porte des indices et un témoignage d'un événement heureux ou parfois douloureux. Ce signe apparent rappelle à l'ordre la personne pour ne jamais oublier l'événement. De nos jours, ce tatouage traditionnel a tendance à disparaître, surtout après l'apparition de la vague des islamistes qui prétextent que le tatouage est totalement prohibé en Islam. Ils se basent sur l'idée que l'être humain est une création de Dieu, aucune personne n'a le droit de la modifier.

L'usage du henné a lui aussi une importance capitale quant à l'embellissement de l'image corporel. Contrairement au tatouage, le henné est largement recommandé par la religion musulmane. Le henné qui est un produit sacré, a même été utilisé par le Prophète. Il peut être un traitement pour certaines maladies de la peau et, en même temps, un embellissement du corps. M-L Gélard (2008), dans son ouvrage 'Les

¹⁷ *Beaucoup de recherches se sont penchées avec plus de précisions sur les pratiques de prohibition magique utilisées en milieu algérien. Nous citons entre autres : F. Moussa, 2009, P. 92, N. Benhalla 2013, PP. 82-84, M. Chebel, 1998, PP. 96-97.*

¹⁸ *L'une de mes patientes, belle, sensible, instruite. Elle me consulte pour un vaginisme sévère évoluant depuis son mariage qui remontait à quelques mois. Son mari était également souple, intelligent, l'attendait gentiment dans la salle d'attente. A mon questionnement « pourquoi vous n'arrivez pas à faire l'amour avec l'homme que vous avez tant aimé », elle me répond avec ironie : « comment voulez-vous que je fasse l'amour alors que ma sexualité était bloquée par le feu et le fer ». Etant petite, on lui a pratiqué le tesfah sur la cuisse gauche et elle en garde toujours la cicatrice.*

usages du henné, a bien évalué l'importance du henné comme un marquage corporel et pratique symbolique et esthétique chez les Arabes depuis des millénaires : « Sa dimension symbolique : identité, rapport de genre, universalisation d'un usage par l'Islam, (...) Le marquage du corps apparaissant comme puissant facteur d'intégration et/ou d'exclusion. » (Gélard, 2008, p. 5). Ceci peut être un témoignage direct sur l'importance donnée à l'image du corps sous ses diverses dimensions. Il est à observer de nos jours qu'il y a comme un mariage réussi entre le traditionnel et le moderne concernant le tatouage. Nous l'observons souvent dans les lieux publics, où certaines jeunes filles marquent leurs peaux avec des tatouages artificiels. Il est souvent confondu à du henné. Elles affichent de jolis dessins tels que les signes de l'horoscope, etc.

Ce qui est développé à propos du henné, peut être aussi donné par rapport au type d'habillement. La tenue vestimentaire, surtout celle portée à l'extérieure de la maison, a connu des changements importants durant les cinquante dernières années. Avant l'indépendance du pays (1962), il y a eu, en gros, deux types de tenues, celle dite occidentale, portée par les Françaises, tenue moderne, jupe ou pantalon, les cheveux apparents. Certaines algériennes de l'époque portaient la même tenue. La deuxième tenue est celle traditionnelle qui consiste en gros à cacher le corps par des tenues qui varient d'une région à une autre ? Après l'indépendance, la grande majorité des femmes portaient en moyenne quatre types de tenue répartis en quatre régions : L'Algéroise (centre du pays) porte le 'haïk' et le '*adjar*' ; le haïk c'est un long tissu blanc qui couvre tout le corps, quant au visage, est également couvert par un petit voile (*adjar*) qui ne laisse apparaître que les yeux. L'Oranaise (Ouest) porte aussi le même voile mais avec ce long tissu blanc, elle couvre également tout le visage et ne laisse apparaître qu'un seul œil. Il est d'ailleurs appelé *bouaouina* en référence au seul œil qu'il laisse apparaître. La Constantinoise (l'Est), porte aussi un voile, mais de couleur noir, référence faite au deuil et à la tristesse après la mort de d'Ahmed Bey. La quatrième est celle portée par la femme kabyle, c'est une tenue simple, les membres du corps (visage, bras) apparents, elle rajoute un tissu bien spécifique appelé *fouta*, qui couvre le corps de la ceinture aux pieds.

Toutes ces tenues, malgré leurs variétés, ont toutes pour mission, à part la tenue kabyle, de cacher le corps entièrement, et ceci reste un objectif commun à toutes. A signaler que ces pratiques sont souvent plus strictes, dépassant ce qui est recommandé par l'Islam. A rappeler que le Coran autorise de laisser apparaître les mains et le visage.

Avec le temps, et après la généralisation et l'extension de la croyance islamisme, intégrisme religieux, toutes ces tenues ont tendance à disparaître et se sont uniformisées et remplacées par la tenue islamique dite modérée. Elle est, en général, constituée d'un pantalon, ou jupe longue, une chemisette ou liquette, et un foulard simple qui laisse entrevoir parfois des mèches de cheveux. Par contre, la tenue moderne (européenne) et la tenue traditionnelle se font de plus en plus rares.

Tout compte fait, nous retenons qu'à travers cette variété des tenues vestimentaires, la société toute entière est en train de se rechercher. A travers cette recherche, nous ressentons une quête identitaire se traduisant par un déséquilibre à facettes multiples. C'est dans ce sens que « le hidjab peut exprimer une dimension spatiale, il marque un seuil entre deux domaines distincts qui peut dérober ce qui est puissance ou pouvoir » (Mernissi, 2010, p. 132)

Pourrions-nous relever chez la femme certaines problématiques indispensables à tout équilibre humain à savoir : intérieur-extérieur, dedans-dehors, vue et être vue ainsi que le problème de distance. Bien que ces mécanismes fassent surtout référence à des positions archaïques, la réalité observable nous incite à les poser. Nous pouvons même avancer que ce corps est tellement objet de convoitises et de jugements, que la jeune fille n'a pas d'autres alternatives que de le dissimuler. C'est dans ce sens que le '*hidjab*' reste parfois un mécanisme efficace permettant aux jeunes filles ambitieuses de s'intégrer tant bien que mal dans la masse sociale. D'ailleurs, c'est dans ce sens et à juste titre que Benhabib D. (2012) écrit « Ce n'est pas tant par pitié que par résignation que bien des femmes portent le voile. Elles se résolvent à faire oublier leurs corps, car ce n'est qu'en devenant invisibles qu'elles peuvent prétendre à l'existence. 'Exister' parce qu'on disparaît, allez comprendre ! (...) Ce n'est qu'en soustrayant leurs corps au regard des hommes que les femmes peuvent envisager d'avancer ou, du moins, essayer de marcher. » (Benhabib, 2012, p. 59).

Tout en essayant d'aller le mieux possible vers un optimisme soutenu, nous ne pouvons imaginer un équilibre de la femme dans des conditions aussi répressives. Elle a beau développer des mécanismes de dégagement, des voies de libération pulsionnelle, mais il reste toujours difficile de l'imaginer dans un équilibre évolutif. C'est dans ce sillage que nous partageons aisément les écrits de Vinsonneau et al (2002) « Couvrir le corps la préserve du regard d'autrui, les 'flèches d'Ibliss' (diable) aurait dit le prophète. (...) un contrôle social et cognitif s'exerce sans relâche sur le corps, spécialement sur celui de la femme. (...). A l'image d'un pays, le corps de la femme musulmane fait l'objet d'une cartographie : les marques d'un code moral qu'elle intériorise tout au long de sa vie s'y dessinent. Pour elle, il s'agit principalement de gérer la possession de certains attributs en évitant la 'honte' parce que la totalité de son corps est '*aoura*' – frappé de l'interdiction d'être regardé. Seuls sont autorisés à être regardés sont le visage et les mains. » (Vinsonneau et Colin, 2002, p. 91)

En résumé, et tout en nous appuyant sur ces éléments, nous pouvons avancer que l'image du corps de la femme a suivi un cheminement interactif prenant en compte trois dimensions. La première relève du corps biologique en termes de besoins et de sensations, la deuxième relève des exigences et des attentes socioculturelles qui sont instables et changeantes, la troisième relève de l'imaginaire et du fantasmatique. Cette dernière reste la charnière de deux forces, elle alimente sans cesse l'appareil psychique et la met à rude épreuve.

6- La sexualité féminine selon l'Islam

La religion musulmane a donné une réglementation stricte et bien définie pour la femme, son rôle, ses devoirs, ses droits, son comportement à l'égard du mari, ses agissements dans la société, ...etc. Par ailleurs, l'Islam, a également déterminé d'une façon précise les rôles attribués aux hommes. Dès le départ, il précise, sans aucune argumentation, que dans l'héritage, la femme hérite la moitié de la part à laquelle l'homme a droit. « Dieu vous recommande au sujet de vos enfants (de léguer) au garçon deux fois la part de la fille » (Verset 11, Chapitre Les femmes, p. 67). Au préalable, tout a été délimité, elle n'a le droit qu'à la moitié de ce que prend le garçon. Aucune justification n'a été donnée à cela. La même chose concernant l'image physique. Tout le corps de la femme est interdit sauf le visage et les mains » (Parole du prophète). Le verset coranique donne des précisions qui ne laissent aucune ambiguïté : « Et dis aux croyantes de retenir un peu de leurs regards, de préserver leurs parties intimes, de ne laisser voir de leurs parures que ce qui en apparaît. Qu'elles se fassent de leur voiles un écran sur leur gorge et qu'elles ne découvrent leurs parures qu'à leurs maris, ou leurs propres pères, ou les pères de leurs maris, ou leurs propres fils, ou les fils de leurs maris, ou leurs propres frères, ou les fils de leurs frères, ou les fils de leurs sœurs, ou leurs dames de compagnie, ou leurs esclaves femmes, ou les hommes vivant aux crochets de leurs maisons et qui n'éprouvent nul désir pour les femmes, ou les enfants qui ignorent totalement l'existence des organes intimes des femmes. » (Chapitre la Lumière, verset 31).

Les recommandations détaillées données dans ce verset montrent à quel point le Coran ne laisse aucune ambiguïté. Ceci reste l'un des éléments qui montrent l'importance accordée à la sexualité, surtout féminine.

Dès l'apparition des premiers signes de puberté, la petite fille doit impérativement cacher son corps. Elle ne doit laisser apparaître que le visage et les mains. Certaines versions plus sévères préconisent de cacher tout le corps, y compris le visage et les mains. Ils argumentent leurs visions par le verset suivant : « *O Prophète ! Dis à tes épouses, à tes filles et aux femmes des Croyants de rapprocher un pan de leur voile de leur visage, cela est plus à même de les faire reconnaître (des autres femmes) et à leur éviter ainsi d'être importunées.* » (Chapitre Les Coalisés, verset 59).

Dès que la fillette est en âge de se marier, au début de la puberté, elle est donnée par son père ou son tuteur légal. Son avis n'est souvent pas pris en considération. La vie conjugale est également bien réglementée. Dès son mariage, elle doit obéissance et soumission à son époux. Dans le cas où elle désobéit pour une raison ou une autre, son mari a le droit de la corriger par des châtiments corporels : « Les hommes ont la charge et la direction des femmes vu les avantages que Dieu a accordé aux uns de préférence aux autres et vu ce qu'ils ont dépensé de leur argent. Les vertueuses sont pleines de crainte, pieuses et sauvegardent le dépôt par la sauvegarde de Dieu. Celles dont vous craignez l'insubordination, sermonnez-les, éloignez-vous d'elles dans les

lits et frappez-les. Si elles vous obéissent, ne cherchez plus injustement à leur nuire » (chapitre Les Femmes, verset 34).

En ce qui concerne la jouissance sexuelle, tous les versets donnent l'importance exclusive à l'homme. C'est le seul qui peut tirer profit de la relation. « Vos femmes sont pour vous un labour ; visitez votre labour comme il vous plaît et faites-vous précéder par vos bonnes œuvres » (Chapitre la Vache, verset 223).

Un autre verset précise comment la femme est perçue « On a embelli aux gens l'amour des choses désirables tels les femmes, les fils, les tas amoncelés d'or et d'argent, les chevaux de race, les troupeaux et les camps » (Chapitre La famille d'Imran, verset 14).

Le discours est dirigé aussi aux hommes. Toutes les directives sont ainsi formulées pour réglementer et freiner les agissements de la femme. On lui confine ainsi un statut de dépendante et elle doit être au service exclusif de l'homme. C'est certainement dans ce sens que la polygamie est proclamée pour donner une jouissance maximale à l'homme. Tout se passe comme si le désir chez l'homme est tellement fort qu'il faut mettre à sa disposition tous les moyens afin de garder son équilibre. « Si vous craignez d'être injustes avec les orphelines, épousez, en dehors d'elles, ce qui vous plaît comme femmes, deux, trois ou quatre. Si vous craignez d'être injustes, une seule ou ce que vous possédez en toute légalité. Cela est plus à même de vous épargner d'être injustes. » (Chapitre Les Femmes, verset 3).

Au moment du décès d'un des proches (parents ou épouses), elle n'a le droit qu'à la moitié d'une part d'héritage à laquelle un homme a droit. Après le décès de son mari, elle ne doit quitter le domicile conjugal qu'après 4 mois et 10 jours. Mesure prise pour s'assurer qu'elle n'est pas enceinte. Dans le même sens, Mondid (2013) écrit « (L'époux) a le droit, selon la doctrine majoritaire, de contrôler les sorties de la femme. L'autorité maritale comprenait également le droit d'admonestation et même le droit de correction de la femme. Sur ce dernier point, les auteurs se fondent sur le même verset coranique (sourate 4, verset 34) pour permettre à l'époux de recourir à des sévices corporels à l'encontre de la femme récalcitrante. (...) Le mari peut y avoir recours à chaque fois que l'épouse manque à un de ses devoirs conjugaux ou religieux » (Mondid, 2013, P. 68). C'est dans ce climat chargé de préjugés, focalisé essentiellement sur le contrôle de la sexualité féminine, que le destin de la femme fraye un chemin difficilement reconnu. Tout se passe comme si les dérapages ou l'expression sexuelle étaient une caractéristique unique à la femme. Dans ce sens, la représentation mentale de la femme dans l'imaginaire social reste chargée de qualificatifs dégradés et assimilés à la ruse, à la malice. Afin d'élucider ceci, nous citons ce qui se dit dans le langage commun répandu un peu partout dans la société : « La femme est créée à partir de l'homme et spécialement d'une de ses côtes, elle reste ainsi tordue comme la forme d'une côte, toute sa vie ». La référence est ainsi inspirée du Coran : « On a créé la femme à partir de l'homme ». Et dans un schéma plus péjoratif : « La femme est comme un chat, elle est habitée par 7 âmes ». Il existe d'autres dictons pour désigner le côté rigide « La femme est comme la queue d'un

chien. Ils l'ont mise pendant un siècle à l'intérieur d'un roseau, dès qu'ils l'ont faite sortir, elle a repris sa forme initiale ».

Dans cette atmosphère de rabaissement et de rejet, le témoignage de Gharizi W. (2009) confirme le poids et la profondeur de cette dégradation. Elle est l'héritage de plusieurs générations. Ce qui donne à cette vision son aspect chronique, c'est qu'elle est souvent adoptée par certaines femmes, notamment les plus âgées. Dans ce sens, l'auteur donne une belle illustration. Il cite l'un des conseils donnés par une mère à sa fille le jour de ses noces : « Sois pour lui une couche, il assurera ton existence. Fais-toi soumise, il te protégera. Ne te montre jamais triste s'il est joyeux, ni joyeuse s'il est triste. Ne laisse paraître aucun défaut. Ne sois que parfums et senteurs. Ne lui confie aucun secret pour ne pas perdre son estime. Aie recours à l'eau, aux crèmes, au kohol, car rien n'est meilleur. » (Gharizi, 2009, P. 59-60).

Mais pourquoi la femme est tant redoutée à travers toute l'histoire ? Plusieurs auteurs ont travaillé la question : nous citons entre autres J. Cournu (2001) dans son ouvrage *Pourquoi les hommes ont peur des femmes ?* Il a retenu un ensemble de représentations qui sont souvent en rapport avec la structure psychique de l'homme. Il a retenu ce qui a déjà été développé par la psychanalyse en rapport avec la différence anatomique mère-enfant. De ce fait, le garçon a plus de mal à se détacher de sa mère. Ce détachement est relativement plus facile chez la fille. Cet état reste, en partie, derrière la relative fragilité de l'homme comparativement à la femme. L'origine, donc, de cette peur remonte aux premiers stades de développement. Cournu J. avance, par ailleurs, les raisons profondes de la peur : « Les hommes ont peur des femmes, non pas certains hommes, ou certaines femmes, ou les hommes en général, ou dans telles ou telles circonstances, mais fondamentalement. L'hypothèse avancée est donc : les hommes dominent les femmes parce qu'ils ont peur d'elles, ils font donc tout ce qu'ils peuvent, par tous les moyens, des plus raisonnables au plus maniaques, pour se défendre contre les dangers redoutés » (Cournu, 2001, P. 4). En allant dans cette direction, nous pouvons dire que l'homme est animé par une attitude de défense contre la crainte de ne pas être reconnu comme homme fort du moment que celle qu'il lui a donné la vie est une femme, au préalable plus forte que lui dans la procréation. Par ailleurs, cette situation éveille chez l'homme des fantasmes sexuels démesurés. « La femme, en général, éveille chez l'homme un sentiment de peur, une angoisse. Non seulement parce qu'elle a une prise sur ses capacités sexuelles, mais aussi parce qu'il ne peut s'empêcher de l'imaginer insatiable. Comme un feu qu'il faut allumer, et puis entretenir sans cesse. Comme une mangeuse d'hommes. Comme une mante religieuse » (Ibid, P. 63.)

Il est intéressant d'aller avec l'auteur et évoquer, dans le même sens, certains fantasmes qui habitent et alimentent les représentations masculines. Ceci nous permet de mieux comprendre l'image que peut avoir la femme d'elle-même en fonction de l'image que lui renvoie l'homme. Chebel a minutieusement analysé les images que font les hommes à l'égard de la sexualité féminine. Il les a énumérés en quatre

entités : « la *ghoula*, la *pastèque fendue*, le *hérisson* et le *sexe océan* ». Nous tenterons de définir chaque appellation : 'La *ghoula incarnée*' : (...) une féminité négative hostile, sauvage ; (...), dévorante, occupant des fonctions à composantes orale-agressives. La '*pastèque fondue*' : (vagin pastèque : espace récipient ébréché, intarissable, putride ou maléfique. Le '*hérisson*' : une zone pubienne copieusement garnie de poils. Il est connu (...) un animal qui blesse sans attaquer, c'est dire : son aspect extérieur hérissé de pointes, l'animal sournois dangereux et trompeur dont il faut se préserver. Le '*sexe océan*' : un vagin animé d'une activité d'introjection qui est en mesure d'orchestrer et de mener à son terme. Preuve à cela, le verbe '*yablaa*' qui évoque sans détours le mouvement tourbillonnaire des flots de mer en folie, (absorption vaginale) » (Chebel, 1998, pp. 108-112.).

Ces représentations se passent de tout commentaire. Elles nous renseignent sur l'imaginaire des hommes et même des femmes sur la place qu'occupe la sexualité féminine dans la psyché de chacun.

7- L'image du corps

Dans ce chapitre, il nous semble important d'évoquer l'image du corps selon deux niveaux. Le niveau psychologique et le niveau psychosociologique. Par définition, le dictionnaire de psychologie (1980) assimile l'image du corps au schéma corporel. Le vocable vient « (du grec *skhéma*, 'figure', 'forme'), C'est un modèle permanent, infra-conscient, essentiellement tactile, visuel et postural, qui nous sert de référence constante dans nos relations avec l'espace, le temps et le monde qui nous entoure » (Sillamy, 1980, p. 1059). Nous retenons ainsi une dualité étroite entre corps et esprit. Une interdépendance vivante en permanence entre l'évolution somato-physique, d'un côté, et la perception de ce schéma par la pensée d'un autre. C'est ainsi que nous pouvons avancer que la psyché peut être située entre ces deux entités.

Il est inutile d'aller vers les théories des pulsions et la psychogenèse telle qu'elle est évoquée par la psychanalyse. Nous les avons largement analysées dans le chapitre relatif à la féminité. Nous retenons seulement que le schéma corporel se constitue et se consolide en fonction du type de la relation d'objet et l'efficacité des premiers mécanismes de défense, en l'occurrence, l'identification et la gestion de la problématique œdipienne. Nous insisterons, cependant, sur les éléments socioculturels qui sous-tendent et façonnent, en quelque sorte, l'image du corps chez la femme. « Le corps est donc avant tout le substrat social de l'être humain. Il forme les matériaux premiers des expressions humaines : mimiques, gestes, posture, dynamique corporel, traduisant l'économie physiologique qui accompagne et préside au vécu relationnel de l'individu » (Vinsonneau, 2002, p. 74). Ceci nous reconforte dans notre position à savoir, le corps détient, au préalable, des lois, des besoins qui exigent une satisfaction adéquate et conforme à ses besoins. Mais il est également appelé à se conformer aux exigences sociales. Nous entendons par exigences, ce qui est véhiculé et exprimé et parfois imposé par les coutumes et les traditions. Ces

exigences ne sont pas tout le temps conformes à ce qui est exigé par les besoins psychiques, fantasmatiques et parfois même somatiques de la personne.

En évoluant dans cette trajectoire, nous adhérons totalement aux propos de Brusset B. (2014). Il nous reconforte dans nos propos et explique clairement la relation entre pulsion et fantasme. Ce dernier qui façonne et donne forme à la pulsion, reste déterminant à la structure humaine. « L'activité pulsionnelle, disait-il, imputée au corps est intolérable. Elle suscite des fantasmes de pénétration de l'un dans l'autre par la sexualité génitale, mais aussi et surtout prégénitale, laquelle subvertit la première, et, plus radicalement, il s'agit de l'intrusion dépossédant de soi. C'est aussi éprouver de la haine et des désirs d'agression et de meurtre : le meurtre du père mais aussi de la mère. » (Brusset, 2013, p.114). Nous retenons dans cette analyse que les pulsions, au sens large du terme, et la pulsion sexuelle en particulier restent omniprésentes dans le fonctionnement fantasmatique. C'est ainsi que le développement 'normal' ou évolutif ne peut être considéré comme tel que s'il est soumis à la transformation, affinement effectué essentiellement par le mécanisme de *sublimation*. Si l'on adopte ces données tout en essayant de les confronter au vécu socioculturel de la femme en Algérie, nous ne pensons pas nous situer dans un processus de libération, de dégagement, et encore moins de sublimation. Comment peut-il en être autrement, alors que la psyché est largement animée par des préjugés, des craintes et des traumatismes. Au final, le psychisme de la femme a tout mobilisé afin de déssexualiser, dénier ou cacher le corps. Ceci renforce encore une fois l'hypothèse d'une faible sublimation et d'une forte répression.

Dans la clinique de tous les jours, on reste parfois sidéré par l'attitude de certaines femmes à l'égard de leurs corps. On ressent parfois un grand clivage et une séparation bien distincte entre le corps et le ressenti. Tout se passe comme si elles ne peuvent se sentir à l'aise que lorsqu'elles opèrent cette distinction entre le corps et la psyché.¹⁹

Dans ce contexte, il faut peut-être préciser que le clivage ou la séparation entre image du corps et le ressenti est largement favorisé par le regard inquisiteur voire persécuteur de la société. Le désordre et la désharmonie perçus sur la démarche de certaines femmes est frappante. Nous évoquant dans ce sens, l'observation faite par Frantz Fanon, rapportée par M. Chebel (1998) qui résume clairement la désharmonie entre corps et psyché : « impression de corps déchiqueté, lancé à la dérive, les membres semblent s'allonger indéfiniment. Quand l'Algérienne doit traverser une rue, pendant longtemps, il y a eu erreur de jugement sur la distance exacte à parcourir. Le corps dévoilé paraît s'échapper sans aller en morceaux. Impression d'être mal habillé, voire d'être nue. Incomplétude ressentie avec une grande intensité ». (Chebel, 1998 p. 159)

¹⁹*L'une de mes patientes me consulte pour des conflits conjugaux sévères évoluant depuis une vingtaine d'années. Malgré cette vie insupportable, elle refusait toute idée de divorce ou de séparation. Le conflit persiste jusqu'au développement d'une somatisation s'exprimant par des pathologies cutanées. Parfois, ces éruptions de boutons sont visibles lors de la consultation juste à l'idée d'évoquer les préjudices causés par son mari. A mon interrogation : « Pourquoi cette éruption de bouton ici et maintenant ? », elle me répond : « Ce n'est pas moi, c'est mon corps. » La distinction entre 'moi et corps' dans cet exemple est frappante.*

8-La virginité

Par définition la virginité veut dire que la femme garde son hymen intact et ne doit être déflorée qu'avec son mari légitime et seulement dans le cadre du mariage. Il ne s'agit pas d'une paroi qui doit être gardée intacte, c'est plutôt ce qu'elle peut symboliser en termes de désirs, fantasmes et actes sexuels. La sexualité, disait M. Reynaud M. et Karila L. (2009) « se construit au carrefour de la réalité biologique, psychologique et sociologique. Elle est le fruit d'éléments dont il était tentant de croiser les données à l'une des découvertes scientifiques les plus récentes » (Reynaud et Karila, 2009, p. 9)

Ceci confirme l'importance donnée à la chasteté qui prend parfois des proportions difficilement acceptables. Le statut de femme vierge dépasse parfois toutes les normes de la logique acceptable. « En l'an 14 av. J.-C., l'empereur Tibère interdit l'exécution des vierges. Quand une vierge était condamnée à mort, elle devait subir l'outrage d'être déflorée en public immédiatement avant l'exécution capitale » (Ibid, p. 13.)

Le côté sacré et mystique de la virginité a beaucoup évolué avec le temps. Cela est dû, en partie, à l'évolution socioculturelle, l'effet de la modernité, et surtout, le respect relatif aux droits de l'homme. Malgré cette avancée, nous constatons encore la présence de ces pratiques. Dans cette approche, il nous semble utile de rappeler certains faits et agissements en rapport avec la virginité. Nous pensons au cycle menstruel qui est un indice qui montre déjà que la petite fille est apte à accomplir un acte sexuel. Brusquement et rapidement, le regard de la famille change. Elle passe ainsi du statut de petite fille innocente au statut de femme apte à se marier. Beaucoup de jeunes filles en Algérie, surtout celles des milieux ruraux, sont demandées en mariage dès l'apparition des premières règles. Même si certaines ne sont pas prêtes physiquement à le faire en raison de la précocité de leurs appareils génitaux, ceci ne les a pas protégées. A ce propos, beaucoup de jeunes femmes, qui sont réglées tôt, font tout pour dissimuler les signes annonçant l'arrivée des règles.

Une certaine pudeur, voire une honte de les montrer. Certains témoignages de certaines patientes, racontent avec souffrance, cet événement vécu de façon traumatique.²⁰

Certaines pensaient à une maladie, d'où l'écoulement du sang, d'autres pensaient avec inquiétude qu'elles ont perdu leur virginité. D'autres se sentaient coupables, car

²⁰Beaucoup de recherches se sont penchées sur l'impact de la virginité sur l'équilibre de la femme en Algérie. Nous citons en exemple Nadia Tualbi (1984), *Les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille algérienne*. Elle a évoqué dans son ouvrage les mécanismes phobiques et les inhibitions que peut caractériser un nombre important de femmes. Moussa Khadidja et al 2009, a publié un article important intitulé 'Du Tabou de la virginité au mythe de l'invulnérabilité - Le rite du rbit chez la fillette dans l'est d'Alger1985, PP. 99-107. Elle a évoqué en particulier la nécessité rituelle à maintenir la virginité jusqu'au mariage. Un nombre important de thèses soutenues à l'université d'Alger portent sur la vie sexuelle des femmes. Nous citons entre autres : 1-La représentation de la maternité chez la femme enceinte et son rapport avec les représentations féminines. Thèse de magister, présentée par Lyla Koufi, Université d'Alger 2, 2015, Directeur de thèse Benhalla N. 2- Le fonctionnement psychique chez la femme violée, Thèse de Magister, Université Alger 2, Présentée par Malika Benbourdi, Sous la direction de Moussa F. 3- Les représentations de la virginité chez la jeune fille et le traumatisme lié à la défloration dans le cadre du mariage, Présentée par : Larabi Imane, Université Alger 2, 2015, Directeur de thèse : Moussa F.

elles étaient persuadées qu'elles avaient perforé l'hymen à cause d'une masturbation exagérée.

Tous ces témoignages ont un dénominateur commun. Elles partagent toutes un vécu traumatique. Parfois, il prend la valeur d'un secret de famille qu'il faut taire à jamais. Dans la religion musulmane, le cycle menstruel a été clairement cité. La femme qui a ses règles est considérée comme impure. Elle ne doit ni faire la prière, ni jeûner le ramadhan. Les anges, disaient-on, s'éloignent de la femme qui a ses règles. Le verset coranique précise qu'il est interdit à l'homme de faire l'amour à sa femme durant cette période : « Ils t'interrogent sur les menstrues, dis c'est une source de mal, ne fréquentez point les femmes pendant leurs règles et ne les approchez point jusqu'à ce qu'elles redeviennent pures. Une fois qu'elles ont fait leurs ablutions, abordez-les par où Dieu vous l'a ordonné » (chapitre La Vache, verset 222). Ceci montre que le cycle menstruel, selon ce verset, ne contient pas une connotation positive et constructive, il contient plutôt l'éloignement et la peur.

De même que dans d'autres cultures, un autre style de comportement est réservé à la femme ayant ses règles : « (...) le contact avec les femmes qui sont réglées est tabou. Par exemple les indiens Creek de l'Oklahoma interdisent aux femmes de se servir des mêmes assiettes et couverts que les autres membres de la tribu quand elles ont leurs règles. » (Reynaud et Karila, 2009, p. 142).

C'est ainsi que la virginité est restée dissimulée à travers l'histoire et le temps. Ces ramifications oscillent entre la magie, la peur et l'interdit. Elle est véhiculée à travers la culture et les traditions qui lui confèrent, à des degrés différents, le contrôle vigilant, le tabou de l'inceste et la reproduction authentique. En nous appuyant sur les mêmes idées, M. Chebel (1998) a longuement travaillé sur la sexualité féminine. Il lui a accordé une place particulière. Il avance que « Dans tout temps et en tous lieux, la virginité de la femme a exercé sur l'homme de mystérieux effets : crainte et désir à la fois, elle s'est imposée dans le système des représentations collectives comme une catégorie désignant un être à part. Dans certaines régions, elle est le signe de la fertilité de l'épouse (...) dans d'autres au contraire, elle inspire méfiance et suspicion, d'où également les rituels de purification. » (Chebel, 1998, p. 91).

Il s'agit d'un processus psychosociologique qui intègre dans ses sillages un mode de vie, des règles et des conduites que toute personne doit suivre au prix de grands sacrifices. Si la jeune femme, surtout dans les milieux ruraux, se retrouve, par accident ou pour des raisons génétiques, pas vierge, les représailles sont impitoyables. La répudiation est, parfois, immédiate²¹. « La non-virginité, écrit Chebel, est comme la maladie mentale, un état inconcevable, une anomalie. Et si toutefois, suite à une

²¹ *L'une de mes patientes me consulte une dizaine de jours après son mariage. Elle est accompagnée par son mari pour un vaginisme sévère. Ils n'arrivaient pas à consommer le mariage. Ils vivaient dans un village loin d'Alger et le mari, face au retard cumulé pour passer à l'acte, s'inquiétait pensant aux réactions de son entourage. Il craignait d'être pris pour un impuissant. Après quelques séances, j'ai compris que la patiente vivait une crainte traumatique en rapport avec la perte de virginité. Les choses sont rentrées dans l'ordre après une année de psychothérapie.*

malencontreuse aventure, la fille a perdu son pucelage avant terme, la conséquence immédiate est sans appel : rejetée, laissée pour compte, son exil intérieur et sa mise en quarantaine effective viennent échouer sur le froid dédain de la collectivité » (Chebel, 1998, p. 99). Heureusement que ce genre de représailles se fait de plus en plus rare, notamment dans les grandes villes. Les couples de nos jours, vivent souvent la nuit de noce dans un hôtel. C'est une attitude extrêmement efficace. Elle permet à certains couples de démarrer en toute discrétion les premiers moments de leur vie ensemble.

Conclusion

Aux termes de ce parcours exploratoire sur le vécu socioculturel de la femme en rapport avec le développement sexuel, nous avons retenu, en gros, que l'équilibre psychoaffectif de la femme reste étroitement lié à son vécu familial, aux croyances et aux pratiques socioculturelles.

L'un des éléments essentiels retenus dans cette problématique, c'est qu'il reste extrêmement difficile de penser à un équilibre psychoaffectif et psychosexuel de la femme en Algérie. Nous ne pouvons aspirer à une sublimation ou à un dégagement des pulsions lorsque celles-ci sont cloîtrées dans un réseau de répression et d'inhibition. Parfois, ces interdits deviennent, avec le temps, comme une seconde nature. La jeune femme devient comme blasée, téléguidée, acceptant passivement tout ce qu'on lui propose.

En termes psychopathologiques, nous avons du mal à intégrer, à imaginer la femme souffrante dans un registre névrotique classique relevant de la dualité désirs-défenses. Les attitudes défensives en référence au refoulement sont, à notre sens, peu exprimées. Nous supposons que le conflit est plus profond. Il s'agit peut-être de quelque chose qui s'approche de la '*répression*' et du '*déni*'. Nous soulignons cela car, et compte tenu de ce qui a été développé dans ce chapitre, toutes les données partent en faveur d'un fonctionnement extrêmement rigide. L'affect est trop éloigné de la pensée, ce qui laisse apparaître une forme d'errance et de manque de structuration.

Nous pouvons également retenir que les croyances religieuses sont massivement adoptées. Elles sont comme un bon habillage adapté pour faire face aux différentes secousses ressenties et rencontrées au cours de son évolution. Ce comportement religieux reste un moyen favorable, une solution momentanément efficace pour absorber tout ce qui est interdit. De ce fait, la pensée devient malaxée à la religion. Il ne s'agit certainement pas d'un équilibre psychodynamique efficace, mais il dénonce la présence d'un malaise socioculturel généralisé.

CHAPITRE 4
Névrose, fonctionnement psychique

Introduction

Dans ce chapitre, nous aborderons la psychopathologie selon l'approche psychanalytique. Du moment que notre travail est focalisé sur la souffrance psychique des femmes, nous nous concentrerons sur la psychonévrose et les différents troubles qui s'y attachent.

La névrose obsessionnelle, névrose phobique et l'hystérie ont eu une part importante dans notre analyse. Nous avons retenu ces trois grands registres en raison de leur prévalence dans la clinique de tous les jours et leur imbrication, selon des degrés, dans le fonctionnement individuel. Afin de mieux éclaircir les choses, nous avons ajouté les aménagements limites et les différentes formes de dépression telles qu'elles sont décrites dans les grands manuels et telles qu'elles sont vécues et observées dans notre milieu.

Du moment que notre démarche est en grande partie clinique, elle a pour objet l'évaluation diagnostique de la souffrance. Nous avons vu l'utilité de donner un aperçu sur le fonctionnement psychique ainsi que les mécanismes de défense les plus importants. Ceci nous permet de donner une image claire à notre objet d'étude.

L'effet de la violence terroriste a été également abordé dans ce chapitre. Nous l'avons intentionnellement ajouté pour montrer comment une violence pourrait laisser des traces, parfois même indélébiles, sur le fonctionnement des personnes.

Nous terminerons ce chapitre en analysant les effets douloureux de cette violence. Le lien est vite fait avec le psycho-traumatisme, phénomène largement repéré dans les agissements de ces femmes. Nous aboutirons au fait que la psychopathologie des femmes souffrantes n'est qu'un résultat de tout un processus évolutif historique d'une longue période.

1- Classification psychiatrique troubles

1-1-La notion de névrose

Par définition, le terme névrose désigne une « affection caractérisée par des troubles nerveux sans causes anatomiques » (Le Robert). Par cette définition, nous retenons les termes '*affection*', '*trouble*', et '*cause anatomique*'. Pour '*affection*', il s'agit d'une manière d'être qui n'est pas naturelle. Elle contient aussi le sens de sentiment. Le mot '*trouble*' contient désordre, absence de cause organique. Nous retenons que la névrose est un sentiment inhabituel éprouvé par une personne suite à un désordre. L'origine de ce sentiment n'est pas organique.

Cette définition, donnée par Le Robert, apporte un bon éclaircissement, sauf que l'exclusion de l'origine organique est à revoir. Beaucoup de maladies psychiques peuvent ne pas avoir une origine organique, mais certaines maladies organiques telles que le cancer peuvent déclencher ce type d'affection. D'ailleurs, elles ont souvent l'appellation de dépressions *réactionnelles*.

En restant toujours dans les définitions, le Vocabulaire de psychanalyse (1967) précise que la névrose est une « affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'hystérie infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense. » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 267). Cette définition s'est limitée à deux éléments : le sens symbolique *des symptômes* ainsi que *l'hystérie infantile*. Cela reste insuffisant, car l'origine du trouble, dans cette définition n'est pas suffisamment intégrée.

Sur le plan classificatoire, le même ouvrage précise que les formes cliniques de la névrose « peuvent être rattachées à la névrose obsessionnelle, l'hystérie et à la névrose phobique ». (Ibid, p. 206.)²². Ceci facilite la classification en limitant la névrose aux trois registres psychopathologiques précédents. Il reste cependant utile de revenir à la nosographie psychiatrique pour mieux saisir les nuances surtout sur le plan symptomatique.

Dans cette perspective, les troubles névrotiques selon le DSM-5 n'ont pas une classification précise. En suivant la description des troubles, la névrose peut être rassemblée dans trois types : les troubles anxieux, les troubles obsessionnelles compulsif et apparentés et les troubles à symptomatologie somatique et apparentés (DSM-5, p. 221, p. 275, p. 365). Le dénominateur commun qui rassemble ces troubles c'est qu'ils perturbent tous l'équilibre psychologique interne et provoquent des difficultés relationnelles. Des anomalies somatiques et psychiques sont également observées à des degrés différents chez les sujets souffrants.

1-2- Névrose hystérique

Les troubles hystériques n'ont pas de classification dans le DSM-5. Ils peuvent se rapprocher, selon la même classification, dans les *troubles anxieux* (p. 221) et les *troubles à symptomatologie somatique* (p. 367).

Il s'agit, pour les premiers, « des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur ou d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées » (p. 221). Les seconds sont rencontrés chez des personnes présentant « des symptômes somatiques banals et multiples entraînant une détresse ou une altération significative de la vie quotidienne » (p. 368). Les deux définitions partagent

²²Le terme névrose paraît avoir été introduit par William Cullen (médecin écossais) dans un traité de médecine paru en 1777 (*First lines of the Practice of physics*). La deuxième partie de son ouvrage s'intitule « *Neurosis or Nervous Diseases* » et traite non seulement des maladies mentales ou 'vésanies' mais aussi de la dyspepsie, des palpitations cardiaques, de la colique, de l'hypocondrie et de l'hystérie. (Laplanche et Pontalis, 1967, P. 268)

à peu près les mêmes symptômes. Il s'agit d'une sensibilité excessive à tout changement susceptible d'entraver l'équilibre psychique. Ce changement peut être déclenché par un élément extérieur ou intérieur.

1-3-La névrose phobique

La névrose phobique n'a également pas de classification précise dans le DSM-5. En énumérant les différents troubles, nous avons retenu celles qui se rapprochent le plus du fonctionnement phobique. Il s'agit des troubles *anxieux* (p. 221). Ils sont répartis en une dizaine de troubles.

Cette classification les définit comme suit : « les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. La peur est une réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future » (p. 221). Selon cette définition, nous retenons, comme la précédente classification, que le sentiment d'insécurité reste central. Il peut entraver durablement l'équilibre psychique de la personne.

1-4-La névrose obsessionnelle

La névrose obsessionnelle n'a également pas une définition spécifique dans la nouvelle classification donnée par le DSM-5. Le fonctionnement obsessionnel peut être relevé dans la classification donnée au chapitre relatif aux *troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés* (p. 275). « Les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés incluent le trouble obsessionnel compulsif, l'obsession d'une dysmorphie corporelle, la thésaurisation pathologique, la trichotillomanie ». La liste est encore longue incluant d'autres anomalies liées toutes aux troubles obsessionnels. Nous citons également, dans cette catégorie, des troubles dits « *apparentés non spécifiques* (par exemple les comportements répétitifs pathologiques centrés sur le corps, jalousie obsessionnelle) » (p. 275)

Il est nécessaire de préciser que ces différentes classifications partent dans une vision descriptive. Cette dernière est certainement utile à l'évaluation symptomatique des troubles névrotiques. Il est utile cependant d'ajouter d'autres éléments qui puissent nous éclairer sur la nature du fonctionnement psychique de chaque pathologie. Cette vision reste importante pour le clinicien afin de donner une évaluation diagnostique et parfois pronostique sur le devenir de la personne. Dans cette vision, et dans notre pratique clinique, nous restons parfois perplexes face à une forte symptomatologie agissant dans un élan dépressif aigu. Mais ce pic peut se calmer assez rapidement dès la prise d'antidépresseurs ou après un soutien sensible offert par la psychothérapie.

Il est utile, par ailleurs, de rappeler que certaines décompensations peuvent surgir suite à une grande frustration ou un choc inattendu (décès d'un proche, déception amoureuse). Ceci peut s'inclure dans les troubles d'allure rationnelle. Ces derniers

peuvent afficher une forte angoisse avec des symptômes handicapants. Le clinicien, face à ce type de pathologie, a souvent du mal à leur donner une appellation. D'ailleurs, nous nous rabattons souvent vers le DSM-5 pour essayer de leur trouver une classification. C'est ainsi que la classification donnée par le DSM-5 nous met à l'aise dans sa vision. Il regroupe ces types de troubles dans la rubrique : *Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress* (p. 313). Sous cette appellation, nous avons énuméré une douzaine de troubles. La définition première donnée est la suivante : des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Ils comprennent les troubles réactionnels de l'attachement, la désinhibition, du contact social, le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation » (p. 313)

Afin de compléter notre réflexion, il nous semble important d'ajouter que les troubles névrotiques sont réservés à la '*psychonévrose*' ou '*névrose actuelle*'. Il s'agit d'une appellation psychanalytique mais « l'origine du trouble n'est pas à chercher dans les conflits infantiles, les symptômes n'ont pas une valeur symbolique, mais il est en rapport avec l'insatisfaction sexuelle. » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 271). Sous cette appellation est incluse la névrose d'angoisse, la neurasthénie et l'hypochondrie.

La névrose actuelle, selon la définition précédente, nous intéresse à plus d'un titre. Elle enrichit notre vision dans le sens où notre approche démarre de l'idée de la prégnance de la pesanteur sociale est dominante chez les patients qui nous consultent. Qui dit pesanteur sociale, dit inhibition, freinage psychosexuel. Ceci nous intéresse spécialement car il nous aide à appréhender en partie la souffrance dans le cadre de la névrose actuelle.

En nous appuyant sur les données théorico-cliniques précédemment développées, nous essayerons à présent de retenir trois grands registres psychopathologiques, à savoir : la névrose obsessionnelle, la névrose phobique et la névrose hystérique. L'analyse de ces trois fonctionnements nous aidera à mieux nous situer sur le mode d'approche psychopathologique des personnes qui nous consultent.

2- Classification des troubles selon l'approche psychanalytique

2-1-La névrose obsessionnelle

Il s'agit d'une pathologie handicapante. Le terme obsession désigne le fait qu'il y ait une idée, une pensée, un acte qui s'impose à l'esprit et le sujet a du mal à s'en débarrasser. La personne vit un véritable handicap. Toute l'énergie psychique est mobilisée pour écarter des idées, des pensées considérées comme néfastes.

Le vocabulaire de psychanalyse aborde la névrose obsessionnelle comme étant « un mode de pensée que caractérise notamment la rumination mentale, le doute, le scrupule et qui aboutit à des inhibitions de la pensée et de l'action » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 281). C'est ainsi que la personne devient dépendante de cette lutte incessante.

La rigidité de la pensée et le contrôle important de cette dernière crée à la longue, un épuisement et une fatigue psychique handicapante. A préciser que le degré du handicap est en rapport avec le poids et la profondeur du conflit. Plus le conflit est profond et plus le symptôme est paralysant. Néanmoins, nous pouvons parler d'un fonctionnement obsessionnel au sens de la rigidité de la pensée sans qu'il y ait des symptômes handicapants.

Sur le plan de l'origine des troubles, la névrose obsessionnelle est souvent rattachée à une fixation importante au stade anal. « Fixation au stade anal, et régression du point de vue topique, enfin relation sado-masochique intériorisée sous la forme de la tension entre le Moi et un Surmoi particulièrement cruel » (Ibid, P. 284).

Sur le plan du contenu de la pensée, l'obsessionnelle nous frappe par « la stérilisation de l'affectivité car chez l'obsessionnelle, la pensée se substitue aux actes au point où il y a disparition quasi-totale de la spontanéité » (Bergeret, 1979, p. 154). Enfin, les principaux mécanismes utilisés sont : l'isolation, la formation réactionnelle et l'annulation. Ce sont des mécanismes utilisés pour écarter, coûte que coûte, l'affect de la représentation.

2-2. La névrose phobique

Si la névrose obsessionnelle répond à un registre bien déterminé, la névrose phobique ne répond pas au même cadre. Elle peut être considérée comme une marque ou un indice indiquant que la personne agit dans une allure phobique. « Les symptômes phobiques se rencontrent dans diverses affections névrotiques et psychotiques. » (Laplanche et Pontalis, p. 179). C'est dans ce sens que nous ne pouvons pas lui accorder une entité particulière.

Si par ailleurs la phobie prédomine toute la structure, dans ce cas, on peut évoquer la structure phobique. « Il existe une névrose phobique où la phobie constitue le symptôme central. » (Ibid, p. 179). C'est-à-dire que le symptôme dominant, qui est principalement l'évitement, domine l'ensemble du comportement du sujet.

Par ailleurs, certains auteurs partent de l'idée que la phobie est un fonctionnement qui indique l'immaturation du processus évolutif. Elle indique « la marque de l'inachevé, d'un processus de symbolisation. À la différence de ce qui rend possible la séparation avec la mère, la phobie maintient qu'on peut toujours y retourner. Elle témoigne d'un arrêt du sujet dans sa structuration, mais aussi du mouvement propre à la vie psychique » (Diamanti, 2003, p. 28). Cette définition indique qu'il y a une difficulté à se détacher du premier objet d'amour. Le problème d'individuation est donc bien posé.

Nous soulignons également que « L'état phobique est une pathologie du narcissisme primaire, elle renvoie à l'inséparable. (...) Le désir incestueux de non-séparation empêche toute alliance, toute altérité. Il constitue la racine profonde de tous les liens humains, à commencer par le tout premier, celui de la mère et son enfant » (Ibid, p. 248). L'auteur évoque certainement ici le cas le plus sévère de la phobie. La relation

duelle est ici prédominante. Le sujet n'a pas encore suffisamment de moyens d'aller vers la triangulation.

Les mécanismes de défense les plus utilisées dans le fonctionnement phobique sont variés. Il utilise parfois ceux en rapport avec l'obsession comme l'isolation et parfois, nous pouvons rencontrer le refoulement comme dans l'hystéro-phobie.

2-3. La névrose hystérique

Le terme 'hystérie' se rapporte à l'utérus (du grec *huttera*, matrice, utérus). La référence est faite à la sexualité féminine. La définition donnée par le Vocabulaire de la psychologie d'Henri Piéron est : « Affection mentale caractérisée surtout par une exagération considérable de la suggestibilité qui se traduit par une étonnante plasticité de la personnalité, d'où toute une série de manifestations fonctionnelles d'apparence organique : paralysie, troubles sensoriels, crises nerveuses, sommeil, catalepsie, ...etc. » (Perron, 1987, p. 218). Cette large définition est sans doute l'une des références importantes et utiles à l'étude clinique.

Le vocabulaire de psychanalyse donne à l'hystérie une définition plus profonde. L'intérêt est plutôt porté à l'aspect symbolique et conflictuel. « Le conflit psychique vient se symboliser dans les symptômes corporels les plus divers, paroxystiques ex : anesthésie, paralysie et l'hystérie d'angoisse où l'angoisse est fixée d'une façon plus ou moins stable à tel ou tel objet extérieur » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 178). La description symptomatique ici est rattachée à une représentation qui détermine, sur le plan inconscient, la nature du conflit et son origine. « La spécificité de l'hystérie est cherchée dans la prévalence d'un certain type d'identification, de certains mécanismes (notamment le refoulement souvent manifeste), dans l'affleurement du conflit œdipien qui se joue principalement dans les registres libidinaux phallique et oral. » (Ibid, p. 178)

A travers ces exposés, nous ne retenons que l'anomalie observée, que ce soit sur le plan symbolique ou comportemental, a nécessairement une origine psychique. C'est d'ailleurs ce qui exclue toute organicité. Dans ce sens, nous pouvons parler de fonctionnement hystérique ou d'hystérie phobique.

Par ailleurs, Lepeltier (2004) a largement analysé le sens et la valeur clinique et psychopathologique de la crise hystérique. C'est une contribution enrichissante pour l'étude de l'hystérie. Dans le volet consacré à l'étymologie du concept, l'auteur a relevé six versions : « Aujourd'hui *hystérie* est utilisée pour désigner différents champs sémantiques dont nous analyserons les six principaux : une vision péjorative de la féminité, des réactions émotionnelles électives, des formes particulières d'anxiété se propageant dans une collectivité déterminée, la personnalité hystérique, l'hystérie de conversion et la névrose hystérique enfin. » (Lepastier, 2004, p. 71). Ceci confirme que le terme hystérie, en l'utilisant dans ses plusieurs versions, peut prêter à confusion et peut dénaturer le sens et la valeur cliniques du concept. Nous partageons aisément l'avis de l'auteur lorsqu'il dénonce l'utilisation péjorative du terme hystérie. « Dire d'un sujet qui est hystérique, dans cette acception, l'est dans une intention péjorative,

volontiers misogyne. Il serait fastidieux, de faible intérêt pour notre propos et cruel de relever les publications scientifiques imprégnées par cette vision » (Ibid, p. 72).

Nous retenons à travers cet écrit qu'il est difficile et délicat d'appréhender l'hystérie que si nous la rattachons au fonctionnement psychique dans sa totalité. Un signe extérieur, un symptôme isolé, n'a une grande signification que s'il est rattaché à un ensemble de paramètres. Il inclut, tout à la fois, la psychogenèse et la globalité du fonctionnement.

2-4. Les aménagements limites

Si les névroses obsessionnelles et les hystériques ont une organisation plus ou moins stable et distincte, de par la nature de l'angoisse et le type des relations d'objet, il serait autrement pour les états-limites. D'abord de par leurs caractéristiques qui sont structurées. Les symptômes rencontrés sont tellement sévères qu'ils peuvent virer vers l'obsession grave ou le délire psychotique.

Par ailleurs, lorsque les défenses obsessionnelles deviennent inefficaces, la personne peut aller vers des défenses plus archaïques. C'est certainement dans ce sens que l'approche de Bergeret trouve sa pertinence. Il précise que « dans le cas où l'indice d'hystérisation est faible, voire inexistant, l'intensité des éléments dépressifs est constante. Les névroses obsessionnelles, dont les éléments psychasthéniques ou de caractère sont fréquents, apparaissent dès lors comme des états-limites dont l'aménagement névrotique reste précaire » (Bergeret, 1979, p. 159).

Il est à retenir que ces personnes n'ont pas suffisamment de moyens psychiques qui leur permettent d'aller vers la névrose. Quand on parle de moyens, on parle évidemment de mécanismes psychiques qui sous-tendent la triangulation œdipienne. Le conflit est plutôt situé dans la dualité et non pas dans la triangulation. En évoquant la dualité, nous pensons aux premiers liens, voire les premières relations d'objet.

Ceci est bien analysé par Corcos (2013) dans ses écrits sur le fonctionnement limite. Il précise que « le processus de refoulement de la problématique œdipienne, ici plaquée, dans son double versant incestueux et parricide, est massivement défaillant, rendant prévalent des mécanismes de défense à type de clivage, déni, identification projective, forclusion et alternance idéalisation/dé idéalisation » (Corcos, 2013, p. 161)

Il est à préciser également que le fonctionnement limite peut avoir un problème au niveau de la symbolisation. Cette dernière, qui est appelée à adoucir et transformer les pulsions, est souvent défaillante. « Lorsque le système symbolique de représentation n'est plus stable jusqu'à devenir absurde, il accentue le déséquilibre des plus vulnérables et favorise leur passage à l'acte » (Ibid, p. 17). Le passage à l'acte, ici, veut dire une difficulté à contrôler ou renoncer aux désirs. Une certaine faille est observée au niveau de la gestion et la maîtrise de ces derniers.

Une des hypothèses à avancer, ici, reste liée à la difficulté de mentalisation. Ce qui laisse le champ ouvert aux risques de la maladie somatique. « Les états-limites, comme

tous les troubles narcissiques, sont très vulnérables aux somatisations du fait de la carence du fonctionnement imaginaire, de difficultés majeures dans les processus de symbolisation, et d'un rapport à la réalité marqué par un évitement de la confrontation à la réalité psychique. » (Ibid, pp. 21-22)

Par ailleurs, des études importantes²³ ont tenté de trouver des liens entre les états-limites et la nature des premières relations mère-enfant. Ces études « révèlent un attachement insécuré et 'désorganisé', fortement corrélé à des attitudes maternelles chaotiques et incohérentes » (Ibid, p. 130).

En résumé, et tout compte fait, les aménagements limites appartiennent à des personnes ayant subi de grands conflits liés aux premières relations objectales. Ils ont souvent des difficultés inter et intrapsychiques. Il semble que les premières relations objectales sont tellement défailtantes chez elles qu'ils ont du mal à nouer des relations de réciprocité efficaces et évolutives avec l'autre.

3-La dépression

Dans le langage courant, le mot '*dépression*' signifie baisse de tension, manque d'élan vital, de vivacité, corps amorphe qui fonctionne au ralenti, ...etc. Celles-ci restent des descriptions superficielles et comportementales. Parfois aussi, lorsqu'on parle de dépression, nous évoquons implicitement la folie, la maladie mentale. Lorsqu'on désigne telle personne n'ayant fait une dépression, cela implique, quelque part, un passage momentané ou durable d'une période de '*folie*'.

Sur le plan de la classification, le DSM-5 définit la dépression comme faisant partie d'un épisode *dépressif majeur*. Elle est caractérisée par une « humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines » (DSM- IV, p. 403).

La vision psychanalytique, quant à elle, a accordé une importance particulière à la dépression. Dans *Deuil et mélancolie* (1915), Freud donne au travail du deuil une place considérable. Après la perte d'un être cher, toute l'énergie psychique est accaparée par les souvenirs liés à la personne décédée. Le manque d'intérêt au monde extérieur reste une des caractéristiques de cet état.

Par ailleurs, la position dépressive décrite par R. Spitz (1946) reste un repère important pour la dépression. Toutes les observations de l'auteur se sont focalisées sur le changement observé sur le comportement de l'enfant privé de sa mère. La fameuse '*dépression anaclitique*' reste caractérisée chez l'enfant privé de sa mère par : le repli

²³Deux études importantes ont été citées par Corcos M. (2013). La première a été réalisée par Lyons Ruth et al. (2005) « Expanding the concept of unresolved mental states: hostile helpless states of mind on the AAI (Attachment Adult Interview) are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization ». *DEV Psychopathology Winter*, PP. 1-23. La deuxième par Madigan S. et al. (2006): « Unresolved states of mind, disorganized attachment relationships and disrupted interactions of adolescent mothers and their infants » *Dev Psychopathology*, PP. 293-304.

sur soi, la rigidité et parfois l'auto-agressivité. Ce comportement peut être également rencontré chez l'adulte vivant un passage dépressif (Spitz, 1953).

Mélanie Klein (1959), à son tour, a largement analysé la nature de la relation du bébé avec sa mère. Elle a développé la fameuse position dépressive du tout-petit. « Elle est caractérisée par les faits suivants : l'enfant est désormais capable d'appréhender sa mère comme objet total ; le clivage entre '*bon*' et '*mauvais*' objet s'atténue, les pulsions libidinales et hostiles tendent à se rapprocher au même objet, cette angoisse (...) est surmenée quand l'objet est introjecté de façon stable et sécurisante » (cité par Gammil, 2007, pp. 26-27). La dépression sévère observée chez l'adulte est en rapport avec les premières relations mère-enfant. Si cette position a été suffisamment élaborée durant l'enfance, à l'âge adulte, la personne développera suffisamment de moyens psychiques qui lui permettent d'élaborer, voire compenser l'objet perdu.

La vision psychosomatique de Marty (1967) a également largement analysé le concept de '*dépression*'. Elle est en relation directe avec le corps et ses diverses fonctions. Ce courant de pensée centre l'intérêt sur l'appréhension dans la globalité du somatique et du psychique. L'équilibre psychique et son fonctionnement influence directement l'équilibre somatique. La '*dépression essentielle*', chez les adeptes de ce mouvement, est caractérisée par un type de comportement qu'on peut observer chez certaines personnes. Ils ont tendance à s'exprimer avec l'action et le comportement. Ils ont souvent du mal à éprouver ou exprimer leurs ressentiments. Il s'agit d'un comportement machinal automatisé. Il y a comme un assèchement de la vie affective et le préconscient ne joue pas suffisamment son rôle d'équilibreur. Quand cet état est durable, la personne peut développer des maladies somatiques qui peuvent être parfois graves. Les formes cliniques observées chez les personnes qui peuvent développer la dépression essentielle ont les caractéristiques suivantes : « ce sont celles ayant : une névrose de comportement mal mentalisée, désorganisation du préconscient, indisponibilité des représentations par évitement massif ou répressions durables des représentations » (Marty, 1991, p. 45)

Prenant en ligne de compte ces différentes approches, nous retenons que la dépression, quelle que soient ses formes et malgré les divergences des points de vue, elle annonce souvent une rupture d'un processus. Cette rupture a certainement un sens et une origine. Elle survient souvent lorsque le sujet est menacé dans son équilibre interne, suite à une insécurité émanant de l'intérieur ou de l'extérieur. Elle survient brusquement ou lentement lorsqu'un lien ou des liens, qui jadis étaient fonctionnels, se coupent ou s'arrêtent. « La dépression disait, C. Chabert, est toujours une douleur intime et une douleur dans le lien. La douleur est une expérience intense dont nous avons rencontré diverses faces (...) : la douleur d'être, la douleur de la séparation, la douleur de la perte, la douleur du désir désormais irréalisable, la douleur de la séparation, la douleur narcissique » (Chabert, 2013, p. 410). Le mot douleur, qui est maintes fois répété par l'auteur, veut dire douleur morale intense et durable.

Sur le plan clinique, les signes de la dépression sont nombreux et variés. Parfois, ils sont difficilement repérables, sauf par des spécialistes ou personnes proches. C'est le cas de la dépression masquée. Le sujet garde un certain 'look' extérieur stable mais il peut lâcher d'une façon imprévisible pour laisser apparaître une forte douleur. C. Chabert (2013) a largement montré les signes cliniques de la dépression. Il s'agit d'« humeur dépressive douloureuse, suppression de l'intérêt pour le monde extérieur, perte de la capacité d'amour, inhibition de l'activité et abaissement du sentiment de soi sous forme d'auto-reproche et auto-injure susceptible, dans les cas où les mouvements sont les plus extrêmes, de se transformer en quête délirante de punition » (Ibid, p. 410).

Nous ne pouvons terminer ce volet sans parler des séparations et des deuils. Partant de l'idée que l'évolution humaine est une succession de séparations, chaque séparation provoque un deuil ou parfois des deuils. C'est un processus évolutif indispensable à toute évolution. Pour que cet état se poursuive sans trop de dégâts, il a besoin d'une atmosphère adéquate et une mise en place de tout un ensemble de conditions psychiques et matérielles. C'est un dispositif sensible et bien veillant qui accompagne l'évolution de la personne. Il s'agit « d'une réaction normale à la perte d'un objet aimé, il impose une expérience douloureuse et un travail de désinvestissement progressif, parce que la prise en compte de la réalité de la perte est maintenue. » (Chabert, 2013, p.193). La perte dont parle l'auteur est parfois nécessaire pour retrouver d'autres objets sur lesquels la personne peut s'investir pour aller vers d'autres étapes.

Dans certains cas, on peut se retrouver face à une difficulté à trouver des objets de substitutions assurant le travail du deuil. C'est certainement dans ce genre de situations que nous parlons de dépression grave. Le sujet doit passer une longue période et nécessite une aide médicale et psychologique pour y faire face.

4- Fonctionnement mental

Par fonctionnement mental, nous entendons la manière et les moyens utilisés par une personne pour gérer et contrôler les pulsions. Ces dernières ne sont qu'un moteur propulsant sans cesse l'avenir et la réussite. Il est connu que le principe de plaisir et le principe de réalité sont un duel qui coexiste parallèlement et accompagne l'individu toute sa vie. Pour que la personne maintienne son équilibre psychique, il faut qu'elle arrive à tenir compte des deux éléments. Elle est appelée à satisfaire les différents désirs tout en tenant compte de la réalité.

Dans son ouvrage '*Genèse de la personnalité*', R. Perron (1985) a donné une description minutieuse au fonctionnement mental. Il le décrit comme une structure complexe caractérisée par trois éléments : la globalité, la cohérence et la permanence dans le temps (Perron, 1985, p. 8-10).

Par cette description, l'auteur donne l'essentiel de ce qui nous intéresse. Nous avons retenu que la '*globalité*' veut dire une certaine perception harmonieuse que nous

développons sur une personne. Cette harmonie entre les éléments internes constituant la personne fonctionne d'une façon globale qui nous donne une certaine description de la personne telle que gentillesse, calme, etc. La '*cohérence*' veut dire qu'il y a une certaine harmonie dans les actes, les attitudes et la pensée d'une personne. Cette harmonie nous permet de la situer et la distinguer parmi plusieurs autres personnes. La '*permanence*' dans le temps voudra dire que ce style d'action harmonieux s'installe durablement et la personne le maintient durant une longue période de sa vie, sauf dans le cas d'une désorganisation psychique ou somatique (lors d'une décompensation) qui risque de remettre en cause l'équilibre entier de la personne.

Les différentes caractéristiques avancées par Perron nous éclairent sur une certaine force interne qui régit, avec des lois psychiques, le fonctionnement de la personne. C'est ce qui fait qu'une personne soit différente d'une autre. La différence, ici, ne se limite pas seulement à l'aspect extérieur, mais elle est également en rapport avec le type de mécanismes de défense et la nature des relations d'objet. Nous ne pouvons évidemment négliger l'importance de l'aspect extérieur comme la mimique, le type d'habillement, ...etc.). Ceux-ci restent des indices importants, mais insuffisants pour évaluer le poids et la force du fonctionnement mental.

Par ailleurs, lorsqu'on évoque le terme de *fonctionnement*, nous faisons référence à une structure. Cette structure doit sa vie et son harmonie à des lois qui sous-tendent l'équilibre. C'est dans ce sens que le concept mental est défini par d'autres chercheurs comme étant « des activités vigiles de la conscience en relation avec le système de représentation qui les sous-tendent et qui se déploient à travers les activités associatives proches des conditions du rêve (synchronique et diachronique) de l'activité cérébrale et pulsionnelle aboutissant à un ensemble complexe d'activité de liaison et de déliaison. Il englobe ainsi le concept de pensée représentative, de l'activité symbolique et de l'activité conceptuelle » (Schmid-Kitsikis et al, 1991, p. 20)

Cette vision nous amène à développer le concept de '*structure*' et voir comment il se construit et comment il fonctionne. En nous situant dans la vision psychanalytique, la structure se construit « à partir de la naissance en fonction de l'hérédité pour certains facteurs, mais surtout du mode de relation aux parents dès les tous premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des défenses organisées par le Moi pour résister aux poussées internes et externes et des pulsions du ça (...) » (Bergeret, 1979, pp. 128-129).

L'auteur a donné, dans sa définition, les éléments essentiels qui déterminent le style de fonctionnement d'une personne. Il fait ainsi allusion aux premières relations objectales. Beaucoup de chercheurs ont sérieusement étudié l'origine du fonctionnement psychique. Nous citons, entre autres, la position dépressive de M. Klein (1969), l'objet transitionnel de Winnicott (1965), le Moi-peau d'Anzieu (1995). Ils ont tous contribué à analyser la relation psychoaffective entre la mère et son enfant. Ils ont ainsi dégagé les éléments de base constituant la personnalité.

Nous allons nous arrêter chez Klein et Winnicott pour détailler un peu plus leurs visions. Cela ne veut pas dire évidemment que les autres théories sont moins importantes. Nous avons retenu celle de M. Klein et D. Winnicott en raison de leur relative pertinence et la possibilité de les vérifier dans notre milieu. Pour le premier, le fait que le jeune enfant n'arrive pas à dépasser la position dépressive, en rassemblant le 'bon' et le 'mauvais' objet en une seule entité, ceci pourrait entraver son équilibre ultérieur. L'attitude de la mère et les soins maternels sont en grande partie responsables du bon déroulement de cette étape. A l'âge adulte, nous observons clairement ceci dans le comportement contradictoire anémique que peuvent véhiculer certaines personnes. Pour le deuxième chercheur, sa théorie est clairement vérifiable chez certaines personnes ayant un comportement immature. Ils cherchent l'étayage et la dépendance à d'autres personnes. Ces personnes ont certainement du mal à intérioriser l'objet transitionnel. Du coup, ils montrent un fonctionnement qui manque d'autonomie.

En nous référant uniquement à ces écrits, nous saisissons la complexité liée à la genèse de la structure et son mode de fonctionnement. Sachant au préalable que tout enfant (personne) démarre sa vie par une forte énergie pulsionnelle. Cette énergie est sous-tendue par l'amour et la haine. Sa personnalité se façonne, se structure, prend forme en fonction des premiers soins maternels et peut-être même avant. C'est à partir de là que les premiers indices du moi commencent à fonctionner. C'est également à ce moment que commence la mise en place des premiers mécanismes de défense.

5-Mécanismes de défense

Le Vocabulaire de la psychanalyse donne aux mécanismes de défense la définition suivante : « différents types d'opération dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalant sont différents selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif » (Laplanche et Pontalis, p. 234). Ils sont donc utiles pour maintenir l'équilibre du sujet contre les pressions émanant de l'intérieur (pulsion) ou de l'extérieur (exigences extérieures).

Anna Freud (1936), dans son ouvrage '*Le moi et le mécanisme de défense*', a mis en valeur l'importance et l'utilité de ces mécanismes. « Le moi, disait-elle, n'est pas seulement en conflit avec les rejetons du ça qui essayent de l'envahir pour avoir accès au conscient et à la satisfaction. Il se défend avec la même énergie contre les affects liés à ces pulsions instinctuelles » (Freud, 1936, p. 32).

Jean Bergeret, dans son ouvrage *Psychologie Pathologie* (1979) a développé tout un chapitre sur les mécanismes de défenses. Pour les définir, il a entièrement adopté l'approche d'Anna Freud. Il s'agit, dit-il, « d'une activité du moi destinée à protéger le sujet contre une trop grande exigence pulsionnelle » (Bergeret, 1979, p. 84). Cette définition est suffisante. Elle accorde une importance capitale à l'équilibre qui s'opère entre les désirs et les défenses.

Afin de mieux éclaircir la nature et la fonction des mécanismes de défense, nous donnerons un aperçu sur les plus importants :

5-1-Refoulement

Le Vocabulaire de psychanalyse le définit comme « opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Le refoulement se produit dans le cas où la satisfaction d'une pulsion susceptible de procurer par elle-même du plaisir risquerait de procurer du déplaisir à l'égard d'autres exigences » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 302). Il s'agit donc d'une action d'élimination hors du conscient une pensée gênante. Il ajoute plus loin : « Il ne porte pas sur la pulsion en tant que telle, mais sur ses signes, ses 'représentations' qui n'accèdent pas à la conscience et auxquels la pulsion reste fixée. Ainsi, se trouve créé un premier noyau inconscient fonctionnant comme pôle d'attraction à l'égard des éléments à refouler » (Ibid, p. 395).

Bergeret évoque le rôle équilibreur de ce mécanisme. Lorsque ce dernier échoue à assurer cette mission, nous pouvons parler *de retour du refoulé*. « Il s'exprime selon trois possibilités : soit une simple 'échappée' (rêve, fantasme); soit sous une forme plus anodine (lapsus, acte manqué), soit des manifestations franchement pathologiques, échec réel du refoulement » (Bergeret, 1979, p. 89). Cette définition reste importante car elle montre que le refoulement réussi ne laisse échapper aucune fuite dénonçant le désir profond du sujet. Par contre, lorsque ce refoulement est massif, il contrôle sévèrement toutes les activités du moi. C'est dans ce contexte que nous pouvons parler de pathologie.

5-2-Formation réactionnelle

Elle est définie par le vocabulaire de psychanalyse comme une « attitude ou habitus psychologique de sens opposé à un désir refoulé, et constitué en réaction contre celui-ci (pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes par exemple). En terme économique, la formation réactionnelle est un contre-investissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 169).

Ce mécanisme est important car il permet à la personne de neutraliser, même momentanément, les pulsions non acceptées. « La haine contre une personne aimée est refreinée par un surcroît de tendresse et d'appréhension anxieuse à son égard » (Freud, 1926, p. 26).

Ces mécanismes restent acceptables si cela ne perturbe pas l'équilibre du sujet. « Si les formations réactionnelles deviennent trop systématiques, trop impératives, trop rigides, on entre alors dans la pathologie caractérielle, dans les névroses classiques. Elles demeurent puissantes, mais limitées à un type déterminé, spécifique au mode des relations d'objet de chaque norme forme de névrose » (Bergeret, 1979, p. 87).

C'est dans ce sens que nous avons parfois du mal à évaluer leur importance et leur poids tout en évaluant les autres mécanismes.

5-3 Isolation

Ce mécanisme est défini comme étant « typique à la névrose obsessionnelle, et qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 215).

Il s'agit donc d'un travail minutieux et coûteux en énergie. Il consiste à créer une barrière étanche empêchant la représentation de réactiver des affects. Ce travail est utile car il protège le sujet contre des ressentiments douloureux insupportables.

« Si l'expérience traumatisante n'est pas refoulée dans l'inconscient, elle est privée de son affect et ses relations associatives sont réprimées ou rompues de sorte qu'elle persiste comme si elle était isolée et qu'elle n'est pas reproduite dans le cours de l'activité de pensée » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 216). Ceci étant, il est difficile de maintenir ce mécanisme en activité pour une longue période. Le risque peut entraîner une grande rigidité de la psyché. La perte de souplesse peut créer un problème d'adaptation relationnelle.

5-4 Intellectualisation

C'est un mécanisme important pour l'équilibre. Il permet de transformer l'énergie pulsionnelle en un symbole créatif ou en une activité intellectuelle. « Elle permet de maîtriser les affects en évitant au sujet de se confronter à son implication dans une situation conflictuelle » (Chabrol et al, 2013, P. 48). C'est un véritable compromis richement trouvé non seulement pour garder l'équilibre mais également pour réaliser des réussites importantes.

L'intellectualisation est plutôt pour reprendre les propos d'Anna Freud, « l'un des pouvoirs acquis les plus généraux, les plus anciens et les plus nécessaires du Moi humain » (cité par Laplanche et Pontalis, 1990, p. 204). L'intellectualisation peut être un intermédiaire efficace entre l'affect et la représentation. Elle aide ainsi la pensée à s'assouplir avec moins de tension.

5-5 Identification

C'est un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications ». (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 187). C'est ce qui permet à la personne d'accepter et de ressembler à une personne importante dans la vie du sujet.

Bergeret, dans *Psychologie pathologique* (1979), précise que l'identification est « une activité du Moi indispensable à son développement » (Bergeret, 1979, p. 91). Il existe « une identification primaire liée à l'incorporation orale. L'objet doit être dévoré sans

distinction préalable entre tendresse et hostilité, ni entre Moi et non Moi dans ce mouvement essentiellement prégénital qui vise à préciser l'identification de base du sujet » (Bergeret, 1979, p. 91).

C'est un mécanisme essentiel, opérationnel dès la naissance. L'identité sexuelle, jusque-là, n'est pas prise en ligne de compte. Ce n'est que par la suite que l'enfant quitte le premier objet (la mère) pour aller vers le parent opposé. C'est à partir de là qu'il cherche à lui ressembler. « L'enfant, en renonçant, d'abord, à incorporer le parent aimé, puis en renonçant à l'idée d'un commerce sexuel avec lui, va se consoler en absorbant les qualités représentées pour lui par cet objet » (Bergeret, Ibid, p. 91). L'identification est donc un mécanisme d'une grande importance. Il permet à la personne de se structurer en tant qu'homme ou femme adulte sexué.

5-6 Clivage

Le clivage du moi est un mécanisme de défense « employé par Freud pour désigner un phénomène bien particulier qu'il voit à l'œuvre surtout dans le fétichisme et les psychoses. La coexistence au sein du Moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement » (Ibid, p. 67).

Si les défenses précédentes sont souvent utiles et efficaces, le clivage relève plutôt de la pathologie. Car « faire coexister deux procédés de défense, l'un tourne vers la réalité (déli), l'autre vers la pulsion, ce dernier pouvant d'ailleurs aboutir à la formation de symptômes névrotiques (symptômes phobiques par exemple) » (Ibid, P. 69). C'est dans ce sens que nous ressentons l'aspect anormal des choses. « Lorsque le petit enfant commence à introjecter ses objets, qu'il ne connaît que très vaguement et sous la forme d'organes séparés, la peur de ces objets séparés déclenche comme nous l'avons vu, les mécanismes d'expulsion et de projection; il en résulte l'interaction de deux mécanismes de projection et d'introjection qui pourraient avoir une importance fondamentale, non seulement pour la formation du Surmoi, mais pour la relation avec les personnes et pour l'adaptation à la réalité » (Klein, 1973, P. 156). Toute la force du moi réside du fait de pouvoir maintenir l'équilibre en intériorisant les deux mécanismes.

5-7 Dénégation

Laplanche et Pontalis la définissent comme étant « le procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 112). Le fait de nier cette représentation reste important pour l'équilibre du sujet. Il utilise tout pour se défendre, en justifiant que telle représentation ne lui appartient pas. « (...), 'Je n'ai pas pensé cela' écrit J. Bergeret, vaut plus qu'une affirmation ». (Bergeret, 1984, p. 95). C'est une lutte subtile utilisée par le sujet pour tenter de refouler une ou des représentations qui tentent d'échapper au contrôle. A préciser que la dénégation

fait partie des mécanismes relevant de la rigidité du fonctionnement. En termes cliniques, nous pouvons la rencontrer souvent dans les névroses obsessionnelles.

5-8 Dén

C'est un mécanisme très archaïque et est souvent rencontré chez les fonctionnements limites, pervers et parfois psychotiques. L'origine de ce mécanisme est tout à fait au début du processus primaire. « C'est un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 115).

Si la personne refuse d'admettre une certaine réalité, cela veut dire qu'elle n'a pas de moyens psychiques qui lui permettent de l'admettre. Il s'agit d'une faille importante qui ne permet pas à la personne d'appréhender l'objet dans son ensemble.

« Le déni est un mécanisme jouant essentiellement dans les psychoses et dans les perversions : mais dans cette dernière, le déni ne porte que sur une partie très focalisée de la réalité » (Bergeret, 1984, P. 96).

Il est important de préciser que « Dans le déni, l'information écartée n'est pas rejetée dans l'inconscient comme dans le refoulement. Elle reste accessible à la conscience, mais quand elle se présente dans le champ de l'attention consciente, elle est refusée et écartée » (Chabrol et al, 2013, p. 58). Ceci nous amène à dire que le déni est parfois utile car il permet à la personne d'éliminer, même momentanément, l'évènement ou le souvenir traumatisant.

Nous n'allons pas trop nous étaler sur ces mécanismes qui sont très nombreux pour les citer tous. Nous avons seulement décrit ceux qui reviennent le plus et ceux qui enrichissent notre réflexion.

6- Violence terroriste et psycho-traumatisme

6-1 Violence terroriste

Toute l'Algérie a été secouée par une forte violence. Cette dernière a touché ses structures de base. Des assassinats, des bombes, des menaces, des enlèvements ont certainement bouleversé l'équilibre de la famille et des personnes. Des exodes massifs ont été observés surtout au niveau des villages retirés. Les gens ont regagné massivement les grandes villes aspirant à une certaine sécurité. A partir de là, de nouvelles alliances et des interactions multiples ont vu le jour. De nouveaux paysages sociaux ont vu le jour, véhiculant une allure instable et fragile.

Nous sommes face à une nouvelle organisation psychosociologique fabriquée sous l'effet de l'urgence et la contrainte. Durant une décennie entière, des gens assistaient au quotidien à des décès à causes multiples, telles que les bombes et les assassinats. Évidemment, comme n'importe quelle guerre, les effets psycho-traumatiques n'ont pas tardé à venir.

Les femmes ont à leur tour payé un lourd tribut. Les libertés individuelles ont été sérieusement entravées. Le port du voile islamique était imposé à toutes. Dans certaines régions un peu retirées des grandes villes, appelées 'zones libérées' (pendant la guerre civile), on ne rencontre aucune femme non voilée. Le commerce du tabac, journaux et boissons alcoolisées étaient totalement interdits. Ces commerces ont été remplacés par des magasins spécialisés dans les ventes des livres, habilles et objets religieux.

Un nombre important de femmes a été enlevé par des terroristes. Certaines ont disparu à jamais. D'autres ont été violées et engrossées. Elles ont été relâchées par la suite, puis ont vécu la répudiation de la famille et le rejet cruel de la société. D'autres femmes ont été contraintes à se protéger avec le voile sans aucune conviction. Elles n'avaient pas le choix, l'essentiel, pour elles, était d'échapper à la mort et de continuer à se battre.²⁴

Beaucoup d'écrits ont été réalisés durant la période du terrorisme et même après. Ils ont eu comme objet d'étude les effets de la violence terroriste sur la santé psychique et somatique des personnes. Ces écrits, qui sont parfois le fruit de rencontres scientifiques, ont été réalisés sous de grandes contraintes. Les organisateurs ont bravé de grands défis, car les rencontres s'organisaient souvent après des attentats.

Plusieurs colloques, séminaires et journées d'études ont été organisés sous le thème de la violence terroriste. Des spécialistes dans la matière sont venus des pays voisins tels que la France et la Belgique. Ils ont prêté main forte à leurs collègues algériens sur la prise en charge des personnes traumatisées. Les débats étaient souvent chauds, surtout sur le devenir des personnes ayant vécu des drames.²⁵

A signaler qu'il y a eu l'ouverture de centres qui accueillent des personnes victimes de violence. Nous citons en exemple celui de la ville de Sidi Moussa, ouvert par la SARP en 2000. A rappeler que cette ville est proche de la ville de Bentelha, située à 25 km

²⁴Une recherche a été réalisée par moi-même dans le cadre de la préparation d'un DU en psychopathologie. Elle a pour titre « Femmes enseignantes de langue française face au terrorisme. ». L'étude a été réalisée à Sidi Moussa, ville proche d'Alger. Le matériel clinique récolté auprès des enseignantes de langue française a conclu la présence d'une forte souffrance, raisonnement paranoïde et des troubles psychosomatiques. Le conflit chez elle est tiraillé entre amour de la profession et la peur de la mort. Mémoire soutenu en Juin 2014, sous la direction de F. Moussa et F. Benony, Université de Dijon.

²⁵Parmi les recherches les plus importantes, nous citons :

-La société algérienne de recherche en psychologie (SARP) qui a consacré deux numéros aux effets de la violence terroriste (le n°9 [2002] et n°12 [2004]). Le premier a pour titre : « Evénements traumatiques et santé mentale », le deuxième, « Modalités de prise en charge des victimes de terrorisme ».

-N. Benhalla (2013), auteur d'Expressions et caractéristiques de la névrose en Algérie, L'Harmattan, Paris, a consacré tout un chapitre aux effets de la violence terroriste (PP. 160-168). D'importantes vignettes cliniques ont été citées dans cet ouvrage.

-F. Choutri et al, (2001) a rassemblé un ensemble d'articles de différents chercheurs sous un ouvrage intitulé : Violence trauma et mémoire, Casbah, Alger.

à l'est d'Alger. Elle a vécu l'un des événements les plus barbares de la décennie où tout un village a été massacré en une nuit.

Quel serait le devenir des personnes qui ont été touchées directement ou indirectement par cette violence ? Cette question nous amène à développer un peu plus le concept de '*traumatisme*'.

La littérature psychanalytique nous donne de bonnes références le concernant. Les études sur l'hystérie, et notamment la séduction de l'enfant par l'adulte est l'un des premiers signes de psycho-trauma. Freud l'a largement évoqué, en 1928 déjà, dans '*Au-delà du principe de plaisir*'. Afin de mieux préciser les choses, il est important de prendre la définition donnée par le vocabulaire de la psychanalyse. Est perçu comme traumatique un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisme psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessive, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche et Pontalis, 1990, p. 499).

Évènement à un choc minime. Il laisse apparaître ainsi d'anciennes blessures d'une façon dramatique. C'est pour ces raisons que le psycho-trauma peut être considéré comme le tueur silencieux. La personne utilise des moyens très coûteux, qui relèvent du processus primaire tel que le déni ou le clivage, pour pouvoir continuer à vivre. Mettre de côté le souvenir douloureux ne veut pas dire sa disparition. Il s'agit tout simplement d'une neutralisation momentanée ou d'un gel affectif fort. Ce gel est souvent qualifié de trou noir dans la psyché. C'est ce qui crée l'épuisement et la rigidité des mécanismes psychiques.

D'autres chercheurs ont largement analysé ce phénomène en essayant de repérer ses effets néfastes sur la psyché. Nous citons M. Corcos (2013) qui avance : « Dans un traumatisme marqué par la carence, certains pans de la vie psychique ne sont pas refoulables et sont clivés car ils n'ont pas été éprouvés puis représentés ou intégrés dans la subjectivité. Le corps n'en n'a pas été suffisamment affecté, et ne peut en affecter le monde en retour qu'à l'aide des traces d'excitation générées par l'absence. Il s'agit d'un non advenu de soi, plutôt que de la perte du deuil d'un objet, d'où un trouble identitaire de la réflexivité qui affecte la capacité de se sentir soi-même » (Corcos, 2013, p. 155). En suivant l'auteur dans ces importantes déclarations, nous réalisons que la femme algérienne, qui a largement subi les rafles de cette guerre, ne peut sortir indemne de ce vécu.

Dans le même contexte, des études importantes sur terrain ont tenté d'analyser statistiquement et cliniquement, les effets de la violence. Elles sont arrivées à des résultats surprenants. Nous citons, en exemple, la recherche épidémiologique menée en 1999 par la SARP qui « a montré que les prévalences des troubles psychiques (PTSD, anxiété, dépression...) liés aux événements traumatogènes étaient très

élevées comparativement à ce que l'on peut trouver dans d'autres pays. (Bouatta, 2004, p. 11).

Compte tenu de ce qui a été développé dans ce volet, nous ne pouvons-nous attendre à une psyché efficace équilibrée du moment que toutes les personnes, notamment les femmes, ont été exposées d'une façon ou d'une autre à des agressions multiformes.

6-2 Violence psychique et violence sociale en Algérie

C'est un titre qui peut convenir au vécu et situation des femmes, notamment durant les 15 dernières années. Comme nous l'avons signalé aux chapitres 2 et 3 relatifs à l'imprégnation du vécu traditionnel familial et religieux sur la psyché, nous développerons dans ce volet comment la violence sociale s'imprègne et s'intègre dans la psyché et devient à son tour une autodestruction.

Nous retenons certains auteurs qui ont longuement travaillé sur le sujet. Dans un article intitulé, *Rupture catastrophique et travail de la mémoire* (2001), R. Kaës, écrit « La catastrophe psychique se produit dans le télescopage du réel et du fantasme, en ce choc où le réel vient se substituer au fantasme, le confirmer tout en annulant la fantasmatisation. Dans ces conditions, la catastrophe rend impossible le refoulement et la réélaboration ultérieure du sens de ce télescopage. Ce que D.W. Winnicott nommera crainte de l'effondrement, ne cesse pas » (Kaës, 2001, p. 50). Ces écrits montrent combien la personne devient vulnérable et perd ses moyens.

Par ailleurs, Gilbert Diatkine, dans son ouvrage *Violence, culture et psychanalyse* (2001) a analysé minutieusement le phénomène de la violence. Il a tenté de faire les différents liens existants entre la violence, l'idéal du moi et le surmoi « Le surmoi, disait-il, se construit par une suite sans fin d'identifications à des personnes que nous rencontrons et qui comptent pour nous. Chaque nouvel idéal que nous adoptons, correspond à une modification minime de notre surmoi, qui s'enrichit d'un trait supplémentaire laissé par une personne aimée et perdue. En outre, ces identifications ne se font pas directement aux objets, mais à leur surmoi, et par conséquent aux objets aimés et perdus par eux. » (Diatkine, 2001, p. 8).

Nous réalisons, à présent, comment le surmoi et l'idéal du moi s'imbrique profondément dans la psyché. Le fonctionnement dynamique de la personne est imprégné inévitablement par ces deux instances. Diatkine, part plus loin en évoquant même la possibilité que nos agissements soient influencés par le vécu de nos aïeux. « Des évènements décisifs qui ont frappé nos parents et nos grands-parents sont capables d'avoir de sérieuses conséquences sur nous et ce, d'autant plus qu'ils sont maintenus secrets » (Ibid, p. 8)

En adoptant les écrits de l'auteur, nous pouvons aisément émettre l'hypothèse que la violence vécue par notre population pourrait être un résultat des guerres vécues par nos parents ou nos grands-parents. L'habillement religieux adopté sévèrement par les

acteurs de cette violence, peuvent être également une expression d'un idéal de moi perdu et récupéré par un surmoi sévère et intolérant.

Nous retenons ainsi, que le psychisme des femmes, compte tenu de la sévérité et la dangerosité de la violence terroriste ne peut être davantage fragilisé. Le moins que l'on puisse dire, c'est que ces femmes peuvent adopter le fonctionnement phobique sous toutes ces formes, comme défenses faisant face à la menace intérieure et extérieure.

7- Psychopathologie et vécu social en Algérie.

Suivant le cheminement développé tout au long de ce chapitre, nous avons retenu que la femme algérienne a subi et vécu des événements qui ont structuré sa personne. Nous pouvons dire, au préalable et avant même sa naissance, qu'elle est appelée à s'introduire dans un moule psychosociologique bien déterminé. La religion, les traditions, la représentation mentale la rendent candidate à une soumission et une dépendance inconditionnées. Ceci représente des éléments internes. La psyché en termes de surmoi et idéal du moi la prédispose à ce rôle. Si on rajoute des éléments externes, tels que : pression, pesanteur, violence, etc, nous ne pouvons lui accorder que le registre phobique qui entretient un narcissisme durable.

Tous les éléments hystériques et événementiels traumatiques ou autres, favorisent cette vision. L'immaturation évoquée précédemment favorise un freinage un ralentissement du processus psychoaffectif. Ce ralentissement contient des éléments de blocage profondément imbriqués dans la psyché.

Dès les premières années de la vie, les identifications ne sont pas vraiment opérationnelles. Cela suppose que la personne fonctionne selon le processus primaire et n'a pas encore les moyens d'aller vers le secondaire. En retenant cela, nous sommes tentés d'adopter avec Brusset B. (2013), lorsqu'il évoque dans son introduction : « Il s'agit de préciser le statut, la genèse et la fonction des défenses primaires : le déni , le clivage, la projection, la forclusion, les rapports du dedans et du dehors, c'est-à-dire de l'organisation psychique et de la réalité extérieure, sont ensuite étudiés dans la médiation qui les déterminent du normale au pathologique et dans les questions que posent l'hallucination, l'acte, la somatisation et l'hypochondrie. (...). Il en ressort la nécessité d'une métapsychologie de « l'inter- psychique » (Brusset 2013). Ces écrits confirment notre position, à savoir que les mécanismes cités peuvent rester opérationnels jusqu'à l'âge adulte. La personne le maintient en activité car elle n'a pas d'autres moyens qui lui permettent une meilleure symbolisation ou sublimation.

La position de l'auteur, n'est pas loin de celle évoquée par F. Richard (2011). Les troubles identitaires rencontrés chez les patients consultants en France sont assez proches de ce qui est vécu par les sujets algériens. L'auteur précise que « les troubles identitaires narcissiques auquel nous avons souvent affaire dans la clinique psychanalytique contemporaine comme résultat d'un système défensif de replie narcissique se fermant à toute relation objectale et qui s'est cristallisé autour de la

détresse initiale le moi n'ayant pas supporté la passivité qu'elle induit et du même coup n'ayant pas pu accueillir l'aide et l'amour » (Richard, 2011, p. 14). Bien que les personnes consultantes aient vécu dans deux milieux différents mais elles ont des symptômes similaires. Elles aussi se ferment à toute relation objectale de réciprocité, certainement pas pour les mêmes motifs, mais pour exprimer la même douleur.

Par ailleurs, nous recevons parfois des personnes qui consultent en exprimant un caractère urgent. Elle ne se sente plus la même. Un sentiment de bizarrerie s'installe subitement. Elles sont submergées par une pensée magique confondue souvent à un délire. Kacha F. (1998) a bien illustré ce fait dans son ouvrage (Kacha, 1998, P. 78). Cela a été repris avec plus de détails par N. Benhalla (2013). D'après l'auteur, la majorité des patients consultent plusieurs thérapeutes traditionnels avant d'aller chez les psychologues ou les psychiatres. Ils ressentent certainement un soulagement par le fait que le thérapeute traditionnel leur enlève toute implication personnelle. Il suffit de leur dire que leur mal relève d'une *possession* par une force étrange appelée '*djinn*' que tout le poids de la culpabilité diminue et ils ressentent un soulagement.

Dans le même ordre d'idées, la pensée magique rencontrée chez nos patients ressemble, dans une large mesure, aux patients atteints de maladies graves. Afin que les patients atteints puissent faire face à la gravité de la maladie, ils utilisent souvent des représentations magico-religieuses pour atténuer la douleur. Dans son ouvrage, '*La force du lien face au cancer*', M-F Bacqué a donné de précieuses préoccupations apportées par certains patients : « Dans les systèmes traditionnels, le malade est souvent exonéré de la responsabilité du mal. La causalité est extérieure au sujet, mais tout incident entraîne la recherche d'un sens permettant de l'insérer dans une chaîne de causes à effet. Deux systèmes d'interprétations de la maladie sont retrouvés systématiquement : - le malade résulte de la possession du patient par un esprit ; - La maladie résulte de la dépossession du patient. » (Bacqué et al, 2009, p. 20).

Il s'agit d'un mal-être bizarre imprévu, il agit sur les représentations internes du sujet. Il a une connotation universelle, que ce soit dans la maladie physique ou psychique, la souffrance est la même car elle cherche souvent des voies d'expressions. Sauf que celle de la maladie organique qui reste souvent localisée dans l'organe atteint, la maladie psychique contient un mal-être généralisé excepté certains hypochondriaques où la douleur est plus intense.

En s'inscrivant dans le cadre de la souffrance mentale, il nous semble qu'elle a évolué et a pris une autre allure spécifique en fonction des changements socioculturels. Bien qu'elle s'inscrive dans le registre névrotique, le refoulement reste ici le mécanisme le plus prégnant, mais le cadrage culturel dans lequel il agit, lui donne sa spécificité. C'est certainement dans cet axe que R. Kaës (2012) donne à la culture une importance structurante « L'inconscient, disait-il, n'est pas conçu de la même manière depuis Freud, et la question du sujet, de la subjectivité et de la subjectivation apparaît comme un ensemble de proposition que la culture de la seconde moitié du siècle passé a rendu nécessaire de formuler et de mettre à l'épreuve » (Kaës, 2012, p. 8)

Ne nous étonnons donc pas lorsqu'on rencontre une psychopathologie différente. Le psychisme des sujets reste souvent fixé à l'enfance et aux premières relations objectales, mais la nature et le type de relations objectales, qui sont façonnés par la culture, conditionnent le devenir et le destin de la prédisposition psychopathologique.

Afin de mieux saisir la nature du processus psychopathologique, il est important de revenir à la psychanalyse et voir comment la pathologie s'installe progressivement. « La perversion sexuelle de l'adulte, disait C. Chabert, témoigne du maintien en état d'un moment de la sexualité infantile à laquelle le sujet devenu adulte reste 'fixé' (...). La perversion témoigne du maintien d'un aspect infantile de la sexualité qui aurait 'dû' être dépassé lors de la maturation » (Chabert, 2013, p. 124).

Cet état nous renseigne sur un fait important. Il s'agit du devenir et le destin de cette pulsion lié à la perversion. Le même auteur indique qu'il s'agit d'un « processus de retournement du plaisir potentiel lié à la montée de tension, en une forme de plaisir. Dans cette logique, qui concerne que l'approche économique de la question, le moi doit donc se structurer sur un mode 'masochique' ; le masochique apparaît alors comme le 'gardien de la vie psychique' » (Ibid, p. 135).

Il est à retenir que la personne qui n'a pas eu suffisamment de moyens internes (psychiques) ou externes (entourage) qu'ils lui permettent de contrôler refouler certains désirs pervers, peuvent réapparaître à l'âge adulte sous forme de troubles handicapants. L'immaturation, donc, reste un tronc commun, et peut-être une chance qui permet à la personne de se restructurer sur un autre mode plus adapté.

Conclusion

Nous avons tenté de développer tout au long de ce chapitre tout ce qui a trait à la psychopathologie de la femme en Algérie. Nous avons fait de notre mieux pour respecter deux paramètres essentiels :

Le premier est en rapport avec la névrose, le fonctionnement mental, les mécanismes de défenses. Ce volet a été traité en nous appuyant sur les références de base, en particulier celles avancées, par la psychanalyse.

Le deuxième est en rapport avec le vécu de la femme dans son milieu habituel, c'est-à-dire tous les malaises, les troubles et les anomalies susceptibles d'entraver son évolution, développés dans son vécu familial ou social.

Nous avons fait de notre mieux pour enrichir ce chapitre en respectant les deux pôles en rapport avec la théorie et la clinique. A ce propos, l'aspect traumatique a été également abordé. Les effets dévastateurs de la violence terroriste ont été agilement introduits dans cette vision.

Nous pouvons dire, en conclusion, que ce chapitre vient en troisième position, et reste le dernier de la partie théorique. Son importance réside dans le fait, qu'il soit le trait d'union qui va nous permettre d'amorcer la partie pratique. Cependant, certains aspects qui n'ont pas été suffisamment traités, nous pouvons certainement les rattraper dans les autres chapitres relatifs aux traitements et discussions des données.

CHAPITRE 5
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Introduction

Ce chapitre est consacré à la méthodologie. Il contient : la méthode utilisée, les outils d'investigations, la population d'étude et ses caractéristiques, cadrage temporo-spatial et le processus du déroulement de la recherche.

C'est un chapitre qui représente l'ossature de base sur laquelle repose notre réflexion. C'est pour cette raison, que nous lui avons accordé un intérêt particulier. La légitimité des outils utilisés a été largement argumenté. Ceci favorise un processus fiable et efficace de toute notre démarche.

En étudiant l'ouvrage de R. Perron (2006) : *Psychanalystes qui êtes-vous ?* J'ai révisé toutes mes connaissances sur la méthodologie. J'ai relevé, entre autres, que la notion de mesure et d'évaluation des faits en psychologie clinique est sensible et délicate. Une imprudence ou une erreur méthodologique pourrait non seulement fausser les résultats mais pourrait nous entraîner vers des variables parasites incontrôlables.

A cet égard, il serait utile de préciser que l'étude d'un phénomène psychopathologique diffère du phénomène physique. Dans les études cliniques nous avons affaire à des données interactives, l'une imbriquée dans l'autre, en suivant un cheminement long et parfois complexe, elles nous donnent un résultat déterminé. L'analyse de ce résultat ne tient pas compte seulement des faits superficiellement observés, il nécessite l'approfondissement de l'investigation en allant vers des variables intermédiaires parfois difficile à cerner. Dans cette approche, R. Perron précise que « le schéma d'une causalité linéaire où 'A' entraîne nécessairement 'B', la pratique des sciences humaines nous a appris que ce schéma n'est à peu près jamais valable : nous avons à faire à des causalités en réseau rétroactives, en 'feedback' (particulièrement dans notre domaine avec l'importance de l'après coup, ...etc.), et nous avons appris à distinguer cause et condition. (...) Les théories des chaos ont clairement montré qu'il est des séries phénoménales dont le cours est imprévisible, non par insuffisance de nos moyens de connaissance mais par leur nature même. » (Perron, 2006, p. 286).

En nous référant aux écrits de l'auteur, nous nous situons dans cette trajectoire. Démontrer comment est le fonctionnement psychique des femmes souffrantes est une variable importante dans notre travail. Montrer comment la pesanteur sociale agit sur ce fonctionnement est également une autre variable. Faire le lien de cause à effet entre les deux variables nécessite l'étude des mécanismes psychiques des personnes souffrantes et vérifier avec des techniques appropriées comment cette pesanteur agit. Nous relevons ici des variables indépendantes telles que le poids de la religion, des traditions, la valeur du père, de la mère, etc. Tous ces éléments restent importants pour arriver à saisir comment est structuré le psychisme. Il ne s'agit pas ici de trouver une relation de cause à effet, qui est évidemment difficile à évaluer dans ce contexte. Il s'agit plutôt, pour reprendre les termes de R. Perron « de causalité antérograde

exercée par un évènement sur un autre qui lui serait antérieur, idée inacceptable ; il s'agit d'une implication (ce qui est bien différent d'une causalité) ou un fait psychique modifie un autre fait psychique considéré comme antérieur. » (Perron, 2007, p. 69).

Nous avons enfin fait de notre mieux pour cadrer la recherche par une méthodologie appropriée et adaptée au thème.

1-La Méthode utilisée

La méthode descriptive soutenue par les études de cas clinique est la plus utilisée dans cette recherche. Le choix de cette méthode repose sur certains critères. Nous citons la nature de la recherche qui se caractérise par le réassemblage d'une quantité importante de matériel clinique en rapport avec le vécu des femmes dans son ensemble. Récolter, classer et ordonner ce matériel nécessite une méthode qui s'adapte à la nature de ce travail. C'est ainsi que nous avons opté pour la méthode descriptive.

Dans cette approche, deux étapes sont utiles. La première est en rapport avec la récolte des données. Elle consiste à rassembler le maximum de données susceptibles de nous renseigner sur le vécu des sujets. Ce vécu démarre par la première relation objectale avec la mère ou le substitut, elle se termine par les rapports interactifs existants entre le sujet et son vécu familial et social. La deuxième consiste à répertorier, ordonner et classer ces données en vue de leurs explorations.

L'étude et l'analyse statistique des données sont également prises en compte. Ceci nous permet de mieux repérer certaines variables utiles à l'évaluation clinique. Les études cliniques qui consistent à respecter rigoureusement la prise en charge de chaque patiente nous aide à son tour, à approfondir des mécanismes intrapsychiques. Son histoire personnelle est prise singulièrement avec ses points faibles et points forts. Le repérage et l'évaluation de son fonctionnement se réalise en même temps que son suivi psychothérapique.

Par cette démarche, nous pensons rentabiliser au maximum les données de la prise en charge, nous les avons soumises à la rigueur de la méthode clinique. Cette dernière, pour reprendre les termes de Freud cités par Ciccone (1998) « est d'abord une méthode de recherche, laquelle permettra de construire des modèles communicables d'intelligibilité de la réalité psychique observée, et aussi de traiter les phénomènes reconnus comme pathologiques » (Ciccone, 1998, P. 29).

2-Cadrage temporo-spatial

2-1-Lieu de la recherche.

Cette recherche a été totalement réalisée à Alger-centre. Précisément dans un cabinet privé où j'exerce ma fonction de psychologue clinicienne²⁶. C'est un cabinet recevant

²⁶Alger centre est une grande ville. La capitale économique et politique de l'Algérie. Elle abrite environ 6 millions d'habitants. Son emplacement géographique la met en position de passage et d'interaction de diverses personnes provenant des trois grandes régions : est, ouest et sud.

une population tout-venant. Il est ouvert tous les jours d'une façon régulière. La population consultante se constitue d'enfants, d'adolescents et d'adultes. Les adultes représentent la grande majorité de nos patients.

Les consultations se font sur rendez-vous. La personne commence la psychothérapie après une séance préliminaire où les deux partenaires (psy- patient) décident sur les modalités pratiques du travail psychothérapique. La séance dure quarante-cinq minutes sauf exception, elles sont énumérées, le coût de la séance est fixé en fonction des moyens financiers de la personne. Les retards et les absences non décommandés sont imputés sur le compte du patient.

2-2-Periode de la recherche

Après la mise en place du plan de la recherche (problématique, hypothèse, outil d'investigation) et après avoir délimité la population d'étude, la recherche en termes de récolte et traitement des données a duré de 6 années. Elle a démarré en Janvier 2005 pour s'achever en décembre 2010. Le contenu et les objectifs de la recherche concernent seulement la population soumis à l'étude durant cette période.

3-Population d'étude

3-1 Mode de recrutement de la population d'étude

Nous avons procédé par la démarche suivante : nous avons d'abord délimité une période de 6 ans qui s'étale du 1^{er} Janvier 2005 jusqu'au 31 décembre 2010. Nous avons recensé tous les sujets qui se sont présentés à la consultation durant cette période. Leur nombre s'élève à 495 sujets (voir étude statistique, annexes 2 et 3). Ce nombre représente la population mère. A préciser que la délimitation de cette période relève d'une nécessité méthodologique. Nous avons donné le maximum de temps afin d'avoir un grand nombre de sujet.

3-2- Facteurs d'exclusions

Sur le nombre de 495 sujets âges et sexes confondus. Nous avons procédé à une étude de dossiers pour sélectionner et délimiter notre population. Les hommes, les enfants et les adolescents, ceux ayant des maladies somatiques graves et les psychotiques ont été écartés de notre population.

3-3 Présentation et caractéristiques de la population d'étude

La population d'étude est constituée de 100 sujets. Ils se sont tous présentés en consultation et suivis en psychothérapie. Ils ont tous rempli le dossier clinique individuellement représentant l'entretien clinique psychanalytique.

A l'intérieur de cette population nous avons retenus 45 cas sur lesquels nous avons pratiqué en plus de l'entretien le Rorschach, 6 d'entre eux ont fait l'objet d'études cliniques détaillées et minutieuses.

Le tableau ci-dessous contient la distribution de la population d'étude :

Sujets	Célibataires	Mariées et/ou Fiancées	Divorcées et/ou séparées	Veuves	Total
Nombres	54	32	11	3	100
%	54%	32%	11%	3%	100%

Tableau (1) Présentation et distribution de la population d'étude selon la situation matrimoniale

Le tableau précédent contient les caractéristiques essentielles de la population d'étude. Il s'agit de 100 femmes. Environ la moitié d'entre elles sont célibataires, le reste est réparti entre mariées, divorcées et veuves.

4- Outils d'investigation

Trois outils d'investigations ont été mobilisés pour l'étude. Il s'agit de l'entretien clinique psychanalytique, les études cliniques et les épreuves Rorschach.

4-1 L'entretien clinique psychanalytique

Par définition l'entretien clinique est « un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention » (Fernandez et al, 2001, p. 77). Il s'agit d'un guide d'entretien conçu pour les besoins de l'étude (Voir annexe P.229.). Nous l'avons appelé psychanalytique car il s'inscrit dans le cadrage théorique de la psychanalyse. La psychopathologie en termes de fonctionnement psychique et diagnostic a été également pris en compte. A préciser que nous nous sommes inspirés pour la conception de ce guide sur certains auteurs. Nous citons J. Bergeret, (1979), R. Perron (1991), C. Cyssau, (1993). Il a été également enrichi par des chercheurs algériens tels que, A. Si Moussi (2000) et N. Benhalla (2013). Les deux ont adopté la même démarche méthodologique pour réaliser leurs recherches.²⁷

L'entretien clinique dans notre travail est un moyen de base qui nous permet d'entrer dans la vie psychique du patient. « Le Matériel recueilli disait Cyssau, fait l'objet d'une série de traitement permettant une interprétation des résultats, la validation des hypothèses, la production d'une description et d'une explication du phénomène observé. » (Cyssau, 1993, p. 100).

Le guide *d'entretien* est constitué de 9 thèmes. Chaque thème contient entre 3 et 7 items. L'ensemble des items s'élève à 44. Ils sont organisés sous forme de dossiers

²⁷ Les chercheurs sur lesquels nous nous sommes inspirés pour élaborer le guide d'entretien psychanalytique sont : Bergeret, 1979, pp. 109-113, Perron, 1991, pp.161- 232, Cyssau, 1993, pp. 100-104, N. Benhalla, 2013 pp. 295-296, Si Moussi, 2000, pp. 809-858.

cliniques. Ce dernier est systématiquement rempli chez chaque sujet. Ce dossier est mis à jour régulièrement en fonction des informations qui apparaissent au cours de la psychothérapie.

Cette démarche est mieux indiquée car elle favorise le bon déroulement de la prise en charge. Elle respecte également les positions du sujet quant à sa libre expression.

4-1-1 Contenu du guide de l'entretien clinique

1-Identification du sujet

-Age, -Situation maritale, -Niveau d'étude, Profession.

2-Données familiales :

Situation des parents (divorcés, séparés) - Profession des parents, - Nombre de frères et sœurs - Rang dans la fratrie.

3-Données religieuses :

Tenue vestimentaire (type d'habille : voile, niqab, djellaba),

4- Pratiques religieuses :

Prière, ramadhan, Aïd - Avis sur la religion (pour, contre, souples, indifférent)

5-Thérapie traditionnelles :

- Nature de la thérapie : (roukia, désensorcellement, autres). – Durée de la pratique - Moment de la survenue - Efficacité, ...etc.

6-Données traumatiques :

- type de traumatisme (violence, trauma sexuel, religieux) - Moment de survenu : (enfance, adolescence, adulte)

7- Données cliniques :

Motif de consultation, symptomatologie psychique, symptomatologie somatique

8-Diagnostics :

Phobique, Hystérique, Obsessionnelle, Etat limite, psychose)

9- Observation :

Dans cette case le psychologue donne son impression sur le fonctionnement psychique de la personne.

4- 2-Eude cliniques de 5 sujets

Il s'agit d'une technique répondant aux règles de base de l'entretien clinique. Les éléments essentiels retenus sont : le face à face fauteuil-fauteuil, la durée de la séance est déterminée à quarante-cinq minutes, la demande de consultation doit être librement formulée par la personne et les règles de la déontologie sont rigoureusement respectées.

Il est à préciser que l'objectif à atteindre par cette méthode est similaire à toutes les approches qui utilisent l'étude de cas comme moyen d'investigation. Elle vise entre autres à avoir une idée sur : « le diagnostic de la psychopathologie manifeste, l'organisation psychique sous-jacente. L'analyse métapsychologique du cas selon les perspectives psychanalytiques, topiques, économiques, psycho dynamique, et psychogéniques ; le repérage de la dynamique transféro-contre transférentielle en jeu dans la rencontre avec le patient ; des indications thérapeutiques assorties d'une hypothèse pronostic sur le sujet » (Dumet, 2005, P.4). Les écrits de l'auteur ont résumé les grands objectifs que nous voulons atteindre lors des études cliniques.

4-2-1 Population soumise à l'étude clinique

Il s'agit de 41 cas, 36 d'entre elles ont eu un examen détaillé de seulement 3 planches du Rorschach (Planches réactivant la sexualité) de 3 planches sexuelles. 5 sujets ont fait l'objet d'un suivi détaillé de leur prise en charge. Deux d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation clinique sur le changement opéré par la psychothérapie.

Le but principal ciblé à travers la variété de ces techniques est d'approfondir au maximum l'investigation afin d'enrichir et valider l'objectif de la recherche. A rappeler que les éléments constituant la pesanteur socioculturelle nécessitent ce type d'approche.

Le tableau ci-dessus montre la répartition des 41 cas cliniques et les techniques d'investigations utilisées.

Outils d'investigations	Résultats Rorschach planches sexuelles	Illustration clinique de femmes mariées	Illustration clinique de femmes célibataires
Nombre	36	2	3
TOTAL	41		

Tableau (2) Distribution des sujets en fonction des outils d'investigations utilisés

4-3 Epreuve projective (Rorschach)

Le Rorschach a été utilisé dans notre recherche pour deux objectifs. Le premier est d'évaluer le fonctionnement psychique des 4 sujets soumis à l'étude. Le deuxième a été utilisé pour 36 sujets afin d'évaluer également leurs préoccupations sexuelles. A cet effet, nous avons sélectionné seulement trois planches où nous avons analysé leurs productions. Le troisième, pour évaluer les changements opérés après psychothérapie. Ceci a été appliqué dans le cadre du test et re-test.

La pertinence et l'efficacité du test a été souligné par plusieurs chercheurs. Nous citons Chahraoui K et al. Ils précisent que « le test des taches a généré des travaux cliniques de recherche considérables et il est devenu l'outil le plus utilisé par les psychologues français (...). Il est particulièrement utile pour l'évaluation psychologique, le diagnostic, les indications thérapeutiques et le pronostic » (Chahraoui et Benony, 2003, P. 35). Cette citation met en avant l'importance et la fidélité de cette épreuve qui est toujours valable malgré la variété des techniques développées dans ce domaine.

Par ailleurs, si l'entretien clinique s'appuie sur l'analyse minutieuse du discours soutenu par l'observation clinique, la sensibilité du Rorschach nous permet d'approfondir l'analyse et d'aller vers les mécanismes qui sous-tendent l'armature psychopathologique. « La finesse de l'outil disait C. Chabert, rend même possible la détection, chez un sujet de signes discrets révélant la présence de processus qui avaient échappé à l'observation et à l'entretien clinique, qu'il s'agisse d'indices révélateurs d'une pathologie en voie de développement, ou au contraire, d'éléments porteurs d'une évolution plus favorable dans des contextes de décompensation cliniquement plus inquiétants. » (Chabert, 1998, p. 20)

Il s'agit d'un matériel composé de 10 planches. Chaque planche contient une tache d'encre floue et indéterminée. Les 5 planches ; I, IV, V, VI, IX, sont des taches compactes favorisant une approche perceptible globale. Elles renseignent sur la représentation de soi et la notion d'identité. Les planches II, III, et VII, sollicitent favorisent l'évocation des représentations de relation. Les planches VIII, IX et X planches pastel réactivent des positions sensorielles et régressives.²⁸

Il est demandé à la personne examinée de donner une réponse à ce que cela pourrait être ? Ceci le met dans une position contradictoire. Elle se situe entre réel (situation d'examiné) et imaginaire (laisser libre cours à sa pensée). La réponse donnée est donc le résultat d'un processus interactif entre : conscient- inconscient, réel-imaginaire et représentation-affect.

L'analyse rigoureuse de la production du sujet nous renseigne sur le fonctionnement psychique dans son ensemble. L'analyse des réponses contient « d'indices révélateurs d'une pathologie en voie de développement ou au contraire d'éléments

²⁸Les caractéristiques relevées ici se sont inspirées de l'ouvrage de C. Chabert, *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod, 2013, PP. 48-50)

porteurs d'une évolution plus favorable dans des contextes de décompensation cliniques inquiétants » (Chabert, 2013, p. 47). Cet outil reste ainsi un élément précieux dans notre démarche. Il nous permet d'affiner notre analyse sur le plan diagnostique et pronostic.

5- Modalité de passation des épreuves cliniques

5-1 Modalités de passation de l'entretien clinique

Il s'agit, comme il a été signalé précédemment, d'un entretien clinique intégré dans la psychothérapie²⁹. Il ne perturbe en aucun cas le cours et le déroulement du travail. La séance se déroule régulièrement et à la fin de chaque séance en procédant à la mise à jour du dossier clinique de chaque patient. Dès qu'il y a un nouvel élément ou une nouvelle information qui apparaît dans la séance, elle est aussitôt reportée sur le dossier. L'information est intégrée soigneusement dans la case lui correspondant. A titre d'exemple, la patiente après quelques mois de prise en charge relate un événement traumatique de type : « *elle a assisté à une explosion d'une bombe et a perdu un de ses meilleurs amis* ». Cette information est rapportée avec détail dans la rubrique relative au '*vécu traumatique*'. Un autre exemple ; « *Elle a décidé de porter le voile islamique intégral après le tremblement de terre de 2003* ». Cette information est également reportée dans la case : '*Vécu et pratiques religieuses*'

Le dossier clinique suit la patiente durant toute la durée de la psychothérapie. C'est une sorte de guide qui nous permet d'avoir les différentes informations sur le vécu du sujet. Il est daté à partir du premier jour de la séance. En cas de rupture de la psychothérapie, il sera mentionné la date et les motifs réels ou supposés, de la rupture. En cas de reprise, il est indiqué également la date et les motifs de la reprise.

Les dossiers répondant aux conditions de la recherche sont rassemblés et soumis en phase finale au traitement.

5-2 Modalité du déroulement des études cliniques

Les études cliniques indiquent le déroulement de La prise en charge de 5 patientes (2 mariées et 3 célibataires). Il s'agit d'une démarche contenant le suivi détaillé de la prise en charge des personnes. Les éléments essentiels sur lesquels se construit l'entretien sont : identification du sujet (âge, profession) motif de consultation, hypothèse diagnostic. Le contenu de cette illustration est retiré en grande partie du dossier clinique déjà établi au préalable.

²⁹A propos de la psychothérapie, Cournut J. a donné de précieuses indications concernant les points en commun entre psychothérapie analytique et psychanalyse. L'auteur précise que les deux ont en commun : « les mêmes références théoriques, soit l'ensemble du corpus et pas seulement telle ou telle de ses notions ; la même méthode seul à seul, bureau fermé, secret assuré ; les corps parlent mais ne se touchent pas ; injonction à la libre association des idées, pensée souvenir, représentations, ...etc. – Le même cadre, investi de part et d'autre, avec notamment le respect du temps fixé à l'avance. » (Cournut, 1998, P. 11)

Le déroulement de la prise en charge indiquant : le type de fonctionnement psychique, les mécanismes de défenses utilisés, la nature des relations d'objets sont les éléments mis en avant dans cette illustration. Tout est argumenté dans le déroulement de cette prise en charge de façon à avoir une idée globale sur le fonctionnement psychique.

Nous avons fait de notre mieux pour montrer comment la pesanteur socioculturelle agit sur la psyché. Il s'agit également d'un repérage et une évaluation des mécanismes inhibiteurs de la vie relationnelle, intellectuelle et sexuelle des sujets.

5-3- Modalité de passation du Rorschach

Le Rorschach a été utilisé pour trois objectifs : évaluation diagnostic du fonctionnement psychique ; évaluation des représentations sexuelles ; évaluation des changements après psychothérapie. Pour les trois approches, nous avons utilisé les étapes suivantes :

-Préparation psychologique de la patiente à passer l'épreuve à la 3^{ème} séance après le début de la prise en charge. Un résumé explicatif sur la nature et le but du test est clairement donné.

-Consigne : Lors de la passation nous avons utilisé la consigne inspirée de celle de Chabert C. (1983). C'est « une consigne impersonnelle et au conditionnelle du genre (*ce qu'on vous demande de dire, c'est tout ce qu'on pourrait voir dans ces 'taches'*) offre toutes chances de stimuler le sujet sans l'orienter » (Chabert et al, 1983, p. 51). Nous avons donc donnée une consigne simple inspirée de celle de Chabert C. Nous l'avons formulé ainsi : « Dites Qu'est-ce que cela pourrait être ? ». La consigne est formulée en Arabe dialectal, en Français et parfois en Berbère.

-Transcription Les réponses sont transcrites avec précision et en ordre. Les localisations sont bien mentionnées à l'aide de l'enquête. Les temps généraux de la passation et le temps par planche sont également évalués.

A la fin du test, nous procéderons à l'analyse et l'interprétation des données suivant la démarche classique. Tout est retenu sous formes de psycho gramme qui nous permet d'évaluer quantitativement et qualitativement le fonctionnement psychique du sujet.

5-4 Modalité de passation du test et re-test après psychothérapies

Trois sujets ont été sélectionnés pour évaluer les changements opérés après psychothérapie. Les trois ont passé le Rorschach à la troisième séance de la prise en charge. Une nouvelle passation a été faite après deux ans et demi de la prise en charge.

Une étude comparative (quantitative et qualitative) des deux protocoles pourrait nous rendre compte des différents changements réalisés après psychothérapie. Bien entendu, ceci est soutenu par le repérage des changements dans la psychothérapie.

Conclusion

Nous avons fait de notre mieux pour maîtriser avec le plus de rigueur possible le champ de la pratique. L'idée principale à retenir à la fin de ce chapitre, est plus nous maîtrisons les règles de base de la pratique et plus nos résultats peuvent être plus fiables.

A propos de la population d'étude, il nous semble qu'elle a été bien représentée. Le nombre de 100 patientes réparties entre trois outils d'investigation peut être assez efficace pour rendre compte de la nature du fonctionnement psychique des personnes.

A préciser que cet échantillonnage représente une partie de la population souffrante sollicitant notre aide. Le fait de soumettre à l'observation et à l'étude clinique une partie de leur souffrance reste un des éléments les plus importants de cette étude.

Nous sommes enfin conscients que la méthode utilisée peut contenir des lacunes, compte tenu des circonstances difficiles dans lesquelles s'est déroulée la recherche. La difficulté réside en particulier dans la complexité et la lourdeur des variables dépendantes. L'une d'elles qui est désigné sous l'appellation de '*pesanteur socioculturelle*' reste difficile à cerner. C'est une des raisons qui nous à inciter à utiliser plusieurs outils d'investigation.

CHAPITRE 6
Résultats de la recherche 1

Identification des sujets, motif de consultation, hypothèse diagnostic

Introduction

Dans ce chapitre nous allons procéder à l'analyse et le traitement des données du premier volet de l'entretien clinique psychanalytique. Notre intérêt s'est porté sur trois thèmes : l'identification des sujets, les principaux motifs de leur consultation et les hypothèses diagnostics.

Pour le premier thème relatif à *l'identification des sujets*, il nous donnera un premier aperçu sur les personnes soumises à l'étude. Le fait d'analyser les items, tels que l'âge, la situation matrimoniale, ceci nous permettra de nous familiariser avec la population d'étude et avoir le premier contact direct avec elle.

Pour ce qui est des *motifs de consultation*, ce thème nous rapproche d'avantage des souffrances des femmes consultantes et nous permet de formuler une première idée diagnostic sur les préoccupations psychiques ainsi que la qualité de leur souffrance. Pourquoi consultent-elles ? Quel serait le sens clinique de la demande ?

En ce qui concerne le dernier thème, il contient les premières *hypothèses diagnostics* et psychopathologiques formulées. On s'est basé sur les données cliniques récoltées sur chaque sujet. Ces données sont ensuite intégrées dans une étude statistique dégagant les caractéristiques essentielles de leur fonctionnement. Nous avons par la suite procédé à une classification des pathologies retenues. A signaler que nous nous sommes basé sur l'évaluation clinique durant l'entretien. Notre attention s'est portée sur : la qualité de l'angoisse, nature des relations d'objets, qualité et efficacité des mécanismes de défenses. Les références théoriques qui nous ont servi de guide sont celles relatives aux model théorique proposé par J. Bergeret (1979, 1996)

La conversion des données clinique aux données numériques nous aidera certainement à avoir une idée quantifiable, plus ou moins claire, sur la nature et l'origine de la souffrance psychique vécue par ces femmes.

1-Identification des sujets

Ce thème contient 5 items : l'Age, Situation matrimoniale, Rang dans la fratrie, Niveau d'étude et Profession.

1-1- Age des sujets

Afin de faciliter le traitement des données, nous avons procédé à la distribution des âges selon des tranches de 5 ans. Les 100 sujets sont distribués selon 7 tranches. Le tableau ci-dessous illustre la répartition des âges.

Tranche d'âge	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51 et +	Total
Nombre	27	20	15	21	6	5	6	100
%	27%	20%	15%	21%	6 %	5%	6%	100%
%	47%		36%		11%		6%	100%

Tableau (3) distribution des sujets selon les âges

Analyse des résultats

La tranche d'âge la plus représentée est celle de 20-25, elle est 27% de la population. La tranche d'âge 26-30 vient en seconde position avec 20%. Les deux tranches totalisent ensemble près de la moitié de la population (47%). Plus on avance dans l'âge, plus le nombre diminue. Il est de 36% entre 30 et 40 ans jusqu'à 6% entre 51 ans et plus.

La première remarque que nous pouvons déjà avancer par rapport à ces chiffres c'est que la jeune fille adulte consulte plus que les autres.

1-2 Niveau d'étude

Quatre niveaux sont soumis au traitement : le primaire, moyen, secondaire et universitaire. Le tableau ci-dessous représente la distribution des sujets selon leur niveau d'étude :

Niveau d'étude	Primaire	Moyen	Secondaire	Universitaire	Total
Nombre	6	9	28	57	100
%	6%	9%	28%	57%	100%
%	15%		85%		100%

Tableau (4) Distribution des sujets selon le niveau d'étude

Analyse des données.

Ce qui est à retenir des résultats relatifs au niveau d'étude c'est que les sujets ont, leur majorité, un niveau universitaire ou secondaire. Ils ont un pourcentage de 57% pour les premières et 28% pour les secondes. Les deux totalisent ensemble un pourcentage de 85%. Par contre, le niveau primaire et moyen est minoritaire. L'ensemble des sujets pour les deux filières s'élèvent à 15%.

Nous avons déjà une idée sur l'importance de la variable 'niveau d'étude' sur la demande de consultation. Nous soulignons à priori l'idée selon laquelle plus les sujets avancent dans les études et plus ils éprouvent le besoin de consulter. Tout se passe comme si le niveau d'étude pourrait augmenter les conflits et diminuer les possibilités d'adaptation. Nous avançons par ailleurs l'idée, qui reste à confirmer par la suite, que les personnes ayant un niveau élevé ont plus de mal à juguler les tensions émanant des pressions sociales.

1-3 Situation matrimoniale

Situation Matrimoniale	Célibataires	Mariées	Divorcées	Séparées	Fiancées	Divorcées Veuves	Total
Nbre	54	29	8	4	3	2	100
%	54%	29%	8%	4%	3%	2%	100%

Tableau (5) Distribution des sujets en fonction de la situation matrimoniale

Analyse des résultats

Les résultats affichés annoncent que les femmes célibataires représentent la majorité des sujets, elles sont plus que la moitié (54%). Les femmes mariées viennent en deuxième position avec (29%). Les divorcées occupent la troisième place avec (8%). Les trois autres catégories à savoir les séparées et les fiancées et les veuves sont minoritaires, elles représentent respectivement 4%, 3% et 2%.

L'élément essentiel à retenir de ces résultats c'est que les célibataires consultent plus que les autres catégories. La première explication que nous pouvons avancer c'est qu'elles ont plus de mal à s'adapter avec la société. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles ont du mal à vivre ou exprimer les désirs sexuels.

1-4- Profession

Les professions retenues sont : 1- Science exacte : informatique, ingénieurs architecture, comptabilité, finances, mathématiques, physique. 2- Professions simples : coiffeuse, couturière, pâtissière, secrétaire, agent de bureau. 3- Droit : juriste, sciences administratives, avocate. 4- Enseignantes : (toute branche confondue), 5- Science médicale : Médecin, chirurgien-dentiste, vétérinaire, biologie. 6- Professions en sciences humaines et sociales : sociologie, psychologie, journalisme, interprétariat. 7- Profession utilisant uniforme (militaire, policière, gendarme...)

Professions	Sciences exactes	Sans profession	Professions simples	Enseignantes	Sans	Sciences juridiques	Sciences médicales	Sciences humaines	Gendarmes, Militaires Policières	Total
Nbre	23	18	14	12	9	8	8	5	3	100
%	23%	18%	14%	12%	9%	8%	8%	5%	3%	100%

Tableau (6) Distribution des sujets en fonction des professions

Analyse des données.

Les résultats montrent, à priori, que les professions les plus représentées sont celles en rapport avec les études en sciences exactes. Ils sont de 23% de l'ensemble des activités. Les sujets qui ne travaillent pas et ceux ayant une profession simple sont également largement représentés. Ils totalisent 23% des cas. Les enseignantes, du primaire, moyen, lycée et universitaire sont à leur tour bien représentées. Elles viennent en troisième position avec un pourcentage de 12%. Les sciences juridiques (droit, administration, avocate) sont représentées avec 8%. Le même pourcentage est pour les sciences médicales, elles sont représentées par les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes. Enfin, les professions dans la spécialité science humaine (journalisme, psychologie, sociologie) sont les moins représentées. Elles sont de 6% seulement. La même chose pour les professions des corps d'état (militaires, gendarmes) ils représentent seulement 3%.

L'idée principale qui se dégage de ces résultats c'est que la majorité des patientes sont des ingénieurs, enseignantes, sciences juridiques et sciences médicales. Nous retenons que ces disciplines, mise à part les sciences médicales, mettent en avant la

pensée. Nous supposons que le mécanisme d'isolation est sérieusement mobilisé afin d'écarter la vie affective, notamment celle qui symbolise la féminité, cette dernière reste peu ou insuffisamment secondarisée. Quant aux activités médicales, il nous semble que la même explication peut être donnée sauf que chez certaines d'entre elles, une certaine préoccupation est accordée à l'image du corps. Tout compte fait, l'ensemble des sujets, compte tenu de la nature de leurs professions annoncent déjà un certain degré de rigidité qui pourrait entacher leurs fonctionnements.

1-5 Nombre de frères et sœurs

Nous allons aborder dans ce volet le nombre de frères et sœurs que peut avoir chaque sujet. Nous commençons par le nombre de frères, puis le nombre de sœurs de chaque sujet. Ceci nous permet de situer la personne au sein de sa famille. Le tableau, ci-dessous, contient la distribution des sujets en fonction du nombre de frères et sœurs :

Sexe	Nombre de frères				Total	Nombre de sœurs			
	Âges	0 - 1	2 - 3	4 - 5		6 et +	0 - 1	2 - 3	4 - 5
Nbre	18	36	27	19	100	19	41	23	17
%	18%	36%	27%	19%	100%	19%	41%	23%	17%

Tableau (7) Distribution des sujets en fonction du nombre de frères et sœurs

Analyse des résultats

Il est à constater que les 100 sujets ont majoritairement beaucoup de frères et sœurs. Une certaine divergence est à soulever dans le nombre de la fratrie. Le nombre de sœurs et de frères se situant entre 2 et 3, est le plus représenté. Il est légèrement supérieur chez celles ayant des sœurs (41%) que chez celles ayant des frères (36%). Ces données ont tendance à s'inverser chez le nombre de frères se situant entre 4-5.

Ils sont 27% pour le nombre de frères, contre 23% pour le nombre de sœurs. Ce chiffre a tendance à se rapprocher entre les deux sexes lorsque le nombre de frères et sœurs est égal ou supérieur à 6. Ils occupent ainsi un pourcentage de 19%.

L'élément essentiel qui ressort de ces résultats, c'est que les 100 sujets sont en général issus de familles nombreuses. Ils ont en moyenne entre 4 ou 6 frères et sœurs, il n'y pas de différence significative entre les deux sexes ou plutôt une tendance légèrement élevée pour le nombre de sœurs.

1-6 Rang dans la fratrie

Nous allons aborder dans ce volet le rang qu'occupe chaque sujet par rapport à ses frères et sœurs. Le tableau ci-dessous, contient la distribution des sujets.

Rang dans la fratrie	Aînée	Benjamine	Cadette	Fille unique	Total
Nombre	49/100	30/100	14/100	7/100	100/100
%	49%	30%	14%	7 %	100%

Tableau (8) Distribution des sujets en fonction du rang dans la fratrie

Analyse des résultats

Les résultats indiquent que l'aînée dans la fratrie occupe la première place. Ils sont de 49%. Les benjamines prennent la deuxième place avec 30%. Les cadettes viennent en troisième position avec 14%, enfin la fille unique vient en dernière position avec seulement 7%.

L'essentiel à retenir de ces résultats c'est que l'aînée et la benjamine consultent plus que d'autres. La première explication à donner pour la fille aînée c'est qu'elle reste la première expérience pour la mère. Nous imaginons les difficultés relationnelles qu'elle peut vivre avec son enfant. Nous supposons déjà des troubles relationnels mère-fille vécu à la première enfance. Ils peuvent être réactivées à l'âge adulte sous forme de conflits voire troubles névrotiques variés...

Un autre élément explicatif pourrait se rajouter, il s'agit d'un éventuel rejet exprimé par la famille à l'égard de la maman qui donne à la première naissance une fille. Elle n'a pas pu répondre aux attentes familiales et sociales qui souhaitent souvent un garçon. Cette attitude laisse certainement des traces sur le psychisme de nos sujets, d'où la souffrance exprimée à l'âge adulte.

En ce qui concerne le nombre important des benjamins dans la population d'étude pourrait s'expliquer en partie par un manque de place (territoire psychique) dans la psyché de la mère et de la famille. De ce fait, une certaine souffrance pourrait être confondue à un défaut de croissance favorisant un sentiment de castration.

Discussion : identification des sujets

Ce qui est à retenir par rapport au thème '*identification des sujets*' et qui s'est dégagé spontanément par l'étude statistique, est un ensemble de points caractérisant la population d'étude. D'abord la moyenne d'âge des sujets se situe entre 20 et 30 ans. Plus de la moitié 54% sont des célibataires. Elles ont souvent un niveau d'étude universitaire avec des filières plutôt scientifiques (informatique, ingénieur). Elles appartiennent souvent à des familles nombreuses (plus de 50% ont en moyenne 5 frères et sœurs). Près de la moitié d'entre elles sont des aînées de leur fratrie.

L'ensemble de ces éléments nous laisse penser que ces femmes fournissent d'énormes efforts pour trouver une place familiale, sociale ou professionnelle. Le fait qu'elles appartiennent à des familles nombreuses, et qu'elles soient les aînées de la fratrie, ceci leurs fait subir les différentes pressions familiales. Comme il a été évoqué précédemment, le fait qu'il y ait un rejet au préalable en rapport avec le sexe féminin ceci ne l'a pas aidé à trouver un chemin efficace. Le fait également d'être instruite, et possédant une profession scientifique, ceci ne l'a pas aidé à acquérir facilement une place sociale. Arrivant à l'âge adulte, après avoir puisé toute sa ressource dans les confrontations, elle vit une sorte d'épuisement et de déprime d'où la demande de consultation en cette période.

2- Motifs de consultation

Nous allons soumettre à l'étude les motifs de consultations les plus importants. Il s'agit des plaintes enregistrées lors des premières consultations. Nous les avons classées, en fonction de leurs fréquences en 6 entités : 1- Conflits divers, 2-Phobie, 3-troubles sexuels, 4- Troubles du couple conjugal, 5- Troubles organiques ou mentaux, 6- Traumatisme.

Le tableau qui suit englobe la distribution des principaux motifs de consultation :

Motifs de consultation	Conflits divers	Phobies	Troubles sexuels	Troubles du couple conjugal	Troubles somatiques ou mentaux	Traumatisme
Nombre	31	20	15	14	13	7
%	31%	20%	15%	14%	13%	67%

Tableau (9) Distribution des sujets en fonction des motifs de consultation

Analyse des données

C'est important de préciser que cette classification ne se limite pas exclusivement à un seul motif. Il y a certains sujets qui englobent plus de deux motifs. Nous avons retenu le motif le plus important.

2-1- Conflits divers 31%

C'est la rubrique la plus importante en termes de fréquence. Nous avons rassemblé les différentes plaintes des sujets. Il s'agit des relations conflictuelles avec leurs entourages. Ces conflits sont tellement importants qu'ils suscitent de fortes agressivités. Ils sont énumérés par ordre de fréquence comme suit : Conflits de famille, conflits de couples, ruptures, difficultés à faire le deuil.

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets :

Conflits divers	Conflits de famille	Conflits de couple	Rupture avec amis ou amant	Deuil de divorce
Nombre	12/34	11/34	8/34	3 /34
%	12%	11%	8%	3%
Total	34/34			
%	100%			

Tableau (10) Distribution des sujets en fonction des motifs de consultation (conflit divers)

Analyse des résultats

2-1-1 Conflits avec les membres de la famille (12%)

Ils sont exprimés souvent par de grosses disputes avec la mère. Cette dernière est souvent qualifiée de rejetante, agressive et autoritaire. Les conflits avec les sœurs sont également évoqués. Ils se manifestent sous forme de rivalité et de concurrence et sont parfois encouragés par la mère. De violentes disputes avec les frères sont également observées. Ces derniers reprochent en général à la fille le non-respect de certaines règles. Ils agissent dans certains cas comme le substitut du père, ils imposent une certaine conduite à la fille comme lui imposer le voile islamique, lui interdire de travailler ou de poursuivre ses études. Dans certain cas extrême nous avons enregistré des mariages forcés.

2-1-2- Conflits de couples (11%)

Ils viennent en deuxième position. Ils se résument particulièrement par des malentendus et des disputes répétés avec le conjoint le fiancé ou l'amant. Parfois les

disputes sont tellement violentes et durent dans le temps, qu'on se demande pourquoi ils ne se séparent pas et mettent fin à la relation. Tout se passe comme si que les deux ont besoin de ce conflit pour vivre.

2-1-3 Rupture avec amants ou amis (8%)

Concernant les plaintes données par les femmes qui n'assument pas les séparations ou divorces sont largement représentées. Elles viennent sous forme de regret suivie d'un sentiment d'impuissance. Elles se rendent compte subitement que tout le monde leur tourne le dos. Elles entament ainsi une nouvelle vie chargée de conflit et de contraintes. Elles se sentent obligé à chaque fois de justifier leurs agissements. L'étiquette leur est vite collée : 'femme facile et accessible'. Parfois elles regrettent tellement leur divorce qu'elles s'engagent hâtivement dans une autre relation, cette dernière est souvent plus dramatique que la première. Dans certains cas, elle reprend carrément avec le premier mari, avec plus de concessions et de soumission.

2-1-4 Difficulté à faire le deuil (3%)

Les 3 cas recensés montrent de grandes difficultés à faire le deuil suite à un décès d'un proche. Deux d'entre elles ont perdu le père, la troisième a perdu son frère aîné. Les trois ont eu des relations très proches avec un des parents. Elles perdent subitement le sens et le goût à la vie. Elles acceptent mal la psychothérapie et manifestent comme un besoin de justifier leur conflit par cette perte.

2-2 Phobie 20%

Nous avons rassemblé sous cette rubrique 4 motifs : Phobie de la mort, Phobie sociale, Phobie des maladies, Peur d'être possédée par un 'djinn'.

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets ;

Qualité de conflits divers	Phobie de la mort	Phobie sociale	Phobie des maladies	Possédée par un 'Djinn'
Nombre	7/20	5/20	5/20	3 /20
%	35%	25%	25%	15%
Total	20/20			
%	100%			

Tableau (11) Distribution des sujets en fonction des motifs de consultation (conflits divers)

Analyse des résultats

2-2-1 Phobie de la mort (7/20)

Phobies de la mort sont les plus représentées. Elles sont parfois associées à des idées de suicides. Elles sont très fréquentes et surviennent avec désespoir d'avoir essayé plusieurs thérapies traditionnelles. Des idées de suicides viennent parfois se greffer sur un climat de tristesse et de déprime. Elles viennent comme dernier recours pour mettre fin à la souffrance. Il ne s'agit pas de tentatives de suicide telles qu'elle est définie chez les personnalités suicidaires. C'est plutôt le registre névrotique qui domine. Nous n'avons enregistré aucune tentative de suicide chez toute notre population.

2-2-2 Phobie sociale (5/20)

Elles viennent en seconde position après la phobie de mort. Les patientes parlent souvent de timidité sévère. La souffrance survient lorsqu'elles se trouvent en public. Elles vivent une véritable douleur lorsqu'elles se rendent compte que leur timidité leur cause des échecs multiples. Elles perdent souvent certain droit, comme le travail, les soins, ...etc.

2-2-3 Phobie des maladies (5/20)

Il ne s'agit pas de l'hypochondrie, c'est plutôt un mal être touchant le fonctionnement général du corps. Les plaintes enregistrées sont : (je ne me sens pas bien dans ma peau, j'ai peur de couvrir une maladie grave, etc.). La crainte dans ce sens est alimentée par un sentiment de culpabilité intense focalisé sur l'image du corps. Tout se passe comme si que les désirs qui étaient jadis longuement refoulés, remontent en surface et pour peu que le sujet se laisse aller vers une tentation sexuelle que tout bascule vers la douleur. Nous sommes ici, également, dans le corps-symbole, ou le corps-symptôme. Il annonce ainsi la difficulté qu'a le corps à contenir ou élaborer les désirs.

2-2-4 Peur d'être habitée par une force occulte (djinn) (3/20)

Il s'agit d'une douleur morale intense qui n'a pas pu trouver des voies explicites et convaincante pour le sujet. La pensée magique ainsi prend le relais pour déverser vers des explications spirituelles souvent d'ordre religieux. Les choses ainsi se marient parfaitement lorsque la personne souffrante trouve un moyen magique de déculpabilisation. Ce processus long et complexe épargne la personne, un tant soit peu, de la souffrance morale. Tout se passe, comme si qu'elle nie toute implication (Ce n'est pas moi c'est le djinn). La formule telle qu'elle est donnée, personnifie le désir en lui donnant une entité complètement clivée du fonctionnement général. Une des patientes, religieuse portant un voile islamique, a demandé au cours d'une séance si

elle pouvait fumer, elle trouve vite un sens à l'aspect paradoxale de sa demande, en argumentant c'est le 'djinn' qui me dit de faire cela.

2-3 Troubles sexuels 15%

Nous avons rassemblé sous cette rubrique 7 troubles : Homosexualité, absence de désirs, frigidité, perte de virginité et vaginisme.

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets :

Troubles sexuels	Absence de désirs (frigidité)	Homosexualité	Perte de virginité	Vaginisme	Inceste (perversion)
Nombre	6/15	4/15	3/15	3 /15	1/15
%	40%	27%	20%	20%	7%
Total	15/15				
%	100				

Tableau (12) Distribution des sujets en fonction des troubles sexuels³⁰

2-3-1 Absence de désir sexuel (6/15)

C'est souvent la jeune célibataire qui donne ce type de plaintes. Après avoir atteint un certain âge, et constatant son indifférence à l'égard des hommes, et parfois même suite à un harcèlement de la famille lui reprochant son refus de mariage. Ce manque de désir est souvent en rapport avec d'anciens traumatismes sexuels qui finissent, à la longue, par inhiber sa vie sexuelle. Présenté de cette manière, c'est un symptôme d'apparence banale, mais en réalité c'est tout un fonctionnement qui est structuré ainsi.

2-3-2 Homosexualité franche ou latente : (4/15)

Pour l'homosexualité franche, il s'agit de femmes qui parlent plus librement de leurs désirs. Elles sont très à l'aise dans la séance, sachant que le psy, ne juge pas, elles étalent leurs expériences tout en demandant quelque part conseils. Elles cherchent comment conquérir leur partenaire, ou comment maintenir la relation. La souffrance est plutôt en rapport avec la difficulté de vivre pleinement la relation.

Pour celles ayant des désirs homosexuels latents, sans qu'elles passent à l'acte, elles ont du mal à accepter ces tendances. Elles n'arrivent pas à comprendre comment elles puissent éprouver cela ? Parfois elles sont étonnées d'éprouver des désirs à l'égard du même sexe. L'immaturation ou le manque de structuration chez cette catégorie reste le dénominateur chez elles.

³⁰Ce tableau est conforme sur le plan descriptif et non pas sur le plan arithmétique (en raison de maladies communes se présentant chez plusieurs sujets).

2-3-3 Perte de virginité (3/15)

Elles consultent souvent quelques temps avant le mariage. Elles viennent pour demander conseil sur comment elles doivent agir. Elles hésitent souvent entre refaire artificiellement la virginité ou carrément dire la vérité au conjoint. Leur inquiétude est forte face à l'éventuelle réaction du conjoint.

2-3-4 Vaginisme (3/15)

Bien que le nombre de cas de vaginisme soit limité, comparé aux autres troubles sexuels, mais le peu de cas enregistrés, restent spectaculaires. Nous le ressentons au niveau de la symptomatologie ou au niveau du vécu. Nous étions tentés de les insérer parmi les cas de traumatismes. Le cas que nous avons suivi pour vaginisme a été déclenché à la nuit de noce. La brutalité du mari a carrément créé un traumatisme assimilé facilement à un viol.

2-3-5 Inceste, perversions (1/15)

Les sujets qui évoquent l'inceste sont également peu représentés. Il s'agit souvent de cas qui viennent juste après l'incident. Elles sont accompagnées par la mère. Elle est affolée en constatant des changements dans le comportement de sa fille. En général, elle est alertée par le rendement scolaire.

Difficultés et troubles du couple conjugal 14%

Nous avons rassemblé sous cette rubrique 4 types : Ils sont 14/100. Elles sont réparties comme suit : Infidélité du sujet, infidélité du conjoint, polygamie et doute de l'infidélité du conjoint.

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets :

Conflits de couple	Infidélité du sujet	Infidélité du conjoint	Polygamie	Doute d'infidélité
Nombre	7/14	5/14	1/14	1/14
%	50%	36%	7%	7%
Total	14/14			
%	100%			

Tableau (13) Distribution des sujets en fonction des troubles conjugaux

2-4-1 Infidélité du sujet (7/14)

Elles sont les plus représentées dans cette population. Dans leur majorité, sont en liaison avec l'employeur ou le collègue de travail. Elles présentent de fort sentiment de culpabilité. Elles n'arrivent pas à gérer la cachoterie en rapport avec l'infidélité. L'époux est souvent décrit comme démissionnaire ou absent.

2-4-2 Infidélité du conjoint (5/14)

Les sujets qui souffrent de l'infidélité de l'époux, vivent-elles aussi un profond sentiment de culpabilité. Elles se sentent responsables de cette situation. Elles viennent en consultation après avoir tenté plusieurs thérapies traditionnelles pour d'abord se débarrasser d'une éventuelle 'sorcellerie'. Elles sont souvent des femmes au foyer et dépassées par la responsabilité de la famille.

2-4-3 Polygamie (1/14)

Elles sont très peu représentées. Une seule femme a été retenue dans notre échantillonnage. Malgré le fait qu'elle a donné l'accord à son époux de se remarier, mais elle présente souvent de remords. Pensant améliorer la situation du couple, elle se retrouve dans une dégradation plus importante.

2-4-4 Doutes de l'infidélité de l'époux (1/14)

Elles sont peu représentées dans notre échantillonnage. Nous avons recensé une seule femme. Elle consulte pour le doute de la fidélité du mari. Bien qu'elle n'ait aucun élément confirmant cela, mais elle présente comme argument le changement inhabituel du comportement du mari.

2-5 Troubles somatiques et/ou mentaux 13%

Nous allons rassembler sous cette rubrique les différentes plaintes données par les sujets d'ordre somatiques ou mentales. Ils sont du nombre de 5 : psychiatrique, neurologique, gastroentérologique, gynécologique et dermatologique.

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets :

Troubles somatiques ou mentaux	Gynécologue	Psychiatre ou neurologue	Gastroentérologue	Dermatologue
Nbre	11/13	10/13	7/13	6/13
%	84%	76%	54%	46%

Tableau (14) Distribution des sujets en fonction des troubles somatiques ou mentaux³¹

2-5-1- Troubles gynécologiques (11/13)

Elles représentent le nombre le plus important 11/13 de l'ensemble des troubles. Les motifs les plus exprimés sont par ordre : des blocages du cycle menstruel, dérèglements hormonaux. La majorité des sujets sont adressées par leurs médecins traitants.

2-5-2 Troubles psychiatriques et/ou neurologiques (10/13)

Ils sont en seconde position. Les sujets viennent souvent pour une aide psychologique parallèle à leur traitement médical. La majorité présente des cas psychotiques. La psychose maniacodépressive et la schizophrénie sont les plus représentées. Pour celles qui présentent des difficultés neurologiques, elles viennent pour une cure de relaxation. La psychorigidité du corps reste l'élément central de leurs plaintes.

2-5-3 Troubles gastroentérologique (7/13)

Les motifs les plus exprimés sont des colopathies fonctionnelles, des douleurs, des crampes d'estomac, des ulcères gastriques. Souvent ils répondent peu au traitement médical.

2-5-4 Troubles dermatologiques (6/13)

2-6 Troubles traumatiques Les motifs les plus exprimés sont : chute de cheveux, pelade, eczémas, ou alors des acnés au niveau du visage. Les anomalies physiques sont souvent associées à des passages conflictuels importants.

³¹Ce tableau est conforme sur le plan descriptif et non pas sur le plan arithmétique (en raison de maladies communes se présentant chez plusieurs sujets).

Nous avons rassemblé sous cette rubrique 4 types : Violence physique, violence terroriste, décès d'un proche et viole ou inceste.

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets :

Troubles traumatiques	Violence physique ou maltraitance	Violence terroriste	Décès d'un proche	Viole et/ou inceste
Nombre	6/19	5/19	4/19	4/19
%	31%	26%	21%	21%
Total	19/19			
%	100%			

Tableau (15) Distribution des sujets en fonction des troubles traumatiques

2-6-1 Violence physique ou maltraitance du conjoint (6/19)

Le contenu de cette violence peut aller de la simple injure ou menace jusqu'à l'agression physique. Aucune femme n'a déposé plainte contre le mari pour certifier les préjudices assignés. Elles restent souvent persuadées que le conjoint a tous les droits. Elles ont une estime de soi très basse. Nous avons même enregistré une certaine forme de masochisme qui détint sur leurs profils.

2-6-2 Violence terroriste (5/19)

Les sujets se présentent souvent affectés par un événement en rapport avec les agressions terroristes. Nous citons entre autres : la disparition, l'assassinat ou la menace d'un proche. Ces événements remontent souvent à loin mais ils sont réactivés suite à un nouvel événement d'apparence banale.

2-6-3 Décès d'un proche (4/19)

Les décès les plus enregistrés sont ceux des grands-parents, les pères ou les oncles. La personne décédée, représente souvent, ou bien un model identificatoire important ou ayant de bons liens psychoaffectifs avec elle.

2-6-4 Viol, inceste (4/19)

Les sujets qui viennent pour viol ou inceste sont souvent des jeunes adultes célibataires. Parfois il suffit d'une tentative de viol pour mettre à jour toutes leurs défenses. Les agresseurs sont souvent des proches, des voisins et parfois des enseignants.

Discussion des résultats : motif de consultation

Les résultats en rapport avec les motifs de consultations nous éclairent davantage sur l'expression et la nature de la souffrance mentale ainsi que sur le fonctionnement psychique de ces femmes.

Le fait que les motifs de consultation retenus sont en premier : 'conflits divers', ceci annonce déjà la difficulté d'adaptation éprouvée ainsi que les fortes pressions exercées par l'entourage. Cette pression a été également perçue dans les deuxièmes motifs. Ainsi, la phobie qui représente à elle seule 20% des préoccupations, elle reste assez significative. Le fait qu'elle s'exprime en termes de sentiment d'insécurité et une insatisfaction de soi, ceci pénalise considérablement leurs agissements. Elle agit souvent dans l'allure en rapport à une angoisse de mort, souvent camouflée par une pensée agissant comme solution providentielle afin d'éliminer rapidement la charge émotionnelle conflictuelle.

Les différents troubles sexuels à savoir : *manque de désirs, homosexualité latente, virginité*, sont bien représentés. Ceci renforce l'idée que la forte pression vécue pourrait empêcher le processus de maturation identitaire et sexuel à se développer, d'où l'inquiétude morbide à tout ce qui se rapporte à la sexualité.

Les différents troubles somatiques tels que : *gynécologique, gastroentérologique dermatologique*, partent également dans la même explication à savoir la prégnance de la forte pression véhiculant une inhibition voir un fort refoulement. En termes hypothétiques nous pouvons imaginer certaines équations telles que : troubles Gynécologiques = refus de procréation, troubles gastrologie = indigestion 'psychique', troubles dermatologie = peau fragile n'assurant pas la fonction dedans-dehors.

3- Hypothèses diagnostics

Nous allons analyser dans ce thème les différents diagnostics dégagés à travers les 100 sujets soumis à l'étude. Il est utile de rappeler les étapes utilisées avant d'arriver à une classification des différents fonctionnements. Les hypothèses dégagées ne se sont pas faites sur une étude détaillée du fonctionnement psychique en terme psychodynamique ou structural. Nous nous sommes plutôt référés aux données symptomatiques récoltées à travers les différents entretiens cliniques.

Les données de base sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour dégager les éléments diagnostic sont : les références théorico cliniques données par J. Bergeret (1974,1979), Laplanche et Pontalis (1990). Nous nous sommes référés également aux DSM-IV et DSM-V. Les deux nous ont servi d'appui pour repérer les différents signes qui nous permettent d'insérer la personne dans tel ou tel diagnostic.

A titre d'exemples, une personne qui se présente la première fois, elle donne les éléments suivants : Jeune adulte, universitaire, appartenant à une famille nombreuse, elle est l'aînée de sa fratrie, elle n'a aucune expérience sentimentale ou amoureuse. Ces éléments sont pris en compte en premier. La personne donne par la suite comme

motif de consultation : timidité, inhibition et repli sur soi. Nous pouvons, en fonction de ces données dégager déjà une hypothèse diagnostic. L'idée d'un fonctionnement hystéro-phobique est la plus favorable. Pour cette personne, c'est ainsi que nous évaluons les degrés de refoulement ainsi que le poids de la pression sociale vécue.

Un travail clinique minutieux est mis en œuvre évoluant toute au long de la prise en charge. Il confirme ou rectifie le diagnostic posé au départ. Nous rajoutons parfois une épreuve projective telle que le test Rorschach pour affiner les données en cas de doute. Ceci nous permettra de procéder au classement définitif du sujet dans le registre qui lui convient le plus.

Nous allons à présent, en fonctions des données citées, procéder à une classification des patientes en fonction du diagnostic. Nous avons dégagé 5 registres : Hystéro phobiques, Phobo-obsessionnelle, État limite et psychose. Le tableau, ci-dessous, contient la distribution des sujets en fonction de cette classification.

Diagnostiques	Hystéro phobique	Phobo obsessionnelle	Obsessionnelle	État limite	Psychose
Nombre	58	21	11	7	3
Total	58/100	21/100	11/100	7/100	3/100
%	58%	21%	11%	7%	3%

Tableau (16) Distribution des sujets en fonction du diagnostic

Analyse des résultats

3-1 Hystéro-phobique

C'est le diagnostic le plus représenté. Il s'élevé à 58% des sujets. En terme symptomatique, cette phobie s'exprime par une forte inhibition qui entrave l'équilibre. Les plaintes récoltées sont souvent de type : « je me sens pas bien, je n'arrive pas à vivre avec ma famille, je souffre au travail ». Le comportement de fuite et d'évitement reste le trait essentiel les caractérisant. Sur le plan psychoaffectif, elles ont souvent une forte émotion s'exprimant, durant les séances, par des larmes. Le besoin de soutien et d'étayage est fortement sollicité. Nous signalons également une immaturité importante voir manque de structuration. On a l'impression d'avoir à faire à de petites filles qui cherche écoute, soutien et guide.

3-2 Phobo-obsessionnelle

Ce fonctionnement vient en seconde position après le fonctionnement hystero-phobique. Elles sont 21% à être classer dans ce registre. Elles se caractérisent par le même symptôme précédent (évitement, fuite et immaturité). Elles ont, de plus, des symptômes obsessionnels parfois paralysants. Les exemples que nous pouvons citer

sont : la difficulté de se déplacer seul, la crainte obsédante que quelque chose de grave va arriver, certaines préoccupations hypochondriaques telles que : peur du cancer ou du sida.

3-3 Fonctionnement obsessionnel

Elles sont moins importantes en termes de nombre que les autres. Elles occupent 11% de la population. Les symptômes retenus sont plutôt élevés voir paralysant. Lorsque l'entourage (mari, famille ou employeurs) menace de rompre la relation, elles vivent un véritable danger. C'est souvent à ce moment précis qu'elles demandent de l'aide. Les mécanismes obsessionnels (exigence, ordre, rangement et propreté) viennent souvent pour faire barrières au risque omniprésent de débordement. La psychorigidité est le raisonnement machinal dépourvu de toute résonance affective.

3-4 Les états limite

Les patientes ayant un aménagement limite sont au nombre de 7/100 (7%). Bien que le nombre soit assez limité par rapport à la population globale, mais c'est des patientes qui présentent une très forte souffrance. Elles ont des symptômes obsessionnels tellement forts qu'elles ont du mal à s'adapter sur le plan familial ou social. Elles vivent un véritable rejet de la part de l'entourage. Elles ont des symptômes trop handicapants en termes d'acceptation ou tolérance à la frustration. La majorité d'entre elles sont célibataires, ou divorcées. Elles ont toutes pris des traitements antidépresseurs. Et ont dans la majorité un niveau universitaire.

3-5 Fonctionnement psychotique

Elles sont 3/100 (3%) de la population d'étude. Elles ont toutes demandé une aide psychologique en parallèle. Les trois viennent accompagnées avec un des parents. Une d'elle présente une psychose maniacodépressive et l'autre une schizophrénie simple. Les trois sont suivies en psychiatrie. La décompensation survient souvent au début de l'âge adulte, après les études universitaires ou à l'entrée au monde professionnel.

Discussion des résultats relatifs au diagnostic

Nous pouvons formuler une idée sur l'ensemble du diagnostic dégagé sur le fonctionnement psychique des sujets. Comme il a été évoqué, l'ensemble des sujets a été réparti, selon la fréquence du diagnostic en cinq groupes. Les trois premiers, à savoir : l'hystéro-phobie, les phobo-obsessionnelles et les obsessionnelles sont les plus représentés. Les deux derniers : l'état limite et les psychoses sont d'un nombre réduit.

Le fait que les hystéro-phobiques occupent le plus grand nombre reste significatif à plus d'un titre. Elles présentent, dans leur majorité, des symptômes moins handicapants et le besoin de se faire aider chez eux est souvent fort. Le but implicite

de leur demande est de les aider à assumer les positions de femmes adultes structurées

Bien que l'ensemble de la population présente une immaturité psychoaffective importante mais elles montrent globalement une volonté et une disposition à aller vers la maturité. Une de leurs caractéristiques c'est qu'elles ont dans leur majorité, un problème identificatoire important. En termes de mécanismes prévalent, nous notons un excès de refoulement qui paralyse parfois toute leurs capacités. Nous nous retrouvons aisément dans la citation de J. Bergeret lorsqu'il évoque la névrose hystéro-phobique. Il écrit : « Le refoulement, malgré son importance, n'y a pas réussi complètement : il existe un certain degré d'échec et appel à des mécanismes accessoires et satellites » (Bergeret, 1996, p. 116). L'échec du refoulement s'exprime souvent sous forme de sentiment de culpabilité pénalisant en termes d'adaptation et coûteux en énergie.

La durée de la prise en charge se situe en moyenne entre une et deux années. Nous constatons parfois une amorce de changement dès les premiers mois. Tout se passe comme si qu'elles ont besoin d'utiliser le cadre psychothérapique pour prendre certaines décisions telles que : mariage, travail ou étude universitaire. Elles utilisent aussi la psychothérapie comme processus les aidant à mieux jouir dans leur vie de couple. C'est dans ce sens que nous évoquons le problème de l'immaturité psychoaffective. Nous ressentons parfois un véritable problème de croissance chez elles. C'est dans ce sens également que nous nous réconfortons dans les écrits de L. Diamanti (2003). Lorsqu'il analyse le fonctionnement phobique, il précise que « La phobie est la marque de l'inachevé d'un processus de symbolisation (...). Elle témoigne d'un arrêt du sujet dans sa structuration » (Diamanti, 2003, p. 28). La psychothérapie dans ce sens aide ces patientes à aller vers la symbolisation et développer une certaine maturité dont elles ont besoin.

Une des caractéristiques de ces patientes c'est qu'elles sont dans 72% célibataires. Ne pouvant plus supporter l'abstinence sexuelle et la dureté de la vie de célibat, elles consultent dans l'espoir de trouver une issue efficace aux conflits. Nous rajoutons qu'elles ont en majorité un niveau d'étude universitaire et occupent parfois des professions de cadres. Ce sont des éléments agissant souvent en leur faveur. Ça leur permet de mieux comprendre les conflits sous-jacents et favorisent le passage plus ou moins, rapide vers la position de femme structurée. Le psychologue dans ce sens agit comme un substitut parental les encourageant à réaliser ou vivre leurs désirs.

Pour ce qui est de la deuxième catégorie représentée par les '*phobo-obsessionnelles*', sont au nombre de 21 femmes (21%). Elles ont majoritairement un fonctionnement plus rigide que les phobo-obsessionnelles. La souffrance chez elles est plus importante du fait qu'elles ont des conflits plus profonds. De ce fait, les symptômes sont plus handicapants et la douleur morale est plus forte. Elle se laisse voir par une grande révolte contre toute forme d'autorité. La psychorigidité est frappante chez elles. Elle se manifeste par une image du corps plutôt masculine. Elle peut être une défense

maniaque refusant l'allure féminine perçue comme dégradante et la cause de tous les malheurs. Elles ont une vie imaginaire trop stricte ne permettant aucune tolérance à la frustration. La vie fantasmatique de l'obsessionnel disait J. Bergeret « demeure en générale pauvre, son univers onirique tout comme ses capacités relationnelles apparaissent comme rigidifiés, desséchés, momifiés pour une plus ou moins grandes part » (Bergeret, 1996, p. 111). Le fait de non intégration de l'image maternelle dénotant une faille identificatoire, ceci favoriserait, en grande partie ce type de fonctionnement.

Pour ce qui est des sujets insérés sous la rubrique 'état *limite*' sont moins représentés. Ils ne sont que 7 sujets sur 100 (7%). Sur le plan symptomatique, ils manifestent une forte phobie avec une crainte du regard extérieur, d'où l'évitement et l'inadaptation sociale. Dans ce cas nous n'avons pas à faire à une névrose phobique simple mais plutôt à un état limite au sens de la paranoïa. Si le sujet, disait C. Chabert se sente persécuté, craint les relations avec les autres, c'est plus qu'une névrose phobique et il y a lieu de rechercher une angoisse de type paranoïde » (Chabert et al, 1999, p. 49). L'état limite dans ce sens ne se situe pas, comme nous avons tendance à le croire, entre névrose et psychose, mais c'est plutôt une forte angoisse avec des symptômes paralysant au point où le sujet n'arrive plus à s'ajuster socialement ni s'intégrer familialement.

Les derniers diagnostics relatifs à la psychose, le nombre est très limité. Le nombre 3/100 n'a pas une signification statistique particulière par rapport à l'ensemble de la population d'étude. Le fait que la demande ne vient pas directement de la personne, ceci ne nous permet pas de traiter les données comme les autres catégories. Néanmoins, nous pouvons avoir une idée sur les préoccupations et les représentations familiales par rapport à la maladie. Nous retenons à ce propos, que la famille s'acharne et fournit le maximum d'effort pour banaliser voire camoufler le trouble. De ce fait, le recours au psy a plus un sens de déni de prise en charge psychothérapique. D'ailleurs les trois patientes sont souvent irrégulières dans les séances. Dès que la famille perd espoir du changement rapide de leur fille, elles manifestent aussitôt moins d'enthousiasme d'où le relâchement progressif du suivi.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans faire des liens explicatifs entre les données dégagées par la clinique et le référentiel théorique. Ça nous aidera à mieux préciser les données et clarifier les nuances.

4- Fonctionnement hystéro-phobique : de la théorie à la clinique

A travers les données retenues dans ce chapitre, à savoir la prégnance dans notre population d'étude des deux fonctionnements, l'hystéro-phobique et le phobo-obsessionnel (79% des patientes), il est utile de marquer un arrêt et discuter le sens et la portée de ces données. La littérature psychanalytique dans ce contexte est riche de sens et de valeurs interprétatives. Elle nous aidera certainement à mieux comprendre la portée et le sens dynamique des agissements.

En termes de mécanismes de défense, le refoulement reste le principal mécanisme qui sous-tend le fonctionnement hystérique. Il s'exprime en termes de difficulté qu'a le sujet à gérer « les représentations les plus variées liées aux pulsions et aux affects désagréables pour les instances interdites » (Bergeret, 1979, p. 90).

Ce travail dynamique, profond et complexe suppose la non résolution du complexe d'Œdipe. L'agressivité qui se dirigeait vers le parent du même sexe reste souvent active, témoignant l'échec du refoulement. « Les représentations de la haine du père sont refoulées. Mais ce refoulement n'est pas assez bien réussi car la formation substitutive (...) ne correspond pas à un déplacement suffisant : un degré de désagréable persiste et il faut faire jouer au plus l'évitement, la fuite (...) » (Ibid, p. 90). Ceci dit, il s'agit d'une description classique que partagent, à des degrés différents, les sujets historiques. Mais ceci peut-il s'adapter avec les autres formes hystériques ?

Il est important de rappeler, dans ce contexte, que le fonctionnement hystérique de nos patientes ne fait pas partie de *l'hystérie de conversion*. Le symptôme dans ce diagnostic est plutôt focalisé sur les organes du corps. Par contre, le fonctionnement de nos patientes pourrait s'insérer plutôt dans le diagnostic proche de *l'hystérie d'angoisse*. Cette dernière s'exprime principalement par une angoisse plus ou moins forte et souvent handicapante. Elle se manifeste par un malaise généralisé et un sentiment d'insécurité. Freud précise à cet égard que chez ces patients « La libido, que le refoulement a détaché du matériel pathogène, n'est pas convertie, (...) mais libérée sous forme d'angoisse ». Il rajoute que « l'hystérie d'angoisse se développe toujours davantage dans le sens de la 'phobie' » (Laplanche et Pontalis, p. 179,).

Ceci nous indique que le malaise vécu par les patientes dénote la présence d'une forte répression dénotant l'échec du refoulement. D'ailleurs, nous nous situons volontiers dans notre approche au niveau de l'analyse donnée par Breuer et Freud (1984). Les deux ont travaillé, tout à fait au début des travaux, sur l'hystérie de *réretention*. C'est important de revenir sur ces concepts pour mieux cerner le sens. Le terme *réretention*, dans ce contexte, est emprunté de la biologie.

Le Robert lui donne la définition suivante : « se dit du séjour prolongé, dans une cavité ou un conduit de l'organisme, d'une substance destinée à être évacuée ou expulsée ». La définition nous convient parfaitement, car le sens se rejoint à celui donné au terme '*répression*'. Il s'agit d'un freinage, blocage et d'inhibition des désirs ou des pulsions. En faisant le parallèle entre cette définition et celle donnée par le vocabulaire de psychanalyse à propos de '*hystérie de réretention*,' nous nous situons dans le même niveau. Pour l'hystérie de réretention, « sa pathogénie se caractérise par le fait que des affects, notamment sous l'action de circonstances extérieures défavorables, n'ont pas pu être abréagés » (Laplanche et Pontalis p. 181). Nous retenons donc que la réretention est celle qui touche les désirs et même les représentations qui s'y attachent.

5- Approche symbolique des troubles somatiques des sujets

On ne peut aborder les troubles somatiques tels qu'ils sont recensés chez nos patientes sans parler et faire la référence au fonctionnement hystérique. Qui dit rétention, dit également inhibition des désirs. Ceci ne peut passer sous silence. Il y a certainement un certain retentissement sur le fonctionnement somatique. Un nombre important de chercheurs se sont penchés sur la question, non pas au sens psychosomatique et la pensée opératoire de P. Marty (...), mais plutôt au sens de la valeur symbolique que peut contenir l'organe atteint. Dans ce sens, Lepastier S. (2015) écrit : « Dans la crise (hystérique), il est remarquable de relever la progression de l'affect avec la série : frigidité, dégoût, puis angoisse précédant la verbalisation. L'attaque hystérique est non seulement le moment du *saut mystérieux du psychique dans le somatique*, mais aussi le temps de la mise en place de la répression de l'angoisse » (Lepastier, 2015, p. 11). Le *saut mystérieux* du psychisme vers le somatique nous intéresse à plus d'un titre. Il peut nous indiquer comment s'opère le passage entre psy et soma. Si l'organe subit des tensions répétées, ceci finit par causer des atteintes, non seulement à l'organe mais il perturbe aussi sa fonction.

Dans la même perspective, Israël L. (1976) a énuméré un ensemble de pathologies observées chez la femme hystérique. Il écrit : « parmi les plaintes des hystériques d'aujourd'hui, les maux de tête occupent, avec les vertiges, la première place » (P. 32). Il ajoute plus loin « il s'agit en effet des douleurs. Il n'y a certes pas qu'une seule douleur hystérique, mais encore une fois chaque patient aura ses douleurs... Et pourtant quel que soit son siège, son intensité, il faudra se garder d'une explication purement locale. » (p. 33)

C'est ce que nous avons constaté auprès de certaines de nos patientes qui ont exprimé différents troubles organiques. Nous pouvons aller des simples troubles sexuels tels que *le manque de désirs*, jusqu'au *vaginisme* (voir *Chapitre 2* p. 106). Nous avons ainsi observé une grande similitude entre les plaintes de nos sujets et ce qui a été développé par Israël. D'ailleurs, l'auteur donne des précisions concernant la nature de ces troubles : « Beaucoup d'hystériques ont des cycles perturbés. Toutes les modifications peuvent se rencontrer avec, le plus souvent, l'aggravation des troubles caractériels ou des symptômes au moment où surviennent les règles ainsi d'ailleurs qu'au moment où elles auraient dû survenir. Ces règles seront en outre le plus souvent douloureuses » (Ibid, p. 37). C'est exactement ce que nous avons enregistré lors de nos entretiens. Les plaintes en rapport avec les troubles gynécologiques sont de l'ordre de 15 %.

Il y a certainement d'autres anomalies qui sont en rapport direct avec des conflits psychiques localisés au niveau des désirs et des défenses. Quand le refoulement perd de son efficacité et que le symptôme psychique ne peut plus jouer son rôle de compromis, le relais peut être pris par le corps. Dans cette trajectoire, Israël ajoute « les manifestations somatiques de l'angoisse sont bien connues ainsi que les mécanismes neurophysiologiques mis en jeu par elle. Que des phénomènes

analogues puissent avoir lieu témoignent de l'intensité des forces agissantes » (Israël, 1976, p.35).

Sans doute, cette '*force agissante*' reste extrêmement virulente. Elle peut aller loin pour toucher différents systèmes. « Le syndrome neuro-végétatif n'a rien qui permet de le classer sans appel. On y fait entrer des troubles végétatifs certes, du dermographisme aux variations par défaut ou par excès du réflexe nauséux de la transpiration, à l'horripilation, ...etc. Seulement, on y ajoute, selon le cas, l'angoisse, les troubles du sommeil, les modifications de l'appétit et bien d'autres » (Ibid, p. 35). La liste est certainement longue. Pour ce qui concerne notre travail, nous avons senti une grande similitude entre ce qui est décrit par l'auteur et les souffrances physiques de nos patientes. A titre d'exemple et pour aller dans le même fil d'analyse, nous avons enregistré auprès de nos sujets des troubles gastroentérologiques et dermatologiques. Les deux totalisent entre 13% et 15% des plaintes (voir *Chapitre 6*, p. 105).

Il est important d'ajouter un autre élément pour mieux éclairer nos propos. Il s'agit des moments de survenue des troubles. Nous avons remarqué, notamment dans les troubles en rapport avec les '*maux de têtes*', les '*douleurs articulaires*'. Ces *symptômes* augmentent au moment du renoncement à certains désirs et au moment des mutations. Ces anomalies s'atténuent après le passage à une autre étape réalisant le deuil de la précédente.

Conclusion

En termes de ce chapitre et en guise de conclusion, nous retenons à travers le traitement des données relatives à l'identification des sujets, motif de consultation et diagnostic, un ensemble d'éléments caractérisant la souffrance psychique de la population d'étude.

Il s'agit de l'analyse des données retenues sur 6 thèmes totalisant 22 items, toutes mobilisées pour cerner avec plus de précisions possible la nature et les ramifications de cette souffrance.

En filigrane toute en donnant une idée condensée sur les consultations, nous pouvons avancer que la demande d'aide psychologique des femmes souffrantes, est caractérisée par les éléments suivants :

Les jeunes femmes qui consultent sont souvent célibataires, instruites appartenant souvent à des familles nombreuses.

Les principaux motifs de consultations sont : mal de vivre, sentiment d'insécurité et une forte inhibition psychologique et sociale.

Les principales hypothèses diagnostics dégagées sont : hystéro-phobie et le phobo-obsessionnel, les deux agissent dans un registre rigide.

Ces données sous-entendent un grand effort psychique et énergétique fourni par ces femmes pour lutter contre une forte répression familiale et sociale. Elles luttent ainsi continuellement dans une dualité sévère coincée entre désirs – défense.

CHAPITRE 7

Résultats de la recherche 2

Pratiques socioculturelles

Tenues vestimentaires, pratiques religieuses, thérapies traditionnelles

Introduction

Nous allons donner dans ce chapitre les différentes pratiques socioculturelles vécues et utilisées par la population d'étude. Afin de faciliter l'analyse, nous avons subdivisé ces pratiques en trois catégories : type d'habillement, pratiques religieuses et thérapies traditionnelles.

Nous avons donné une importance particulière au type d'habillement en raison de sa valeur considérée comme 'contenante' et, en même temps, une enveloppe corporelle. L'analyse de cette variable nous renseigne certainement mieux sur la qualité du fonctionnement psychique.

En ce qui concerne les pratiques religieuses, nous les avons subdivisées en trois pratiques : la prière, le ramadhan et la pratique de l'aumône. Les données de chaque rubrique ont été minutieusement analysées en essayant de les intégrer, à chaque fois, dans l'ensemble du fonctionnement.

Pour ce qui est des pratiques thérapeutiques religieuses, elles ont été subdivisées en fonction de leur fréquence en quatre types : la roukia, le désensorcellement, la hidjama et la phytothérapie (herboristes). Les quatre pratiques ont été soulevées au niveau de toute la population d'étude. L'analyse et l'interaction des différentes pratiques nous aideront à mieux comprendre la portée de ces pratiques sur les agissements des personnes.

A la fin du traitement de chaque pratique, nous avons tenté de faire une analyse théorico-clinique en nous référant à chaque fois à la littérature actuelle pour étayer et argumenter les données retenues.

Une synthèse a été faite à la fin du chapitre clarifiant et mettant en exergue l'importance de ces agissements sur le fonctionnement psychique des sujets. Ceci nous permettra de mieux enrichir l'analyse sur l'origine et le sens clinique de la souffrance mentale.

1-Tenue vestimentaire

Nous soumettrons à l'analyse les différents types d'habillement des sujets lors de la première consultation. Afin de faciliter l'analyse, nous avons divisé leurs tenues en 4 types : 1- Tenues religieuses modernes (voile moderne), 2- Tenue religieuse traditionnelle (voile traditionnel), 3- Tenue moderne (ne porte pas de voile), 4-Tenues religieuses strictes (ne montre pas les formes à part le visage, djilbab).

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets en fonction des types d'habillement :

Type d'habillement	Tenue religieuse moderne (voile moderne)	Tenue religieuse traditionnelle (voile traditionnel)	Tenue occidentale (Sans voile)	Tenue religieuse stricte (djilbab)	Total
Nombre	40/100	30/100	26/100	4/100	100/100
%	40%	30%	26%	4%	100/100

Tableau (17) Distribution des sujets selon le type d'habillement

Analyse des résultats

1-1 Tenue religieuse moderne (voile moderne) : Elles sont 40/100 (40%) à porter une tenue religieuse moderne. Nous entendons par moderne une tenue assez gaie contenant plusieurs couleurs. Elles portent souvent un pantalon, une liquette, un foulard qui laisse souvent apparaître une mèche de cheveux. Il s'agit d'un mélange assez harmonieux, affichant les deux tendances, moderne et traditionnelle.

1-2 Tenue religieuse traditionnelle (voile traditionnel) : elles sont 30/100 (30%). C'est une tenue un peu plus stricte que la première. L'ensemble du corps est dissimulé sous un uniforme léger. Le visage et les mains sont clairement apparents. Les formes du corps sont cachées, les cheveux totalement dissimulés. Elles affichent moins de couleurs attrayantes.

1-3 Tenue occidentale (sans voile) : elles sont 26/100 (26%) à porter cette tenue. Il s'agit d'un uniforme laissant apparaître les formes du corps. Certaines parties du corps, telles que les jambes, les bras et les cheveux sont clairement mis en valeur. Contrairement aux femmes précédentes, elles sont souvent maquillées. Parfois, elles exhibent les formes du corps par des pantalons moulus et la mise en valeur de la poitrine. Une certaine attitude moderne dans leurs allures dénote un souci de suivre les dernières nouveautés de la mode.

1-4 Tenue religieuse stricte (djilbab) : elles sont 4/100 (4%) à porter ce genre d'habillement. Il s'agit d'une tenue qui cache toutes les formes du corps. Aucun membre n'apparaît. Cette tenue est souvent de couleur terne ou noir. Tout est caché à part les yeux. Les mains sont également couvertes de gants. Le bas de la tenue frôle délicatement le sol.

1-1-1 Distribution des sujets en fonction des âges et le port du voile moderne

Nous soumettrons à l'analyse la distribution des femmes selon la tenue vestimentaire. Il s'agit de trois tenues : 1- Voile moderne, 2- voile traditionnel, 3- tenue moderne (sans voile). Nous tenterons de faire ressortir les liens entre deux variables : l'âge et le type d'habillement.

Distribution des sujets en fonction de l'âge et voile moderne. Le tableau, ci-dessous, contient la distribution des sujets :

Âges	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46 et +	Total
Voile moderne	11/40	9/40	8/40	7/40	4/40	2/40	40/40
%	28%	22%	20%	17%	10%	5%	100%

Tableau (18) Distribution des sujets en fonction de l'âge et du voile moderne

Analyse des résultats :

L'élément essentiel à retenir dans ce tableau c'est que le voile moderne est le plus représenté avec 40/100 (40%) de l'ensemble de la population. La répartition de ce nombre sur les tranches d'âge est comme suit : 28% chez la tranche d'âge (20-25), plus on avance dans l'âge et plus ce type d'habillement diminue. Elles sont 22% pour la tranche d'âge de (26-30 ans) et arrive jusqu'à 5% pour la tranche d'âge de 46 ans et plus. Ce genre d'habillement pourrait être privilégié par les sujets plus jeunes vu la caractéristique décontractée de ce vêtement et vu les tendances de mode actuelles.

1-1-2 Distribution des sujets en fonction de l'âge et du voile traditionnel

Âges	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46 et +	Total
Voile Traditionnel	2/30	3/30	5/30	9/30	8/30	4/30	30/30
%	7%	10%	17%	30%	26%	12%	100/100

Tableau (19) Distribution des sujets en fonction du type d'habillement (Voile traditionnel)

Analyse des résultats

Contrairement au voile moderne, le voile traditionnel est moins représenté. Elles sont 30% à porter ce type d'habillement. Pour les sujets âgés de 20 à 25 ans, elles sont de 7%. Ce pourcentage augmente progressivement jusqu'à 30% pour celles âgées de 36 à 40 ans. Il diminue de nouveau pour atteindre 12% chez celles âgées de 46 ans et plus. Cette courbe, croissante-décroissante pourrait s'expliquer par le fait que l'âge détermine, en quelque sorte, le port de cette tenue. La jeune femme pourrait cacher son corps en raison de sa fragilité psychique. Le manque de maturité, particulièrement à un âge jeune (20-25 ans) reste un élément qui favoriserait le port de cette tenue. Par ailleurs, le fait que cette tenue diminue après l'âge de 41 ans atteste d'une relative maturité du psychisme et du corps. De ce fait, elle a moins besoin de se protéger. A préciser que la majorité des sujets ayant 40 ans et plus sont mariés. C'est ce qui les met, d'une certaine façon, à l'abri du regard extérieur. De ce fait, elle n'a plus besoin de se protéger avec le voile.

1-1-3 Distribution des sujets en fonction d'âge et de la tenue occidentale

Tenue occidentale (sans voile)	20-25	26-30	31-35	36-40	41 -45	46 et +	Total
Nombre	9/26	7/26	4/26	3/ 26	2/26	1/26	26/26
%	34%	30%	14%	11%	7%	4%	100/100

Tableau (20) Distribution des sujets en fonction du type d'habillement (Tenue occidentale)

Analyse des résultats

A rappeler que la tenue moderne (sans voile) est de 26/100. Ce qui représente environ le ¼ de la population d'étude. La répartition de cette tenue en fonction des âges est significative. Si dans la tenue traditionnelle, la tranche d'âge 20-25 est peu représentée, la même tranche est la plus dominante ici. Ils sont 34% de l'ensemble des sujets. Plus on avance dans l'âge et plus ce pourcentage diminue. Il atteint 4% pour la tranche d'âge 46 ans et plus. L'élément essentiel à retenir pour cette population c'est que les sujets qui ont choisi de ne pas porter le voile, représentent un groupe relativement minime (26/100) et moins de la moitié sont âgés entre 20 et 25 ans. Cela reste un premier indice qui montre que les jeunes femmes ont du mal à afficher leurs corps.

Discussion des résultats : tenue vestimentaire

La tenue vestimentaire portée par les sujets peut donner des indices significatifs à explorer cliniquement, tout en essayant de la mettre en interaction avec le vécu socioculturel. Il est à préciser, en guise d'éléments saillants, que la population d'étude ballote entre trois groupes de femmes : celles qui portent un voile moderne, qui représente la majorité de la population (40%), celles qui ne portent pas de voile (tenue moderne (30%), et enfin, celles qui portent le voile traditionnel (26%).

En ce qui concerne la discussion des liens entre le type de tenue et l'âge, nous avons soulevé que la tranche d'âge 20-30 ans porte soit un voile traditionnel moderne, soit une tenue moderne (sans voile). La grande majorité de cette population est célibataire. Bien que les deux groupes soient différents dans la tenue, ils se rapprochent dans la caractéristique. Elles sont majoritairement jeunes et célibataires. Nous supposons que celles qui portent le voile moderne ne répondent pas vraiment à une conviction religieuse. C'est plutôt pour échapper à une certaine pression sociale. Ainsi, cette tenue leur permet de sortir librement et échapper au regard inquisiteur de la société.

Sur le plan clinique, nous avons observé que certaines femmes le disent clairement : « Je le porte parce que mon frère ne me laisse pas sortir sans le voile... » (Karima, 22 ans, étudiante). « Je le porte pour pouvoir aller à l'université et continuer mes études » (Ferial, 19 ans, étudiante). Nous avons également soulevé que certaines femmes le portent mais ne font pas la prière. D'autres ont des comportements plus osés tel que fumer en cachette ou ont des pratiques sexuelles répétées.

Pour ce qui est des femmes qui ne portent pas de voile (tenues occidentales), qui font également partie de la tranche d'âge (20-30 ans), elles sont en majorité célibataires. Elles appartiennent souvent à la classe sociale élevée. Elles ont des parents instruits et parfois, occupant des postes de cadres supérieurs. Leur mode de vie familial et social est très aisé. Elles se déplacent souvent en voiture ou sont accompagnées par leurs proches. C'est ce qui les met à l'abri de certaines contraintes sociales. Néanmoins, il est à remarquer que certaines affichent clairement leurs conflits et leur culpabilité du fait qu'elles ne portent pas le voile. Pour une des patiente (Djamila, 25 ans, universitaire), le motif de la consultation reste sa souffrance de ne pas pouvoir porter le voile car sa famille, en particulier son père, s'y est opposé.

Le point en commun que nous pouvons retenir à propos des femmes des deux groupes qu'elles ont toutes un fonctionnement souple, et celles du deuxième groupe ont plus de moyens pour vivre et exprimer cette souplesse. Le point de divergence entre les deux groupes se résume seulement en termes de souffrance tel qu'il est exprimé dans le motif de consultation. Pour le premier groupe, elles éprouvent une sorte de

sentiment de culpabilité du fait qu'elles vivent leurs désirs en cachette. Pour le deuxième groupe, les femmes éprouvent également un sentiment de culpabilité, mais il est plus intense car elles expriment moins leurs désirs, par crainte de trahir la confiance de leurs parents. Si les premières fonctionnent plutôt dans le refoulement, les deuxièmes sont dans la répression. En termes de souffrance, nous supposons que celles qui ne portent pas le voile souffrent plus et sont peut-être même plus rigides. C'est dans cette perspective que nous avons soulevé que beaucoup de patientes qui ne portent pas le voile font régulièrement la prière, respectent plus les principes religieux et n'ont presque pas de vie sexuelle.

En Algérie, très peu de recherche ont été consacrée au port du voile islamique. Nous citons l'une des plus récentes. Il s'agit d'une thèse de magister en psychologie clinique. Elle porte sur le choix de type d'habillement chez les étudiantes en rapport avec leur fonctionnement psychique. Parmi les résultats obtenus : les étudiantes qui portent le voile islamique souple, ce dernier ne peut dépasser les limites tracées par la loi religieuse « nous constatons ainsi que les limites du choix de l'habillement dénonce un psychisme frappé par la stagnation, la rigidité et l'absence d'une dynamique psychique souple et la restriction du champ relationnel ». (Belbassai, 2010, p. 272)

A titre de comparaison avec les étudiantes ayant une tenue moderne (sans voile), la même recherche précise que « malgré leur volonté de choisir les habits modernes en toute liberté, elles ne peuvent échapper au conflit intense entre l'envie de maintenir ce choix et la crainte de perdre leur identité religieuse » (Ibid, p. 273)

En réalité, l'étude comparative entre les deux groupes de femmes montre un certain conflit intrapsychique. Ce dernier est caractérisé par une grande inhibition chez celles qui ont choisi la tenue islamique. Cette dernière est plus accentuée et apparente chez celles qui ne portent pas cette tenue.

Dans le domaine sociologique, il y a une autre recherche (2007) à travers laquelle l'auteur tente d'analyser les différentes voies dans lesquelles les jeunes étudiantes expriment leurs appartenances identitaires. Le vêtement, et la tenue occidentale en particulier, reste un élément important à analyser. L'étude précise « que les jeunes étudiantes se précipitent avec acharnement au port des tenues modernes, ce qui alimente un certain conflit entre leur vie personnelle et les principes éducatifs des familles. C'est ce qui agrandit la faille et alimente les conflits entre générations » (Merakchi, 2007, p. 70)

Il reste important, par ailleurs, d'analyser ce phénomène en le reliant à la croyance islamique. Dans ce contexte, le Coran a bien précisé le type d'habillement que devrait porter la femme. « Ô Prophète ! Dis à tes épouses, à tes filles et aux femmes des croyants de rapprocher un pan de leur voile de leur visage, cela est plus à même de les faire reconnaître (des autres femmes) et à leur éviter ainsi d'être importunées. Dieu est infiniment Absolu et Miséricordieux » (chapitre « Les coalisés », verset : 59). Ce verset, appelé communément le *verset du voile*, beaucoup de nos patientes se

réfèrent à lui pour justifier, et en même temps résister à la tentation de l'enlever. Certaines d'entre elles ont du mal à gérer le conflit : désirs-défenses en s'appuyant exclusivement sur le texte sacré. Nadja, 31 ans, journaliste, proclame avec une forte colère : « comment mes chefs ont-ils osé me demander d'enlever le voile ? Je ne pourrai jamais le faire, quitte à rester toute ma vie au chômage. »³²

Un autre verset, celui-ci est plus explicite, affirme : « Et dis aux croyantes de retenir un peu de leurs regards, de préserver leur parties intimes, de ne laisser voir de leur parure que ce qui en apparaît. Qu'elles se fassent de leur voile un écran sur leur gorge et qu'elles ne découvrent leur parure qu'à leur mari, ou leur propre père ou de leur mari » (chapitre « La Lumière », verset : 31). Le contenu du texte tel qu'il est dicté axe l'intérêt, comme nous le constatons, sur le regard de la femme. Il est à éviter, car il véhicule une certaine séduction porteuse de « mal ». C'est certainement dans ce contexte que Benslama a écrit : « Dans le champ de la clinique, les sujets féminins évoquent souvent, lorsqu'elles ont été contraintes à porter occasionnellement le voile, le fantasme d'être possédée par un œil puissant qui viendrait coller à leur peau ou les traverser de part en part, et de devenir, du même coup, dans toute leur personne, cet œil qui voit sans être vu » (Benslama, 2002, P. 199).

En suivant ce cheminement, nous sommes tentés de dire que la puissance des données socioreligieuses exerce, avec beaucoup de force, une intolérance quasi-permanente à tout dépassement, y compris par le regard. C'est toute une culture qui a du mal à se démarquer ; même si elle a une structure solide. Dans le même ordre d'idées, Geneviève (2002) écrit « Le corps de la femme musulmane fait l'objet d'une cartographie : les marques d'un code moral qu'elle intériorise toute au long de sa vie ». L'auteur rajoute plus loin : « Le monde islamique est dans sa globalité celui d'une civilisation (...) qui recommande la couverture : (...) ce principe de couverture du corps sert un 'idéal de l'honneur' central pour l'Islam. Couvrir le corps la préserve du regard d'autrui, 'flèche d'Iblis' (diable) aurait dit le prophète. (...) un contrôle social et cognitif s'exerce sans relâche sur le corps, spécialement sur celui de la femme » (Ibid, p. 91)

Nous sommes tout à fait à l'aise avec les écrits de l'auteur, en revanche, la clinique de tous les jours indique et confirme que le corps de la femme reste problématique. Ainsi, toute voie de rapprochement entre homme et femme est à éviter. Certaines patientes viennent en consultation complètement bouleversées, car elles n'ont pas pu lutter contre la relation soudaine qu'elles ont eu avec leur employeur ou autre. Cette situation qui réactive d'anciennes positions affectives ôte, d'un coup, toutes les défenses. Le retour du refoulé devient le maître à bord. La consultation reste l'ultime recours pour tenter d'y faire face. Djamilia, 38 ans, cadre d'entreprise relate : « je sais que c'est un péché, que je ne devais pas vivre cette relation, mais c'est plus fort que moi (...). Je suis mariée, lui aussi est marié. Il n'y a aucune possibilité d'envisager quoi que ce soit ... J'ai redoublé de ma prière, j'ai jeûné deux fois par semaine, mais il n'y a rien à

³²Certaines administrations : les hôpitaux militaires, la Radio et Télévision Algériennes, les compagnies aériennes algériennes, ne recrutent pas les femmes voilées.

faire... ».

Cet extrait suffit pour repérer une certaine fragilité du Moi et la difficulté à contrôler les désirs. « Tout est à cause du regard », relate une autre patiente, Karima, 28 ans, juriste, « c'est pour ça, disait-elle, que Dieu nous a recommandé de contrôler le regard ». Le prophète dit : « Si deux personnes (femme et homme) sont ensemble, il est clair que le diable occupe la troisième place ». Le manque de structuration, voire la non résolution du complexe d'Œdipe, reste l'élément central que partagent ces femmes. C'est dans cette optique que Benslama écrit : «... le refoulement, qui est au fondement d'une culture, ne se laisse pas facilement reconstituer, et comment la résistance s'organise par tous les moyens : évitement, déplacement, effacement du motif qui a déterminé le refoulement et les opérations répressives » (Benslama, 2002, P. 192).

Par ailleurs, en analysant de près les données statistiques, et en faisant la comparaison entre les femmes qui portent le voile et celles qui ne le portent pas, nous pouvons émettre l'hypothèse que : si les deux groupes diffèrent par leur type de vêtements, elle dissimule néanmoins la même problématique. Il s'agit du degré d'acceptation du corps. Ce dernier est exposé aux différentes agressions émanant de l'extérieur. Toute action (geste, acte, mot, regard, attitude) contient une allure interprétative sexuelle, d'une façon directe, crue, ou indirecte. Aucune possibilité de sublimation n'est à entrevoir, à l'image d'un beau corps à admirer. Le dissimuler par le voile ou par un autre moyen reste l'unique alternative. S'il est élégant, beau, cela équivaldrait à y voir une femme facile, voire une prostituée. S'il est laid, il n'échappe toujours pas à des termes injurieux, voire sadiques : « C'est Dieu qui t'a amoché, tu ferais mieux de te couvrir pour le dissimuler ». C'est une expression qui est souvent répandue et rapportée par les patientes.

Comment échapper à tout ce flux inquisiteur venant de toute part ? Un des proverbes largement répétés contient beaucoup de sens : « Si tu es belle, protège-toi du mauvais œil, et si tu es laide, protège-toi des injures ». A la lumière de ces données, il est à relever que le psychisme de la femme qui nous consulte cherche implicitement des mots porteurs de sens qui lui permettent la cohabitation avec ce corps qui demeure malmené et maltraité. La dépression reste, ainsi, l'ultime recours, et en même temps, une défense en vue d'une issue, voire d'un dénouement heureux. Chose pas facile car cela nécessite le prix d'un dédouanement extrêmement coûteux.

2- Circonstances du port du voile islamique

2-1 Âge

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets en fonction des âges :

Âges	5 – 10	11 – 15	16 – 20	20 - 25	25 et +
Nombre	5/100	39/100	25/100	21/100	10/100
%	5%	39%	25%	21%	10%
Total	100				

Tableau (21) Distribution des sujets en fonction du moment du port du voile

Analyse des résultats

Le tableau contient les différents âges des sujets au moment du port du voile. D'après les dires de certaines femmes, elles le portaient, au départ, juste pour dissimuler la forme du corps et passer inaperçues. Ce n'est que par la suite qu'elles deviennent plus strictes. Elles progressent dans la rigidité jusqu'à aller, chez certaines, au 'nikab'.

Il est à retenir, d'après le tableau que l'âge où nous avons enregistré le plus de port de voile se situe entre 11 et 15 ans. Cela coïncide, en général, avec le début de la puberté. Circonstance tout à fait compréhensible du moment qu'elle coïncide avec la croissance relativement rapide du corps, d'où la nécessité de le dissimuler.

Ce chiffre diminue au fur et à mesure que l'on avance dans l'âge. Il arrive jusqu'à 25% pour la tranche d'âge 16 – 20 ans. Il commence à diminuer par la suite pour arriver jusqu'à 10% pour la tranche d'âge 25 ans et plus. Ceci indique que l'âge le plus répandu où il est nécessaire de cacher le corps se situe à environ 19 ans. L'âge où la pulsion peut atteindre son paroxysme. Nous supposons ainsi que la pression sociale augmente d'intensité. La jeune fille pourrait être la cible des regards. Le port du voile à cet âge précis pourrait être un compromis important soulageant la jeune fille de la forte tension entre désir et défense.

2-2 Motivations pour le port du voile

Nous analyserons, dans ce thème, les différentes motivations poussant les jeunes filles à porter le voile. Pour des raisons méthodologiques, nous les avons subdivisées en 4 motifs. Conviction religieuse ; décision personnelle ou Moyen de réaliser des projets, imitation sociale et enfin imposée par les parents (père, frères, oncles).

Le tableau qui suit contient la distribution des sujets en fonction de leurs motivations :

Motivation	Conviction religieuse	Imitation sociale	Moyen de réaliser des projets	Imposé par la famille (parents)
Nombre	31/74	17/74	12/74	14/74
%	42%	23%	16%	19%
Total	100/100			

Tableau (22) Distribution des sujets en fonction des motivations du port du voile

Analyse des résultats

Il est à relever du tableau précédent que la majorité des sujets (31/74), à savoir 42%, ont porté le voile suite à une conviction religieuse personnelle. Parmi les arguments cités : « Je l'ai fait par obéissance à Dieu », « je les porté car Dieu nous l'a imposé dans des versets précis », « je l'ai porté pour que Dieu soit satisfait de moi... pour qu'il me facilite la réussite dans cette vie ». Ce type d'argument relève d'une conviction religieuse contenant un besoin de soutien extrêmement sensible.

Pour ce qui est des deux thèmes, '*imitation sociale*' et '*réaliser des projets*', ce sont des motivations circonstanciées. Elles peuvent s'associer à un fonctionnement souple ajustant leurs croyances aux fortes exigences sociales.

Les deux derniers thèmes relatifs à : '*moyens de réaliser des projets*', '*imposée par la famille*' ils sont du nombre presque égal. La première relève plutôt d'une souplesse qui peut contenir, quelque part, une tendance perverse justifiée, en partie, par les fortes exigences socioculturelles. Par contre le deuxième nous surprend un peu. Contrairement à nos attentes, le nombre de 19% qui le portent par obligation reste très minime. Ceci pourrait en partie s'expliquer par le fait qu'une grande majorité de la population d'étude a cédé à la même pression. Elles expriment ainsi une adhésion au moulage social.

3-Vécu et pratiques religieuses

Nous analyserons dans ce volet le vécu et les pratiques religieuses des sujets. Pour des raisons méthodologiques, ce vécu a été subdivisé en deux types. Le premier, dit

pratiques obligatoires, celles relevant des cinq piliers de l’Islam : la prière, ramadhan et le pèlerinage. Le deuxième, les pratiques non obligatoires ou pratiques facultatives : la *Omra*, l’Aïd El Adha et l’aumône. A préciser que les données de l’étude ne concernent pas la totalité des 100 femmes qui constituent la population d’étude. Elle porte uniquement sur le matériel clinique qu’on a pu récolter au cours des prises en charge. Sont exclus les cas où nous n’avons pas pu obtenir d’informations sur les pratiques religieuses et cela pour des raisons multiples : arrêt de psychothérapie par le sujet, la non évocation de ces pratiques de façon spontanée au cours de la prise en charge, ...etc.

3-1 Les pratiques obligatoires : prière, ramadhan, pèlerinage

Le tableau, ci-dessous, contient la distribution des sujets selon leur pratique :

Pratiques religieuses	Ramadhan	Prière	Pèlerinage (hadj)
Nombre	73/ 90	30/70	1/ 100
%	81%	42%	1%

Tableau (23) Distribution des sujets en fonction des pratiques religieuses

Analyse des données

Les données recueillies montrent que le mois de ramadhan détient le plus grand pourcentage (81%) en termes de pratique. Ainsi, la grande majorité des sujets font le jeûne.

La prière vient en seconde position avec 42%. Par contre, le pèlerinage à la Mecque n’a été accompli que par 1%. Il est à préciser que la prière est et reste l’un des principes fondamentaux de l’Islam. Elle est, malgré cela, peu pratiquée. Selon la loi religieuse, la personne ne peut s’y abstenir en aucun cas. Même les malades doivent l’accomplir. Seule la femme indisposée peut exceptionnellement l’ajourner, mais elle reste endettée jusqu’à récupération.³³

Par ailleurs, le pourcentage des personnes ayant accompli le pèlerinage à la Mecque reste extrêmement faible³⁴. Pourtant, il est recommandé de le faire pour les personnes

³³Le verset évoquant la pratique du jeûne est : « Que celui d’entre vous qui constate la naissance du mois le jeûne, celui qui est malade ou en voyage, un nombre équivalent d’autres jours. Dieu ne vous veut pas la gêne, mais il vous veut l’aisance et la facilité ». (Chapitre La vache, verset 185)

³⁴« Lance parmi les gens un appel pour les inviter au pèlerinage et ils viendront à toi et sur toute monture fine, venant de toutes les grandes routes les plus reculées. Afin qu’ils assistent à des choses pleines de profits pour eux et que, dans des jours bien connus, ils prononcent le nom de Dieu sur ce que nous leur avons donné comme bétail. » (Chapitre « Le pèlerinage », verset : 27-28).

ayant les moyens. Or, nous constatons régulièrement que les personnes qui accomplissent ce devoir sont majoritairement âgées. C'est difficile de donner une explication à ce fait.

3-2 Les pratiques religieuses facultatives : la *Omra*, l'*Aïd El Adha*, l'*Aumône*³⁵

Le tableau, ci-dessous, contient la distribution des sujets sur ces pratiques :

Vécu et pratiques religieuses	Aumône		Aïd El Adha		Omra	
	Pratique	Indifférent	Choc	Accepte	Indifférent	Pratique
Nombre	46/86	10/86	23/91	20/91	55/60	6/60
%	54%	12%	25%	21%	90%	10%

Tableau (24) Distribution des sujets en fonction du vécu et pratiques religieuses

Analyse des données.

Ces pratiques dites facultatives, viennent pour affiner et authentifier les précédentes. L'aumône occupe la première place avec 54% des sujets. Il prend des natures variées : donner de l'argent, des objets ou des vêtements. Il peut parfois aller jusqu'au don de sang. Il est pratiqué souvent d'une façon systématique, en particulier lors des événements religieux tels que les deux Aïds ou le mois de Ramadhan.

L'Aïd El Adha (où le musulman doit égorger un mouton) vient en deuxième position avec un pourcentage de 46%. Dans ce rituel, les sujets sont subdivisés en deux. Ceux qui acceptent l'évènement, ils représentent que 21%, et ceux qui ne l'acceptent pas et ils ont eu plutôt un choc représentent (25%). Il est à préciser que ce rituel reste un geste hautement symbolique. Il consiste à égorger un mouton une fois par an. La viande du mouton doit être répartie en 3. Le premier tiers pour la consommation au sein de la famille, le deuxième tiers est réservé aux nécessiteux et le troisième pour les amis. Là, également, presque la moitié des sujets respecte et pratique ce rituel.

La *Omra*, consiste à accomplir un pèlerinage à la Mecque, mais elle a plutôt un aspect plus plaisant et touristique. Il n'est pas obligatoire. Seul 10% des sujets l'ont accompli. Ce pourcentage est limité par rapport aux autres pratiques, mais il reste nettement plus élevé que le pèlerinage dans le cadre du Hadj. Ce dernier, comme nous l'avons

³⁵L'aumône est différente de la Zakate. Si la première est facultative, la deuxième est obligatoire. Toute personne possédant de l'argent ou des biens précieux ou des animaux, ...etc., doit donner chaque année une somme d'argent calculée selon la nature du bien.

souligné, n'a été accompli que par 1% des sujets.

La première explication que nous pouvons avancer c'est que lorsque l'on part au pèlerinage dans le cadre du Hadj, l'on doit définitivement s'abstenir de toute forme de péché. C'est certainement pour cette raison qu'il n'est, en général, pratiqué que par les personnes âgées. Contrairement au pèlerinage de la *Omra*, qui ne fait pas partie des grands piliers de l'Islam, mais reste tout de même faible, il est peu représenté dans notre population.

Discussion

Un ensemble de points est à retenir concernant le vécu et la pratique religieuse des sujets. Il est important d'analyser et de discuter la portée dynamique et clinique de ce volet afin d'évaluer l'impact d'imbrication de ces pratiques sur le fonctionnement psychique.

En ce qui concerne les premières pratiques, dites obligatoires, nous sommes surpris d'apprendre que le mois de ramadhan (pratique du jeûne) est plus important en termes de fréquence que la pratique de la prière. Bien que ne pas jeuner reste plus toléré, mais il est plus pratiqué par nos patientes. A cet effet, S. Médhar (1997) écrit : « Cette préparation sociale au ramadhan concerne également les corps. La veille du ramadhan, hommes, femmes et enfants prennent un bain, bien qu'aucune prescription religieuse ne l'indique. Plusieurs d'entre eux décident de faire la prière durant ce mois, or, il s'agit d'une obligation continue. De leur côté, les buveurs cessent généralement de consommer toute boisson alcoolisée plusieurs jours avant le début du jeûne », (Medhar, 1997, p.164).

C'est dans cette perspective que le ramadhan prend une connotation sociale plus importante que la prière. Ainsi, les sujets doivent nécessairement s'ajuster aux exigences et aux lois dictées par la société.

Sur le plan psychodynamique, le jeûne peut être une défense efficace pour la déculpabilisation. Du moment que cette pratique, en se référant aux recommandations religieuses, est synonyme d'abstinence et de contrôle des désirs. C'est dans cette atmosphère que certaines de nos patientes arrêtent leurs psychothérapies durant le mois de ramadhan. De ce fait, évoquer certains sujets, notamment ceux ayant trait à la sexualité, pourrait entraver leur jeûne. Par ailleurs, une certaine accalmie règne sur le plan social. Tout se passe comme si le ramadhan facilitait, quelque part, la maîtrise des désirs. Le sujet retrouve, ainsi momentanément, son équilibre du moment que les forces pulsionnelles qu'il ne pouvait gérer jadis sont estompées durant ce mois. De ce fait, le ramadhan devient une solution providentielle.

Pour les patientes fonctionnant dans le registre hystéro-phobique, elles aussi

retrouvent une certaine atmosphère apaisante d'une façon presque magique, réagissant à un dicton religieux assez répandu : « le mois de ramadhan est un Mois sacré, les anges descendent du ciel et les démons sont totalement ligotés ». De ce fait, la névrose qui est perçue comme une force négative émanant du démon, disparaît, une certaine paix psychique s'installe pendant 30 jours. Par contre, la prière qui contient une obéissance à Dieu, de ce fait la problématique identificatoire au père reste souvent non résolue, cela explique en partie, le nombre limité de celles qui ne la pratiquent pas. Façon de dire que « je n'obéis ni au père, ni à dieu ».

Contrairement au ramadhan, le pèlerinage, qui reste également l'un des piliers fondamentaux de l'Islam, n'est presque pas représenté. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette pratique ne véhicule ni une connotation socioculturelle importante, ni une expression psychique sublimatoire. Il est souvent réservé aux personnes âgées en fin de vie. Ils partent à la Mecque comme dernier voyage afin de se purifier de tous les péchés cumulés. Étant donné l'âge relativement jeune de notre population d'étude, il faut ajouter cela à leur problématique essentielle qui se situe dans la trajectoire désirs-culpabilité, le pèlerinage qui ne peut s'inscrire dans cette optique, n'intéresse pas trop nos patientes.

Pour ce qui est des pratiques non obligatoires, à savoir l'aumône, l'Aïd El Adha et la *Omra*, les données recueillies montrent que l'aumône vient comme première pratique. Cet acte véhicule des explications significatives : dépenser de l'argent équivaldrait à gérer et se soulager de certains remords liés aux transgressions des interdits, notamment ceux en rapport avec la sexualité. C'est un véritable contrepoids leur permettant de garder, un tant soit peu, l'équilibre. Dans ce sens beaucoup de patientes n'arrivent pas à gérer leur argent. Elles cèdent à la moindre tentation : faire des cadeaux, achat d'habits chers, fréquenter des endroits chers, ...etc. L'argent pourrait également véhiculer un sens alimentant un besoin oral frappant (manger des friandises, douceurs, bonbons, ...etc). En même temps, il annonce une difficulté à se détacher du vécu infantile. Dans un autre sens, avoir de l'argent les expose à une position d'adulte dans laquelle elles ont du mal à s'engager. En revanche, dépenser de l'argent équivaldrait à rester indéfiniment enfant. L'une des patientes (Mouna, 39 ans), malgré son salaire assez élevé, elle s'étonne de son endettement régulier. Elle n'a pas pu contrôler ce processus hémorragique qu'après avoir pris conscience que ses endettements n'étaient qu'une défense afin de maintenir une dépendance psychoaffective auprès de ses collègues. Nous pouvons dire, ainsi, que garder le salaire nécessiterait un détachement affectif douloureux.

En ce qui concerne le vécu de l'Aïd El Adha, comme nous l'avons souligné, la population d'étude est subdivisée en deux : celle qui accepte passivement l'évènement et celle qui le vit comme un choc. Avant de tenter une analyse interprétative, il est utile de rappeler les paroles d'Ismaïl fils d'Abraham, qui disait à son père au moment où il lui a raconté l'ordre divin : « O père, égorguez-moi et faites ce qui vous a été ordonné (...) au moment où il allait égorger son fils, prouvant ainsi sa soumission à Dieu, un

Ange est descendu du ciel, un bélier à la main et retient la main d'Abraham. Ainsi, au sacrifice d'Abraham, est substitué le sacrifice du bélier. » (Bendahmane, 1984, P. 185). Il est clair que la problématique identificatoire fils-père est hautement symbolisée et réactivée durant cet événement. En revanche, la problématique œdipienne est largement sollicitée. Le désir du père à éliminer son fils est substitué par une décharge d'agressivité déplacée sur le bélier. L'évènement pourrait donc être un vécu important qui nous permet de revoir cette problématique. Elle s'est exprimée clairement auprès de nos patientes. Nous avons noté que les sujets se sont subdivisés en deux groupes : les premiers, elles vivent l'évènement d'une façon passive, participent à la cérémonie et parfois même avec une certaine joie. Une grande partie d'entre elles ont des relations plus ou moins bonnes avec les parents. La souffrance n'est pas très importante, elles font souvent partie d'une névrose hystérique assez souple. Par contre celles qui le vivent avec douleur, voire traumatisme, sont celles qui ont de grandes difficultés relationnelles avec les parents, en particulier avec le père.

L'hypothèse que nous pouvons émettre c'est que l'aïd, chez ces femmes, représente une véritable épreuve. La souffrance, et parfois la recrudescence paralysante des symptômes, se laissent voir dès l'approche de l'évènement. Certaines d'entre elles font tout pour ne pas vivre l'évènement. Elles quittent parfois le domicile familial, ne mangent pas la viande du mouton. Certaines d'entre elles tombent malades en développant une somatisation en rapport avec la scène d'égorgeement : angine forte (référence à l'égorgeement), vomissement, perte d'appétit, cauchemars, ...etc. En termes de processus psychothérapique, les patientes qui ont avancé dans la psychothérapie vivent plus ou moins mieux cet événement, notamment celles qui ont pu dépasser la conflictualisations œdipienne et vivent un dénouement apaisant de cette problématique.

Nous pouvons enfin ajouter un mot sur la dernière pratique enregistrée. Le départ à la Mecque, dans le cadre de la *Omra*, est plus représentée que le Hadj, et là aussi, il y a certaines interprétations à formuler. Les mêmes caractéristiques (âge, profil, ...etc.) sont enregistrées chez celles qui font rigoureusement le ramadhan.

L'aspect suggestif est une des données qui les rassemble. Dans ce sens, partir à la Mecque est vécu comme une thérapie permettant d'atténuer leur souffrance. Les lieux saints (la Kaâba, la Tombe du Prophète, la lapidation du diable) sont comme des actes magiques provoquant la 'guérison'. Certaines de nos patientes reviennent en consultation dans un état euphorique inhabituel. Dans une allure chargée de résistance, elles décident, contre notre avis, l'arrêt de la psychothérapie. Elles reprennent quelques mois plus tard, après avoir perdu l'effet suggestible.

4- Pratiques thérapeutiques traditionnelles

Nous traiterons dans ce volet les pratiques thérapeutiques traditionnelles. Il contient quatre pratiques : la roukia, la hidjama, la phytothérapie et les différents types de désensorcellement.

Le tableau qui suit contient les différents types de pratiques

Type de thérapie	Roukia	Désensorcellement	Hidjama	Plus d'une pratique	Phytothérapie	Sans
Nombre	57 /100	52 /100	15/100	85/100	24/100	11/100
%	57%	52%	15%	85%	24%	11%

Tableau (25) Distribution des sujets en fonction des pratiques thérapeutiques traditionnelles

Analyse des résultats

1-La Roukia: cette pratique consiste à aller chez un guérisseur traditionnel. Ce dernier récite des versets coraniques dans un verre d'eau tout en remuant avec une cuillère. Il demande par la suite à la personne de le boire. Cette eau est censée faire disparaître le mal. Il est parfois demandé à la personne de mélanger l'eau bénie à une autre quantité d'eau et arroser avec la maison où habite la personne. Elle est censée la protéger du mauvais œil et de la sorcellerie.

Comme c'est affiché dans le tableau précédent, cette pratique est utilisée par un nombre important de la population. Plus de la moitié (57%) l'on pratiquée au moins une fois à un moment ou un autre de la vie.

2- Le désensorcellement : Les pratiques de désensorcellement occupent la deuxième place. Ils sont 52% à la pratiquer. Ces pratiques sont très variables. Celles qui reviennent le plus sont par ordre de fréquence :

Faire fendre du plomb et le déposer dans un endroit censé protéger la personne du mauvais œil.

Se débarrasser de la sorcellerie en utilisant les œufs. Le guérisseur fait tourner 7 fois l'œuf au-dessus de la tête du sujet, il enlève par la suite la sorcellerie de l'intérieur de l'œuf après l'avoir cassé devant lui.

Préparer un mélange de substances, parfois bizarres, et demander à la personne de le consommer ou de le faire boire à la personne ensorcelée.

3- Hidjama : Elles sont 15% à avoir recours à cette pratique. Elle consiste à ce que le

guérisseur face une incision superficielle sur la peau du sujet. A l'aide d'une ventouse, il aspire une petite quantité de sang. La personne est censée être soulagée de son mal. Elle est souvent pratiquée au niveau de la nuque. Elle est parfois pratiquée par des personnes n'ayant aucune connaissance médicale.

4- Les herboristeries : Elles sont près de 24% à fréquenter régulièrement des guérisseurs herboristes. Ils donnent souvent des traitements à la carte. Il s'agit d'un mélange préparé souvent à base de miel mélangé à d'autres substances. La personne devrait prendre le traitement d'une façon régulière.

5- Plusieurs pratiques en même temps : Ils sont près de 85% de sujets à utiliser plus de deux de ces pratiques. Ils le font souvent après avoir été déçus, voire désespérés par l'inefficacité de l'une des pratiques.

Discussion

Il est à retenir dans ce volet que les pratiques thérapeutiques traditionnelles sont très répandues dans notre population. La roukia occupe la première place en termes de nombre de personnes à la pratiquer. Ceci est dû, en partie, au fait qu'elle soit largement vulgarisée par la population. Elle est aussi moins coûteuse en termes d'effort et d'argent. Nous pouvons aussi ajouter le fait que c'est une pratique ancienne très répondeuse. Elle est également recommandée par l'Islam.

Pour le désensorcellement, qui occupe la seconde place après la roukia, il répond aussi à un phénomène social nouveau. Les changements et les mutations rapides observés ces dernières années, n'ont pas laissé suffisamment le temps aux mentalités pour s'y adapter. Du coup, ces pratiques relèvent plutôt de la pensée magique. Ces pratiques sont comme un compromis et une défense faisant face à ces changements.

Conclusion

Nous retenons, en guise de synthèse, que le contenu de ce chapitre nous a éclairés davantage sur la pesanteur socioculturelle. Nous avons retenu, dans trois volets constituant ce chapitre, l'importance de ces pratiques sur les agissements, voire le fonctionnement psychique des personnes.

En ce qui concerne le premier volet relatif à la tenue vestimentaire analysée dans la rubrique '*type d'habillement*', nous avons vu que le voile moderne, le plus représenté, est une enveloppe assurant la frontière dedans-dehors. Il est aussi une défense mettant à distance, voire neutralisant les différentes attitudes (agressives ou autres) émanant des regards extérieurs.

Pour ce qui est du deuxième volet, relatif à la pratique religieuse, nous avons

enregistré que le mois de ramadhan et la pratique de l'aumône sont les plus représentés. Ils répondent ainsi à un besoin de déculpabilisation et de faire face aux poids des interdits. Pourtant, ce sont les principes les moins recommandés par rapport à d'autres principes comme la prière, par exemple. Ceci indique, encore une fois, les fortes pressions vécues par les femmes.

Enfin, les thérapies traditionnelles, qui sont largement répandues, montrent également la recherche ardue de ces femmes à trouver des issues leur permettant d'atténuer la tension. Les différentes pratiques ayant une connotation magique, témoignent de l'importance de cette souffrance.

En termes de fonctionnement, nous retenons les degrés d'épuisement et de fragilité encaissés par ces femmes. Tout porte à croire que les pulsions, en termes de désirs variés, cherchent désespérément des voies et des issues de sublimations. Ce sont des moyens difficilement trouvés dans cette atmosphère sociale opaque. C'est ce que nous développerons avec plus de détails dans les prochains chapitres.

CHAPITRE 8
Présentation et analyse des résultats Rorschach de 36 femmes aux
planches II, III et VI

Introduction

Afin d'évaluer le fonctionnement sexuel et identitaire des sujets, nous avons pensé à analyser les réponses obtenues au test du Rorschach dans les trois planches : II, III et VI de 36 protocoles de femmes, toutes suivies en psychothérapie.

Notre choix a été porté sur ces planches en raison de la possibilité de réactiver chez les personnes testées des représentations sexuelles. Notre intérêt s'est focalisé sur la dynamique conflictuelle ainsi que sur l'étude des pulsions libidinales et/ou agressives. De ce fait, ces planches peuvent réactiver ces problématiques plus que d'autres. C'est pour cette raison que nous avons soumis à l'étude uniquement la production des sujets à ces planches.

Il est utile de préciser, dans cette optique, que nous nous sommes appuyés sur des recherches et des auteurs pour justifier cette approche. Pour la recherche, nous citons la plus récente en Algérie. Celle élaborée par Benkhelifa M. et Si Moussi A., (2009). Elle est intitulée *Psychopathologie psychanalytique et projective (les structures psychiques et leurs expressions aux tests projectifs)*. L'importance de cette étude c'est qu'elle s'est penchée sur l'étude et l'analyse des structures psychopathologiques de base (l'hystérie, la phobie et l'obsession). Elle a surtout élucidé comment la psychopathologie en Algérie s'exprime à travers le test du Rorschach et le TAT. Elle a le mérite de donner à la production des sujets une analyse quantitative et qualitative détaillée sur le fonctionnement psychique. Elle a repéré, à travers certaines réponses, l'intégration et la gestion des pulsions dans les deux pôles agressif et libidinal (Benkhelifa et Si Moussi, 2009).

Pour ce qui est des auteurs sur lesquels nous nous sommes référés pour enrichir la réflexion à propos des symbolismes des planches, nous citons : Anzieu D. *Les méthodes projectives*, (Anzieu, 1987, P. 101). Nous étions également guidés dans ce sens par un autre chercheur, C. Chabert, avec son précieux ouvrage : *Psychanalyse et méthodes projectives* (Chabert, 1998, PP. 50-53). Dans la même perspective, nous nous sommes beaucoup référés au même auteur, surtout à propos de sa précieuse approche relative à la valeur sexuelle des planches. Cela a été largement enrichi dans son ouvrage : *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, (Chabert, 2012, p. 21).

En ce qui concerne notre démarche d'analyse, nous avons procédé d'abord par extraire toutes les réponses données à ces trois planches par les 36 sujets. Nous avons, par la suite, et à l'aide de l'étude statistique, étudié leurs productions. Une analyse dynamique, suivie par des études de cas, a été faite à la fin de l'étude pour argumenter et discuter des résultats.

La population d'étude est constituée de 36 femmes, âgées de 20 à 45 ans, leur niveau d'étude se situe entre le lycée et l'université. La majorité d'entre elles (30/36) sont mariées. Elles ont toutes demandé spontanément une consultation en psychologie pour une souffrance psychique.

Analyse quantitative des réponses aux Planches II, III, VI

1- Analyse des réponses de la Planche II

Le tableau qui suit contient les résultats des 36 femmes obtenus à la planche II:

Réponses	Qualité	Nbre	Total	F+	F-	F+-	%
Animaux	Deux éléphants	2	15/57	F+9	F-5	F+-1	26%
	Deux chiens	2					
	Papillon	2					
	Animaux	1					
	Deux éléphants	1					
	Deux ours	1					
	Un scorpion	1					
	Un oiseau	1					
	Deux vaches	1					
	Sanglier	1					
	Pigeon	1					
	Chat	1					
Sang	Sang	9	11/57	C9	FC1	CF1	19%
	Tâche de sang	1					
	Sang éclaboussé	1					
Anat	Poumon	2	6/57	F+4	F+2	F+-0	11%
	Vertèbre	1					
	Bassin	1					
	Cadavre	1					
	Cerveau	1					
Hd	Visage	1	4/57	F+2	F-1	F+-1	7%
	Cou	1					
	Main	1					
	Yeux	1					
H	Deux hommes	2	2/57	F+0	F-1	F+-1	3%
(H)	Père Noël	1	2/57	F+1	F-1	F+-0	3%
	Deux Monstres	1					
Sexe	Sexe de femme	1	2/57	F+0	F-0	F+-2	3%
	Pénis	1					
Ad	Tête d'animal	1	1/57	F+1	F-0	F+-0	2%
Obj	Masque	1	1/57	F+1	F-0	F+-0	2%

Tableau (26) Distribution des contenus des réponses de la planche I

Analyse des résultats PLII

Le nombre de réponses données à cette planche est de 57 réponses. Elles sont réparties en 9 contenus : Animal, Sang, Anatomie, Détail Humain (Hd), Humaine (H) Sexe, Détail animal (Ad) et Objet (Obj).

1-1 Analyse des réponses animales (A)

Les réponses au contenu animal (A) sont les plus représentées. Elles sont de 15/57 avec un pourcentage de 26%. La qualité des réponses est de deux types : des animaux inoffensifs tels que vache, papillon, oiseau, pigeon, chat, ...etc, occupent le plus grand nombre 9/15. Les animaux dangereux sont de 5/15 (scorpions, ours, sangliers). Mis à part la dimension phallique que peut contenir l'ensemble des réponses, elles contiennent également une défense contre la crainte d'être agressée. Elles peuvent également avoir une valeur défensive régressive et rigide pour fuir les pulsions sexuelles. En ce qui concerne le mode d'appréhension, il est majoritairement en mode global (8/15), ce sont des réponses simples, non élaborées. La majorité des réponses (9/15) ont une forme positive, celles qui ont une forme négative ont un mode d'approche détail. Tout se passe comme si, dès qu'il y a un effort pour préciser le concept, la pensée dérape, d'où l'apparition de réponses négatives.

1-2 Réponses Sang (Sg)

Les réponses en rapport avec le sang viennent en deuxième position après les réponses anatomiques. Elles sont de 11/57 avec un pourcentage de 19%. Ce chiffre reste très important comparativement aux autres contenus. Le mode d'appréhension est toujours en détail (D), référence faite aux taches latérales rouges de la planche. La prégnance de la couleur sur la forme reste dominante sur 9 réponses sur 11. Ainsi, les sujets ont montré une grande sensibilité aux sensuelle qui déborde clairement sur la pensée. Ainsi, la couleur rouge qui fait référence soit à l'agressivité et/ou à la sexualité, a été clairement et parfois brutalement mise en œuvre. C'est dans ce sens qu'il y a eu 9 réponses sur 11 où la couleur est mise en avant au détriment de la forme. La majorité de ces réponses sont données : « percept sang » sans aucune forme. C'est ce qui enlève à la réponse tout contrôle formel.

1-3 Réponses Anatomie (Anat.)

Les réponses anatomiques viennent en troisième position après les réponses animales et réponses sang. Elles sont au nombre de 6/57 avec un pourcentage de 11%. La qualité des réponses n'est pas très variée. Elle se situe entre : vertèbres poumons, bassin, cadavre et cerveau. Toutes les réponses sont données en percept détail (D). Elles ont majoritairement une forme positive. Apparemment, les

préoccupations des sujets au monde intérieur sont importantes du fait de la valeur significative du nombre et de la qualité de ces réponses.

1- 4 Réponses détails humains (Hd)

Les réponses détails humains (Hd) sont au nombre de 4/57 avec un pourcentage de 7%. Elles occupent la quatrième place sur l'ensemble des réponses. Les réponses sont peu variées : visage, cou, main et yeux. Elles sont toutes données avec un percept détail et souvent avec des formes positives. Cette sensibilité aux parties apparentes du corps, en particulier aux membres qui sont en contact avec l'extérieur (main, yeux), peut avoir éventuellement un sens voulant cacher le reste du corps. Il est à noter éventuellement la présence du mécanisme du refoulement qui est spécifiquement utile ici, pour isoler le reste du corps, notamment celui qui fait référence à la sexualité.

1-5 Réponses humaines (H, 'H')

Les réponses humaines (**H**) ou para-humaines (**'H'**) ont été rassemblées pour faciliter l'analyse. Elles totalisent ensemble le nombre de 4/57, 2 des réponses franches et 2 autres proches de l'humain. Elles sont toutes investies avec un percept global et ont souvent des formes positives. Dans les deux premières réponses qui contiennent un percept humain (deux hommes), le percept est clair et l'identification assez adaptée. Par contre, les deux autres réponses sont inadaptées avec des formes négatives. Dans la réponse 'Père Noël', la patiente fait clairement référence à une régression infantile, et le 'monstre' contient une connotation défensive phobique.

1-6 Réponses sexuelles (sexe)

Nous n'avons enregistré que deux réponses sexuelles 2/57 (3%). Elles sont données en percept détail et les deux ont une forme pas claire (+ ou -). Il est à noter la rareté des réponses sexuelles, alors que le stimulus, par définition, sollicite principalement des réponses sexuelles. Cela indique le malaise qu'éprouvent les sujets face à la sexualité. Il pourrait également indiquer un refoulement important qui frappe la vie pulsionnelle, particulièrement la sexualité.

1-7 Réponses Détail animal (Ad)

Une seule réponse détail animal a été enregistrée. Bien que la nature des réponses animales ne soit pas définie, du moment qu'il s'agisse de 'tête', cela contient éventuellement un symbole phallique. Comme dans les réponses sexuelles, la rareté des réponses détail animal peuvent avoir la même signification, à savoir le refoulement élevé de tout ce qui se rapporte à la sexualité

1-8 Réponses objet (Obj)

Là également, il n'y a eu qu'une seule réponse objet. Il s'agit de réponses 'masque'. Bien que la réponse paraisse adaptée, elle est globale avec un déterminant formel positif, mais elle ne contient pas une valeur adaptative efficace. Elle contient plutôt une sorte de déni de la réalité. De plus, la rareté des réponses 'objet' démontre la restriction, voire la pauvreté du monde imaginaire chez cette population.

Extrait des réponses Planche II

Cas 1 : Siham 32 ans.

PLI, Rép.1, Après 15"00 : « Ça ressemble à un papillon. Ça ne me rappelle rien de spécial ». A l'enquête : « Il est sectionné un peu dans les ailes, il a été torturé : G F+ A Ban

Apparemment, le premier contact avec les planches a été difficile. Il y a comme un flux pulsionnel agressif que la patiente a essayé de contrôler par une défense maniaque (Papillon) mais il n'a pas tenu longtemps. Elle a dérapé à l'enquête « papillon sectionné, torturé ».

PLII, Rép. 2, après 11"00 « peut-être un cadavre » G F Clob(H), à l'enquête : « Le corps et la tête égorgée, un cadavre qui a subi des tortures »

Cette planche, supposée réactiver des représentations sexuelles, en suivant le même processus désorganisateur, la patiente s'est laissée aller carrément vers une angoisse de mort.

PLII, Rép. 3, (D3) Elle maintient son percept : « Du Sang, c'est tout » D C Sang.

Il est à remarquer que la pensée du sujet, telle qu'elle s'est exprimée dans les réponses, a du mal à donner des réponses adaptées. La dimension projective chargée d'agressivité et de violence, cède facilement au profit d'un échec du refoulement.

Discussion des résultats de la Planche II

Les deux dimensions, amour-haine, qui sont fortement sollicitées, peuvent nous renseigner sur le maniement des pulsions agressives ou libidinales. « La PLII sollicite fortement l'angoisse de castration qui, lorsqu'elle n'était pas directement exprimée, était source de bien des démarches défensives » (Traubenberg et al, 1984, P. 64). Ainsi, l'intégration du rouge dans une dynamique défensive harmonieuse dénote d'une intégration efficace de la pensée.

L'analyse quantitative et qualitative de la production des sujets nous a permis de retenir, en guise de synthèse, les points suivants :

- La restriction du nombre de réponses (57 réponses) pour les 36 sujets avec une moyenne de 1,5 réponse par sujet. C'est un nombre très limité. Cela indique déjà le degré d'inhibition, voire de refoulement qui frappe le psychisme des sujets.
- Le nombre de refus et de chocs au rouge exprimé par 7 patientes confirme les idées précédentes, à savoir l'inhibition face au stimulus qui sollicite la vie pulsionnelle dans ses deux pôles, agressif ou libidinal.
- Le contenu des réponses, qui est très limité que ce soit en nombre ou en variété, nous renseigne sur la restriction de la pensée et peut-être même la présence d'une certaine pauvreté fantasmatique. Les sujets ont eu du mal à laisser libre cours à leur vie imaginaire. D'ailleurs, la formule d'angoisse peut clairement s'adapter ici. Les réponses : Sang, Anat, et Hd occupent, par ordre de fréquence, la majorité de la production.

Les réponses humaines sont très limitées (seulement 2 réponses claires). Cela confirme la difficulté qu'éprouvent les sujets sur le plan identificatoire. Elles sont apparemment remplacées par des réponses anatomiques ou animales. Pour les premiers, cela dénote une certaine fragilité d'une paroi identitaire protectrice. Pour les seconds, et compte tenu que la majorité des réponses animales, sont agressives ou ont un symbole phallique (Scorpion, loups), cela indique la prégnance d'une forte angoisse de castration.

2- Analyse des réponses de la Planche III

Le tableau qui suit contient les résultats des réponses des 36 femmes à la Planche III :

Réponses	Qualité	Nbre	Total	F+	F-	F+-	%
Humain	Deux personnes	8	23/66	F+21	F-0	F+-0	35%
	Deux femmes (5)	5					
	Deux êtres humains (deux jumeaux)	4					
	Deux hommes	2					
	Un couple	1					
	Ombre de jumeaux	1					
	Cliché	1					
	Animaux	Papillon					
Araignée		1					
Deux coqs		1					
Deux chiens		1					
Un canard		1					
Deux poissons		1					
Ours		1					
Anat		Des ovaires	1	9/66	F+7	F-2	F+-0
	Tube digestif	1					
	Cadavre	1					
	Vertèbre	1					
	Estomac	1					
	Cerveau	1					
	Poumon	1					
	Cage thoracique	1					
	Des os	1					
Sang	Du sang	6	6/66	C6	CF0	FC0	9%
Objet	Nœud	2	4/66	F+4	F-0	F+-0	6%
	Masque	1					
	Statuette	1					
Hd	Cou	1	2/66	F+1	F-1	F+-0	3%
	Visage	1					
Sexe	Vagin	1	1/66	F+0	F-1	F+-0	2%
Ad	Tête de fourmi	1	1/66	F+0	F-1	F+-0	2%

Tableau (27) Distribution des contenus des réponses à la Planche III

Analyse des données

Les 36 sujets ont donné 66 réponses à cette planche. Les réponses sont réparties en 8 types : humaines, animales, anatomiques, sang, objet, détail humain, sexe et détail animal.

2-1 Réponses humaines (H)

Les réponses humaines (H) sont les plus données. Elles sont au nombre de 23/66 (35%). La qualité des réponses n'est pas tout à fait adaptée. Sur les 23 réponses données, il y a eu seulement 5 réponses où le percept est précis (deux femmes) et les identifications sont claires. Les autres réponses sont floues. Les 8 réponses évoquent : deux personnes et 4 autres évoquent deux êtres humains. La qualité de ces réponses dénote le flou identificatoire ainsi que la difficulté qu'ont les sujets à se représenter dans un registre identificatoire féminin acceptable. Bien que les réponses soient toutes données dans un percept global, mais la qualité de cette réponse est simple sans aucun effort d'élaboration. Bien que la qualité des réponses soit positive, cela ne rajoute pas grand-chose à leur valeur adaptative. Il y a même des réponses estompées exemple : cliché humain, ombre de jumeaux, qui alourdissent l'aspect adaptatif en raison de leur connotation dépressive.

2-2 Réponses Animaux (A)

Les réponses animales viennent en seconde position avec 9/66 (14%). Les animaux donnés sont majoritairement inoffensifs (papillon, araignée). Une grande partie de ces animaux ont un symbolisme régressif, référence faite au milieu marin (canard, poisson, oursin). Ici, la dimension régressive et orale a certainement son importance. D'un autre côté les réponses sont souvent données avec un percept global et majoritairement avec des formes positives. Il est à relever, ici, la dominance de l'effort fourni pour le contrôle formel. Cet effort est utilisé comme une défense contre tout risque de dérapage.

2-3 Réponses Anatomiques (Anat)

Les réponses anatomiques (Anat) viennent en troisième position. Elles sont au nombre de 9/66 (14%). Une variété des contenus des réponses anatomiques caractérise les réponses, nous citons : ovaires, tube digestif, vertèbre, poumons, ...etc. Aucune prédominance n'est relevée dans ces réponses. Elles sont souvent données dans des détails (D), elles ont, en majorité, des formes positives. Rien de particulier ne se dégage de ces réponses, mis à part l'intérêt que portent les sujets au monde intérieur aux dépens de l'extérieur.

2-4 Réponses sang (Sg)

Les réponses sang (Sg) occupent la troisième place. Elles sont au nombre de 6/66

(9%). Le percept est centré sur la tache rouge. Aucune forme ne lui a été accordée. C'est ce qui annonce le jaillissement pulsionnel qui a trouvé rapidement une issue projective.

2-5- Réponses objet (Obj)

Les réponses objet (obj) sont très peu représentées. Elles sont au nombre de 4/66 (6%). Elles sont peu variées. Elles se limitent à trois types : nœud, masque et statuette. Même si elles ont été données sous forme de détail (D) positif, il reste que les trois réponses données n'ont pas une valeur adaptative. Elles virent plutôt vers la passivité et l'immobilité.

2-6 Réponses détail humain (Hd)

Les réponses détail humain (Hd), ont été données deux fois seulement 2/66 (3%). Les deux réponses sont : visage et cou, les deux ont été perçues dans les détails (D), la première a une forme positive, la deuxième négative.

2-7 Réponses sexe et réponses détail animal (Ad)

Les réponses sexuelles (sexe) et les réponses détail animal (Ad) sont les moins représentées. Elles sont respectivement de 1/66 (2%) pour les deux contenus. La rareté des réponses sexuelles montre à quel point le refoulement frappe massivement le percept et pourtant le symbolisme sexuel dans cette planche est nettement sollicité.

Extraits des réponses Planche III

CAS 1 : 29, Siham, 36 ans

PLIII, Rép. 8, Après 15"00 : « Je vois deux femmes noires. On voit même les chaussures ». Elle ajoute à l'enquête : « Elles sont en train de porter quelque chose. C'est peut-être leurs enfants ». (G/D K H ban).

Le sujet paraît à l'aise dans cette planche. Il s'est même laissé aller dans un mouvement d'étayage comme pour se reposer des excitations données à la planche précédente (PLII) (Chien, sang). Mais ce repos ne tient pas longtemps, car il est vite perturbé par la réponse donnée à la localisation D3 : « Le rouge, ça évoque le sang ». Elle rajoute à l'enquête : « ça me fait penser à la circoncision pour les femmes » (D C sang).

La réponse donnée ici contient clairement la marque d'une blessure narcissique profonde. Elle a beau tenter de se maîtriser par une dénégation (femmes noires), mais elle a échoué face à la virulence de cette blessure. A la réponse 10, localisation D7,

elle fait un net mouvement de régression comme pour se réfugier dans la position maman-bébé : « On dirait un panier pour bébé » D F + Obj. Il est clair que dans le cheminement de sa réponse, la patiente était très mal à l'aise dans cette planche. Elle a beau contrôler le percept, mais elle a échoué face à la montée pulsionnelle marquant une forte castration.

Suivant le cheminement dans sa pensée, tout porte à croire qu'elle ne s'est pas remise de son choc sexuel (PL VII, Rép. 11) : « Alors là, un homme c'est un monstre dont les enfants ont peur. » (G Fclob H). On a l'impression que l'homme-monstre la poursuit encore dans le processus de son percept.

Discussion des résultats PLIII

Par référence à la littérature relative aux techniques projectives, beaucoup d'auteurs s'accordent à dire que la Planche III est une planche qui sollicite des représentations en rapport avec l'identité et l'identification. Le contenu manifeste de la planche est clairement structuré de façon à ce que l'examiné projette, sans trop d'effort, des positions en rapport avec l'identification. « La planche III met surtout l'accent sur les processus d'identification sexuelle. En ce qui concerne les représentations de relation, les évocations sont moins brutales qu'à la planche II, tout en ayant à voir également avec le maniement pulsionnel libidinal ou agressif » (Traubenberg et al, 1984, p. 52).

Les points essentiels à retenir pour les réponses données à cette planche peuvent être résumés comme suit :

- La majorité des sujets ont donné le plus grand pourcentage en réponses humaines. Cela indique déjà qu'il y a une certaine représentation identificatoire humaine. Mais en analysant de près la qualité des réponses, elles sont peu identifiées, indéfinies et plaquées.
- On a comme l'impression que le stimulus a figé les représentations des sujets. C'est ce qui explique en partie la qualité des réponses qui sont peu variées et assez limitées en nombre.
- Sur le plan représentation affect, et compte tenu de la nature de la réponse, une certaine pauvreté fantasmatique et imaginaire frappe l'ensemble de la production. C'est ce qui nous pousse à dire que le contenu manifeste de la planche, qui réactive des positions identitaires et identificatoires, a comme figé la pensée, d'où le nombre restreint des réponses.

3- Analyse des réponses de la Planche VI

Le tableau qui suit contient les résultats des réponses des 36 femmes à la Planche VI :

Réponses	Qualité	Nbre	Total	F+	F-	F+-	%
Détail Animal	Peau de mouton	5	19/41	F+13	F-5	F+-1	46%
	Peau de lion	1					
	Peau d'ours	1					
	Peau d'animal	1					
	Peau de tigre	1					
	Peau de vache	1					
	Moustache de chat	1					
	Moustache de loup	1					
	Moustache de chameau	1					
	Moustache de lion	1					
	Tête de crocodile	1					
	Tête de scorpion	1					
	Visage de loup	1					
	Tête d'animal	1					
Tête de serpent	1						
Animaux	Papillon	2	10/41	F+4	F-6	F+-0	24%
	Tigre	2					
	Animal	1					
	Verre de terre	1					
	Insecte	1					
	Chameau	1					
	Oiseau	1					
	Lézard	1					
Anat	Colonne vertébrale	3	7/41	F+4	F-3	F+-0	17%
	Anatomie	1					
	Des reins	1					
	Cerveau	1					
	Poumon	1					
Botanique	Feuille d'arbre	3	6/41	F+4	F-0	F+-0	15%
	Un arbre	2					
	Feuille de vigne	1					
Sexe	Pénis	3	6/41	F+5	F-1	F+-0	15%
	Sexe d'homme	2					
	Sexe de femme	1					
Humain	Deux femmes voilées.	2	4/41	F+0	F-2	F+-0	10%
	Deux personnes voilées	2					
Géo	Carte géographique	1	2/41	F+2	F-0	F+-0	5%
	Route	1					

Tableau (28) Distribution des contenus des réponses de la Planche VI

Analyse des données

Nous avons récolté 41 réponses sur cette planche. Elles sont réparties comme suit

3-1 Réponses détail animal (Ad)

Elles occupent le nombre le plus important de réponses. Elles sont au nombre de 19/41 (46%). Peau (d'animal indéfini) est la réponse qui est donnée le plus. Elles totalisent 5 réponses sur 10. Les 5 autres réponses contiennent la peau de différents animaux. La majorité de ces derniers sont des animaux sauvages : lion, ours, tigre. Les autres réponses ont des contenus de petit détail. Elles ont toutes un symbolisme sexuel (par ex. moustache et têtes). 10/19 ont été données en globalité (G) et les 9 restantes ont été données en détail. La majorité de ces réponses ont une forme positive (F+).

3-2 Réponses animales (A)

Les réponses à contenu animal (A) viennent en deuxième position avec 10/41 (24%). Elles peuvent être subdivisées en deux types. Ce sont celles ayant une petite forme et à corpulence fragile telles que papillon, insecte, ver de terre. D'autres ont une grande forme plus robuste, comme par exemple le chameau ou tigre. Un nombre important de réponses est perçue en petit détail (Dd) et la majorité (6/10) ont une forme négative.

3-3 Réponses anatomiques (Anat)

Les réponses anatomiques (Anat) sont de 7/41 (17%). Elles sont toutes perçues en réponses détail (D) et la majorité ont une forme positive. Il est à préciser que les réponses données sont en rapport avec la profondeur anatomique du corps (cerveau, reins). De plus, il y a eu trois réponses sur 7 qui se sont focalisées sur la colonne vertébrale. Cet intérêt porté sur un organe aussi important comme la colonne vertébrale peut avoir un souci particulier recherchant l'équilibre du corps et du psychisme.

3-4 Réponses botaniques (Bot)

Les réponses botaniques (Bot) sont au nombre de 6/41 (15%). Elles sont toutes perçues dans le grand détail (D) et ont toutes une forme positive. La majorité des contenus sont perçus comme des 'feuilles d'arbres' (4/6). Bien que les réponses soient banales, la fragilité de la qualité de la réponse n'a pas une grande valeur adaptative.

3-5 Réponses sexe (sex)

Les réponses sexuelles sont au nombre de 6/41 (15%). Elles sont toutes perçues

dans le grand détail (D) avec des formes positives dans leur majorité. 5 de ces réponses concernent le sexe masculin et une seule réponse le sexe féminin. La grande restriction des réponses sexuelles est certainement due au grand refoulement qui frappe la production et pourtant la planche est perçue comme planche sexuelle.

3-6 Réponses humaines (H) et géographiques (Géo)

Les réponses humaines (H) et Géographiques (Géo) sont les moins représentées. Elles sont respectivement de 2/41 pour les deux contenus. Pour les premières, elles sont perçues dans le grand détail (D) et ont des formes négatives. Pour les deuxièmes, elles sont également perçues dans le détail, mais elles ont des formes positives. Il y a des choses à dire concernant les symbolismes dégagés par la planche (ex. le voile des personnes), que nous réserverons dans l'analyse dynamique.

Extrait des réponses (PLVI)

Cas 1, Lynda 32 ans,

PL V ou PLVI après 5"00, « c'est un aigle ». Après un moment d'hésitation, elle fait un commentaire « Elles se ressemblent toutes ces planches », (GF+A). A la 6^{ème} planche, le temps de latence est plus important, 15"00 : « Ici, on dirait comme une peau d'animal. C'est un mouton, sans cette partie » (D. sup), (DF+A ban). Bien que le percept des deux réponses paraisse clair avec des formes positives, mais l'analyse dynamique atteste que le sujet essaye de se protéger par la 'peau d'animal' contre l'agressivité de 'l'aigle' qui est apparu à la réponse V.

D'ailleurs, les réponses qui viennent après 'la peau' montrent l'échec du contrôle. Elles sont exprimées comme suit : réponse 16 : « Une forme de quelque chose qui plane, entre l'aigle et la chauve-souris » (G F+ A) et la réponse 17 : « C'est une dissection d'un animal », (G F- A). Il est clair que l'effort fourni pour contrôler l'affect n'a pas tenu longtemps.

Discussion des résultats PL VI

Nous avons accordé un intérêt particulier à cette planche, car elle contient une multitude de représentations qui nous renseignent sur le fonctionnement psychique de la personne dans des situations multiples. « La planche favorise la représentation de soi en référence avec la notion d'identité : unitaire ou confuse, différenciée clairement ou non par rapport à l'environnement » (Chabert, 1998, p. 49).

Un ensemble de points est à relever sur les réponses données à cette planche :

- Le fait que la grande quantité de réponses soit donnée dans le contenu : détail animal (Ad), et particulièrement peau de mouton, ces réponses contiennent deux valeurs. La première est comme une paroi protectrice pour lutter contre la fragilité du Moi, la deuxième contient une sorte d'estompage (laine de mouton). Elle dénote une forte lutte contre la dépression.

- La dimension culturelle est clairement apparue dans cette planche. La peau de mouton, de par sa valeur sacrée (mouton de l'Aïd), elle véhicule un sentiment de culpabilité et d'interdit. Dans la même perspective, les réponses humaines contiennent également une valeur d'interdit religieux (ex. femmes voilées ou personnes voilées). Le symbolisme sexuel, là aussi, a sa valeur symbolique et culturelle. C'est l'exemple des 'moustaches' que nous avons rencontré à plusieurs reprises.

- La rareté des réponses sexuelles (6/41) sur une planche réputée planche sexuelle, ne passe pas inaperçue. Le moins que l'on puisse dire c'est que le refoulement et l'inhibition sexuelle ont frappé sévèrement la production.

4- Les réponses à contenu « sang » (sg) et valeurs socioculturelles

Avant d'aller vers l'analyse psychosociologique, il est utile de rappeler le sens symbolique des réponses contenant le 'sang' (sg) selon l'approche théorique. A propos des réponses 'sang' (sg), les auteurs Anzieu et Chabert (1987), ils précisent : « Cette réponse est toujours accompagnée de troubles émotionnels. Elle va de pair avec choc au rouge (...) les significations sont vraies allant depuis le symbolisme sexuel jusqu'à l'agressivité destructrice » (p. 96). Si les réponses de ce type sont nombreuses dans un protocole, en ajoutant d'autres indices comme les réponses 'anatomiques' (Anat) ou 'détail humain' (Hd), nous pouvons retenir un indice d'angoisse important et une fragilité identitaire.

Le même auteur écrit, quelques années plus tard, sur le même thème : « qu'il s'agisse des réponses détails humains, des anatomies ou du sang, les trois contenus renvoient au corps son intériorité mal gardée ou la transparence et la friabilité d'une enveloppe qui laisse voir ses parties constituantes (les organes) à la fragilité d'un contenant qui laisse échapper son flux vital (le sang) un trop facilement pénétrable, se transformant alors en surface de plaies et blessures » (Chabert, 1997, p. 193)

En faisant le parallèle entre ce qui se dégage de la littérature projective et ce qui se laisse voir par le vécu socioculturel, l'interaction dans ce cadre est riche de sens. C'est ce que nous avons retrouvé en analysant les réponses contenant du sang (Sg) des 36 femmes. Le nombre de ce type de réponses est trop élevé (11/57 - 20%) (voir p. 132). Elles indiquent une certaine sensibilité à cette couleur et une préoccupation

particulière au sang.

Sur le plan socioculturel, il est important de souligner d'abord que la couleur rouge est associée au sang, ce dernier est bien entendu lié à la mort. Dans l'emblème national, le crossant et l'étoile sont rouges, référence est ici faite également à la couleur du sang des martyrs de la guerre de libération.

La couleur rouge est également associée au sang de la virginité. C'est une couleur qui est exhibée avec fierté après la nuit de noce. C'est un témoignage préservant l'honneur de la famille de la fille et attestant de la virilité du marié. Toualbi (1984) a bien analysé les circonstances qui entourent la jeune mariée après la nuit de noce. Elle rapporte certaines discussions qui entourent l'événement : « Les questions porteront sur la question de la défloration et les indices de celle-ci, quand ils ne sont pas apparents, seront minutieusement recherchés par une proche parente sur les draps nuptiaux » (Toualbi, 1984, p. 68)

La même valeur honorifique est donnée au sang qui provient de la circoncision chez le garçon. Ce sont des gouttes rouges contenant un symbole sacré, mais cela reste parfois assez blessant dans l'imaginaire profond du garçon. D'ailleurs, N. Toualbi (1975), dans son ouvrage *La circoncision : blessure narcissique ou promotion sociale*, a développé toute un volet sur le symbolisme socioculturel accordé à la circoncision. Il est même allé jusqu'à dire que le garçon récupère et peut cicatriser cette blessure après la défloration de sa femme.

Les deux visions à savoir l'approche projective et l'approche socioculturelle, l'interaction des deux visions est importante. La sensibilité donnée à travers les réponses 'sang' dans notre population confirme la prégnance d'une fragilité du moi. Cette fragilité est favorisée par les valeurs symboliques et honorifiques, voire sacrées, accordées par tout un vécu.

5- Identité, identification à travers les réponses données à la planche III

Il est important de reprendre la littérature selon l'approche projective pour dégager le sens et la valeur symbolique de la planche III. Les sollicitations latentes de la planche renvoient, en partie, « au besoin de représentation de soi face à l'autre et le type de relation 'convergente ou divergente' peuvent être aussi exprimées » (Chabert, 1997, p. 53). La qualité du percept, plus ou moins claire, représentant deux personnages face à face, sollicite non seulement une représentation humaine, mais cette représentation, dans les meilleurs cas, peut être en mouvement élaboré. Lorsque le processus des réponses est condensé, s'imitant à l'évocation de personnages seulement, ne pouvons déjà émettre l'hypothèse de l'inhibition et de prudence dans les investissements humains, du moment que le stimulus n'a pas réactivé une variété de représentations.

Toujours dans la sollicitation latente, le même auteur précise que la planche « suppose la référence à une représentation du corps humain entier dans la mesure où son contenu manifeste est très proche de la réalité de silhouette humaine » (Chabert, p. 62, *ibid*). Nous retenons ainsi que si les réponses données n'ont pas un percept humain entier, nous pouvons supposer qu'il y a une difficulté d'investir des représentations humaines stables. Cela peut supposer ainsi une certaine fragilité de l'image de soi.

En examinant de près les réponses humaines données à la planche III (P. 146), nous restons souvent frappés par la qualité des réponses données. Bien que les réponses humaines soient de l'ordre de 23/36 (35%), nombre acceptable, en analysant de près la qualité des réponses, nous retenons seulement 5/23 (21%) où le percept est focalisé sur un personnage humain de sexe féminin. Nous pouvons dire, dans ce cas, que les identités et les identifications sont claires et bonnes. Le reste des patientes, à savoir 21/36 ont donné des personnages non définis, par exemple : personnes, être humain. Les réponses paraissent des formes positivées, mais le contenu reste indéterminé. Le plus frappant c'est qu'il y a des réponses qui s'éloignent totalement du contenu de la planche. Nous avons enregistré 4/36 ayant donné des réponses erronées à valeur pathologique (par ex. cliché, homme, ombre).

Il est à rappeler que lorsque « les identifications sexuelles sont stables, les représentations humaines sont campées clairement, les prises de position sont souples, il y a cohérence entre identités sexuelles attribuées aux personnages et les conditions projetées sur eux » (Anzieu et Chabert, 1987, p. 81). Les réponses de nos patients contiennent souvent des représentations humaines floues et loin d'être souples.

En essayant d'analyser l'interaction entre le processus identitaire et identificatoire de nos patientes, nous ne nous étonnons pas de relever que dans le vécu socioculturel algérien, et comme il a été développé dans la partie théorique, (chapitre 3) relatif au vécu de la femme, nous avons soulevé le rejet, la ségrégation, le manque de place et la non reconnaissance. Nous ne nous étonnons pas de relever ces percepts qui restent dissimulés dans l'inconscient de certaines femmes. Il est dévoilé au grand jour par des réponses telles que « silhouette de femme, clichés, ...etc. ». Nous relevons également la prégnance des réponses détail humain (Hd) tel que « bras, pied, ...etc. », qui sont remarquablement élevées, indique, entre autres, la difficulté d'avoir un percept uni du corps et de soi.

Conclusion

A travers ce chapitre, nous pouvons dire, en guise de conclusion, que nous avons pu cibler les éléments qui nous permettent d'évaluer la qualité des identifications, la vie pulsionnelle avec ses deux pôles : libidinaux ou agressifs, les principaux

mécanismes de défenses utilisés, et enfin, la qualité de l'angoisse.

Compte tenu de ces éléments, tout en analysant de près les données quantitatives et qualitatives, nous avons pu formuler une idée sur la vie psychique des sujets. Comme il a été signalé, le nombre de réponses très limité, ajouté à certains refus, dénote la restriction, la prudence, voire un excès de refoulement qui frappe l'ensemble de la production. La question qui nous interpelle à ce niveau est la suivante : quel serait le sens de cet excès de refoulement ? En analysant le contenu des réponses, nous nous sommes rendu compte que cette restriction est due, en partie, à la mauvaise intégration, voire un défaut de gestion de la sexualité.

Dans cette perspective, la rareté des réponses humaines et la présence importante des réponses anatomiques, montre la faille identificatoire et la fragilité du Moi. Cette fragilité est également clairement confirmée par le nombre important des réponses détails humains (HD). Ces réponses ont été repérées à travers les trois planches. En faisant l'association de ces réponses avec les réponses anatomiques (Anat) et les réponses Sang (Sg) nous partons aisément en faveur d'une forte angoisse de castration.

Il est à enregistrer également que la rareté des réponses sexuelles annonce un certain gel, voire une paralysie. Si l'on ajoute la rareté des réponses humaines, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un problème identificatoire, mais aussi d'un problème de la fragilité identitaire.

Dans le même ordre d'idées, le grand nombre de réponse anatomique enregistré, ajouté au nombre important de réponses détail animal focalisant sur les peaux d'animaux, indique la présence d'une fragilité interne que les patientes veulent à tout prix compenser.

Par ailleurs, la présence importante de réponses à symbolisme sexuel et à connotation phallique et castratrice telle que (tête de scorpion, tête de serpent, ...etc.), montre la prégnance du registre phobique avec des mécanismes paralysants.

Nous pouvons ajouter, pour conclure, que la production des sujets sur les trois planches donne une forte inhibition, voire une angoisse de castration, une fragilité du psychisme, et certainement un problème identificatoire. Tout se passe comme si la forte pression sociale pourrait être derrière cette forte inhibition. Elle pourrait également dénoncer la difficulté qu'éprouvent les sujets à accepter et gérer les pulsions dans leurs deux pôles sexuels et agressifs.

CHAPITRE 9
Etude clinique de 5 patientes

Illustration clinique, résultats Rorschach

Introduction

Dans ce chapitre nous allons présenter une étude clinique détaillée englobant entretien clinique, le Rorschach de 5 femmes toutes suivies en psychothérapie. Deux d'entre elles sont mariées, une divorcée, et deux autres célibataires.

L'objectif à présenter est double. Le premier est de montrer la nature du fonctionnement psychique en termes de : type de relation d'objet, qualité d'angoisse nature et efficacité des mécanismes de défenses. Le deuxième est d'évaluer comment l'aspect socioculturel, en termes de répression, pesanteur agit pour façonner, voire donner un fonctionnement spécifique.

Le choix de cette population, que ce soit dans la singularité de chaque cas ou la variété hétérogène de chaque fonctionnement, a été fait intentionnellement. Ceci nous permettra de mieux évaluer les éléments socioculturels dans leurs différents aspects. Néanmoins, entre les sujets, on retrouve des variables plus ou moins communes : ils ont tous un niveau d'étude universitaire, ils occupent, dans leur majorité, des emplois stables, et ils ont tous demandé une aide psychologique pour une souffrance psychique. Cette dernière pourrait être résumée ainsi : mal de vivre et des conflits importants au niveau de la famille, la vie conjugale ou professionnelle. La psychothérapie dure en moyenne 1 à 3 ans avec une régularité et un espacement d'une séance par semaine.

Concernant leur circuit thérapeutique, les 5 patientes ont toutes consulté des médecins ayant des spécialités différentes. Elles ont toutes pris, à des degrés différents, des antidépresseurs ou des tranquillisants. Elles ont toutes essayé des traitements traditionnels allant de la simple roukia jusqu'au désensorcellement. Elles présentent toutes des somatisations se focalisant surtout sur des colopathies, céphalées et des troubles gynécologiques.

Sur le plan '*situation personnelle et familiale*', les cinq appartiennent à des familles nombreuses. Elles sont majoritairement des aînées de la fratrie. Trois d'entre elles portent le voile islamique, les deux autres portent des tenues modernes.

A rappeler que la méthodologie adoptée dans ce chapitre contient deux étapes. La première englobe un aperçu sur l'histoire de la personne. Cela contient une présentation du sujet, motif de consultation et déroulement de la prise en charge.

Ces quatre points se soldent à la fin par une hypothèse diagnostique du fonctionnement psychique. La deuxième étape contient la passation de l'épreuve

projective Rorschach avec une analyse détaillée selon la méthode classique (Chabert, 1998). Une discussion des données (entretien, Rorschach) suit chaque patiente pour arriver, à la fin, à une synthèse globale des données.

Les cinq sujets sont présentés comme suit : Khadidja, 41 ans, mariée, sans enfants ; Chafia, 38 ans, célibataire ; Mebarka, 48 ans, mariée, 3 enfants ; Djamila, 37 ans, en instance de divorce, sans enfant ; Besma, 27 ans, célibataire.³⁶

Sujet 1 : Khadidja, 41 ans, mariée, sans enfant, Couturière

1-1 Illustration clinique

Khadidja est une femme âgée de 41 ans, mariée, sans enfants. Elle porte le voile islamique moderne (pantalon, liquette). Elle est la 6^{ème} d'une fratrie de 8 enfants. Son niveau d'étude est de 3^{ème} année lycée. Elle est diplômée en modélisme. Elle a arrêté le travail depuis son mariage, il y a 3 ans.

Adressée par son gynécologue, elle consulte pour un vaginisme évoluant depuis son mariage. Tout s'est déclenché à la nuit de noce, qui a été vécue douloureusement, et pour reprendre ses termes « elle ressemble à un viol ». Cette nuit s'est terminée par une hospitalisation après une forte hémorragie. Durant les séances, elle se plaignait fortement de son mari et disait qu'elle ne lui pardonnait pas sa brutalité et son manque de savoir-faire.

Elle vit durant des années des pressions émanant de partout. Son mari était impatient de consommer le mariage à n'importe quel prix. Sa famille et sa belle-famille la harcellent continuellement de questions sur son intimité. Elle vit un véritable marasme. Tout doit être fait pour être enfin enceinte. Ceci est un processus inévitable marquant la virilité du mari et la fécondité de l'épouse.

Le conflit qui s'est déjà greffé au préalable sur une fragilité psychique, se situe entre désir et défense. Le désir est celui de répondre aux exigences socioculturelles qui sont fortes et variées et les faibles défenses d'assumer la position de femme adulte et structurée. En termes de fonctionnement psychique, nous sommes face à une névrose traumatique. Elle a été déclenchée par un acte sexuel brutal et alimenté par des conflits familiaux sévères. Le mariage, vécu pourtant dans la légitimité, a été

³⁶Le sens de chaque prénom a été emprunté du vécu socioculturel algérien. La traduction est comme suite : Khadidja : C'est la première épouse du prophète. Chafia : la guérisseuse. Mebarka : la félicité. Djamila : la belle. Besma : le sourire.

perçu comme une intrusion qui a désorganisé l'équilibre psychoaffectif de la patiente.

1-2 Protocole Rorschach, Khadidja, 41 ans

<p>Planche 1 : 15'' 1 - C'est le sexe d'une femme ? - Je crois que la pénétration c'est par là, je crois c'est ça. 48. 00''</p>	<p>(G) Ça, c'est le vagin d'une femme, c'est l'intérieur. (D3) D F- sex</p>	<p>G E kpSex</p>
<p>Planche 2 : 35'' 2- C'est l'intérieur du vagin, et la pénétration du vagin. C'est tout ce que je sais. C'est l'intérieur de la femme 1.00''</p>	<p>D3 La pénétration c'est par là Dbl 5</p>	<p>D/dblAnat /sex Persévération</p>
<p>Planche 3 : 48'' 3- Alors ça, j'ai rien compris ! (Soupir) C'est toujours le sexe d'une femme mais c'est profond. 4- Ca c'est des reins. 5- Fœtus 1.10''</p>	<p>Dd 22 D3 D2</p>	<p>Dd F -Sex Choc D F- Anat D F+ H</p>
<p>Planche 4 : 55'' 6- Si je ne me trompe pas, ce que je vois c'est l'organe d'un homme parce que ça ne va pas du tout d'un sexe d'une femme. 7- Là, c'est l'homme. Il va pénétrer dans le sexe d'une femme et il va éjaculer. 8- C'est le vagin d'une femme. Ça, c'est les deux lèvres et ça c'est les lèvres extérieures et la pénétration c'est par là. 1.27''</p>	<p>G D5 Moitié inf (D6) Par-là, elle ovule et la femme peut tomber enceinte par là.</p>	<p>G F- sex Commentaire D K H/sex Scène D F- sex</p>

<p>Planche 5 : 38''</p> <p>9 - V < V Ici, je crois que c'est le sexe d'un homme. Ça n'a rien à voir avec la femme.</p> <p>10- Ca, c'est les fesses et ça c'est le sexe.</p> <p>11- C'est le sexe d'une femme quand elle s'ouvre. Elle va être pénétrée par là.</p> <p>12- Là, c'est l'ovule</p> <p style="text-align: right;">2.00''</p>	<p style="text-align: center;">D7</p> <p style="text-align: center;">D11+D7</p> <p style="text-align: center;">Dd7 inf</p> <p style="text-align: center;">Moitié du Dd7 sup</p>	<p style="text-align: center;">Choc</p> <p style="text-align: center;">D F- Sex</p> <p style="text-align: center;">D /DF- HD/sex</p> <p style="text-align: center;">Dd F- Sex</p> <p style="text-align: center;">Dd F- Anat</p>
<p>Planche 6 :27''</p> <p>13 – Là, je n'ai rien compris, absolument rien. C'est l'intérieur d'une femme. C'est le profond d'une femme.</p> <p style="text-align: right;">50''</p>	<p style="text-align: center;">Ligne médiane D. Les lèvres ne sont pas aussi grandes à moins quand elle accouche ...</p>	<p style="text-align: center;">Dd FE anat</p>
<p>Planche 7 :32''</p> <p>- Je n'ai rien compris, je ne sais pas.</p> <p style="text-align: right;">25''00</p> <p>Planche 8 : 9''00</p> <p>- Je n'ai rien compris</p> <p style="text-align: right;">28''00</p>	<p style="text-align: center;">Tourne la planche</p> <p style="text-align: center;">Dépose la planche</p>	<p style="text-align: center;">Refus</p> <p style="text-align: center;">Refus</p>
<p>Planche 9 :21''</p> <p>14- Bon, c'est le sexe d'une femme.</p> <p>15- Ca, c'est les deux lèvres, la pénétration c'est par là. Ça, c'est l'orgasme.</p> <p>16- Le bassin d'une femme</p> <p style="text-align: right;">2.11''</p>	<p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">Dd 10</p> <p style="text-align: center;">D 9 D1</p> <p style="text-align: center;">C'est le bassin (rose) et là en haut(D) c'est l'intérieur.</p>	<p style="text-align: center;">G F- Sex</p> <p style="text-align: center;">Dd F- Anat</p> <p style="text-align: center;">D F+ Anat</p>

Planche 10 : 40''

17- Je n'ai pas compris. Le jaune c'est le fœtus, des jumeaux, des jumelles.	D10	D F+ H
18- Là, c'est une femme. Elle est ouverte, il va la pénétrer là (D). Elle tombe enceinte là.	Moitié du D Inf	D K H/sex Scène
19- Tout ça c'est l'intérieur d'une femme à partir de la taille.	D11	D F- Anat
20- C'est les poumons.	Dd 14	Dd F- Anat
21- Ça, c'est le gosier, c'est l'estomac. Elle est ouverte. Elle va tomber enceinte par là.	D10+ moitié du Dbl 30	Ddbl F- Anat
3. 05''	D10	commentaire

Choix + : 9 et 10 à cause des couleurs.

Choix - : 7, c'est triste, et 8, je l'ai pas compris.

Psychogramme

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R : 21 →	G= 3 14% ↓	F= 16	A=0 29%% ↓
T.T : 13,26	D= 10 54% →	(3+, 13-)	Ad= 6
mnT.L.M = 32''	D/D = 2		H=3 13%→
Type app= G-D-	Dd= 6 28%↑	K=2	
Dd-Dbl	Dbl = 1	Kan=0	Anat = 9
TRI= 3K/0C	D/Dbl = 1 9%	Kp= 2	Sexe= 9
RC%=42% ↑		EF = 1	Ban = 0 0% ↓
Pers. Sexe ;		FE = 1	
Fetus		T E : 1,5	
Com.= 3		Fc = 28 %	
Scene=3		F%= 76% ↑	
		F+%= 14% ↓	Choix + 9, 10
		F% él= 92%	
		F+% él= 32%	Choix - 7, 8

Analyse des données

La production de Khadidja reste pauvre et assez limitée sur les deux plans quantitatifs et qualitatifs. Malgré le grand effort fourni, qui est nettement perçu dans le processus du protocole, ceci montre que la patiente a du mal à s'engager dans des voies de dégagement. Les 21 réponses produites en 13 minutes montrent les difficultés éprouvées face au stimulus. Nous saisissons ainsi l'effort fourni pour trouver un équilibre entre représentation et affect. Nous sommes également frappés par le nombre impressionnant de réponses sexuelles. Ceci pourrait déjà nous donner un aperçu sur les préoccupations internes qui submergent la pensée.

Processus intellectuel

Le mode d'appréhension de Khadidja est majoritairement investi en réponses détails. Sur les 24 réponses retenues, il y a 18 réponses entre détails et petits détails. Les trois réponses globales données ont toutes un déterminant formel négatif avec un contenu sexuel. Ceci indique déjà la prégnance de préoccupations sexuelles exprimées parfois d'une façon crue, empêchant ainsi l'émergence d'autres contenus.

Les mêmes préoccupations sexuelles sont également constatées dans beaucoup de réponses détails. Même si parfois elles ont un contenu anatomique, mais ce dernier contient également une valeur symbolique sexuel. Parmi les exemples, Rép. 6, PLIII : « C'est des reins », Rép.14, PLVI : « l'intérieur d'une femme » ; Rép. 15, PL. IX: « le bassin ». Par ailleurs, le fait que le Dd% qui est assez élevé (28%) associé à un Dbl aussi élevé (9%), ceci renforce l'idée selon laquelle la patiente tente de contrôler la poussée en se référant aux moindres détails. Malgré ces tentatives, elle finit souvent par échouer. C'est ce qui est confirmé par le nombre important de réponses détail à déterminant négatif (F-=13).

Nous retenons enfin que le processus intellectuel, et compte tenu de la qualité des réponses données, c'est que la pensée se perd souvent dans des détails à connotation sexuelle. Elle reste ainsi inefficace face à la poussée pulsionnelle forte.

Dynamique conflictuelle

Bien que Khadidja ait donné 2 kinesthésies humaines, ceci montre apparemment la possibilité de mise en conflit humain, mais le contenu sexuel des réponses a diminué de leurs efficacités. Les trois réponses montrent une crainte paralysante de la sexualité (ex. Là c'est l'homme, il va pénétrer dans le sexe d'une femme et il va éjaculer) Rép. 9.; « Là c'est une femme, elle est ouverte. Il va là pénétrer là ... Elle tombe enceinte là... » Rép. 20).

Nous remarquons ainsi que les kinesthésies humaines n'ont pas une valeur adaptative. Elles partent plutôt dans le sens d'une projection massive des pulsions. Les réponses petites kinesthésies annoncent, à leur tour, les mêmes explications. Elles viennent pour appuyer, d'une façon parfois plus précise, les préoccupations sexuelles. Cela est confirmé dans les réponses 11 et 12, Planche V. Nous remarquons, dans ces réponses, que le percept est localisé dans le petit détail (Dd), mais le déterminant négatif des réponses le rend moins efficace (Dd F-sex).

L'ensemble de ces éléments, à savoir la qualité du percept, nature des déterminants et contenu des réponses, nous indiquent ensemble que la pensée est répétitive, figée. Elle montre la lutte continuelle contre le vécu sexuel, prenant ainsi une valeur traumatique.

La vie sensorielle et affective semble, à son tour, carrément évacuée dans la production. Nous n'avons enregistré aucune réponse couleur. Toute l'énergie est mobilisée pour contrecarrer les fortes pulsions. Bien que le RC % reste proche des normes (40%), mais en analysant de près la qualité des réponses aux planches pastelles, nous retenons qu'elles sont souvent négatives et la majorité ont un contenu anatomique (bassin, poumon, estomac). Une forte préoccupation est ainsi accordée au monde interne.

Nous retenons, en conclusion, que le fonctionnement de Khadidja reste caractérisé par : l'inefficacité du refoulement, la forte projection, l'absence du conflit humain bien élaboré. Ceci laisse le mécanisme de refoulement totalement inopérant. Si nous ajoutons à cela l'absence de réponses banales, ceci nous indique que Khadidja fonctionne dans un registre proche de la névrose traumatique. Elle reste sous-tendue par une forte désorganisation affectant les mécanismes d'adaptation et de dégagement.

Sujet 2 : Chafia, 38 ans, Célibataire, Cadre d'entreprise

2-1 Illustration clinique

Chafia est une jeune femme célibataire âgée de 38 ans. Elle est chef de service comptabilité dans une entreprise étatique. Elle est l'aînée d'une fratrie de 6 (4 filles et 2 garçons). Issue d'une famille conservatrice, très jeune sa famille lui a imposé le voile islamique. C'était la condition principale pour entrer à l'université. Elle a eu un bac maths avec brillance et a poursuivi des études de commerce. Pour elle, c'était un rêve qui lui permettrait de créer, un jour, sa propre entreprise.

Tout s'est évaporé' disait-elle. Face au refus de ses parents pour qu'elle étudie à l'école de commerce sous prétexte que cette école était mal fréquentée. Elle s'est rabattue vers l'université d'économie dans l'espoir de faire une spécialité proche de ce qu'elle souhaite.

Depuis sa tendre enfance, Chafia était très proche des garçons. Elle avait souvent des conflits avec sa mère, lui reprochant ses fréquentations. Elle avait souvent des cheveux courts, portait des pantalons et jouait parfaitement au football.

Les conflits ont débuté à l'approche de la puberté. Dès l'apparition des premières règles à l'âge de 14 ans, une forte restriction fut imposée à son comportement : port du voile obligatoire, interdiction de sortir seule et de fréquenter les garçons. Face à cette situation, les premiers signes de malaise sont apparus : tristesse, insomnie, troubles digestifs et amaigrissement.

En termes de fonctionnement psychique, il nous semble que Chafia ait vécu une forte répression qui a rigidifié son psychisme. Il s'agit probablement d'une névrose obsessionnelle agissant dans un registre phobique. Elle fait face à une attitude surmoïque extrêmement sévère et pesante. Elle a fini par verrouiller toutes les voies expressives ou libératoires. Ce qui a fragilisé les positions féminines. La décompensation somatique (colopathie) n'est qu'une défense supplémentaire attestant d'une forte inhibition.

2-2- Résultat Rorschach, Chafia, 38 ans

<p>Planche 1 : 5'' 1- C'est quoi ça ? Quelque chose qui fait peur. Peut-être un papillon, je ne sais pas. 12'' 00</p>	<p>Je n'aime pas le noir, c'est ma couleur préférée, mais il représente le stress</p>	<p>G F clob A</p>
<p>Planche 2 : 4'' 2- C'est quoi ça ? C'est du sang, C'est horrible. Ce n'est pas beau à voir. Quelque chose de pas bien. C'est du sang. 20''00</p>	<p>D2 + D3</p>	<p>D/ D C Sang Choc</p>
<p>Planche 3 : 9'' 3- Rire ... C'est quoi ça ? C'est un couple ou quoi ? Oui c'est un couple. 4- C'est un cœur, c'est l'amour. Si c'est l'amour c'est bien. 15'' 00</p>	<p>G D3</p>	<p>G F+ H Ban D C F Anat Abstraction</p>
<p>Planche 4 : 3''00 Oh là là, ... C'est quelque chose qui fait peur. Je n'aime pas cette photo. 6''00</p>	<p>Ça me fait penser à mon enfance. J'étais seule et je me débattais contre la vie</p>	<p>Choc Commentaire Refus</p>
<p>Planche 5 : 10''00 - Rien ; signe de tête 05''00</p>		<p>Refus</p>
<p>Planche 6 :20''00 6- Est-ce que vous pouvez m'aider ? Je n'ai pas compris, elle me fait penser à une tête d'être humain elle est rempli, elle s'est éclatée. 25''00</p>	<p>D (sup)</p>	<p>D kpHd</p>

<p>Planche 7 : 5''00</p> <p>7- C'est quoi ça ! C'est un volcan en éruption, C'est une guerre</p> <p>8- Comme une personne, il a envie de faire sortir son énergie. C'est quelqu'un qui veut vivre. Il veut être une personne célèbre.</p> <p style="text-align: right;">53''00</p>	<p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">D6</p> <p>Quelqu'un qui a tenu, tenu puis il a éclaté.</p> <p style="text-align: center;">D k H</p>	<p style="text-align: center;">Choc</p> <p style="text-align: center;">G kob frag</p> <p style="text-align: center;">D K H</p> <p style="text-align: center;">Commentaire</p>
<p>Planche 8 : 2''00</p> <p>9- Celle-là est bonne, c'est comme quelqu'un qui tient à la vie. Il a envie de vivre, c'est-à-dire il a un rôle à passer dans cette vie. Il veut aller loin. C'est tout.</p> <p>10- Deux tigres en train de monter</p> <p style="text-align: right;">41''00</p>	<p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">D1</p>	<p style="text-align: center;">G F- H</p> <p style="text-align: center;">Persévération</p> <p style="text-align: center;">D kan A ban</p>
<p>Planche e 9 : 13''</p> <p>11- En général le rouge, c'est du sang, le danger.</p> <p>12-Un être humain qui a envie de vivre, c'est la paix. L'orange c'est la couleur que je n'aime pas. Je préfère la couleur verte.</p> <p style="text-align: right;">51''00</p>	<p style="text-align: center;">D 9</p> <p style="text-align: center;">D 10</p>	<p style="text-align: center;">D C Sang</p> <p style="text-align: center;">D K H</p>
<p>Planche 10 12'' 00</p> <p>13- C'est des personnes qui veulent arriver au sommet. C'est une chose pas facile. Ils vont rencontrer des difficultés ... On peut voir aussi des conflits dans ces schémas ... Je préfère toujours la couleur bleu ciel et vert.</p> <p style="text-align: right;">35 '00</p>	<p style="text-align: center;">D/D</p>	<p style="text-align: center;">D/D K H</p> <p style="text-align: center;">Abstraction</p>

Choix + : 3, Elle représente l'amour, 8 ; C'est la vie
Choix - : 2, Je n'aime pas le sang, 4 ; Elle m'a fait peur.

Psychogramme

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R/13 ↓	G: 5 39 % ↑	F: 3	A: 3, 23 % →
TT 4" 29	D: 7 61% →	(2 + 1-)	Ad: 0
T. L. P: 8"	D/D: 1		H: 4 38 % →
Type App: G-D-D/D	Dd: 0	K: 3	Hd : 1
TRI: 2K/ 4,5C	DbI: 0	Kan: 2	Sang: 1
RC%= 38% →		Kp: 1	Frag: 1
F.C: 3 k 0E		Kob: 1	
		C: 3	Ban: 2 17% ↑
Com :1		Fc: 0,5	
Choc 2 (PL 2, PI 3)		CF: 1	
ReP. Comp: 1,		FE: 0	
Refus: 1 (P7)		EF: 0	
		F%: 25 % ↓	Choix +: 8, 3
		F+%: 17 % ↓	Choix -: 4, 2
		F% él: 50 %	
		F+% él: 41 %	

Analyse des données

A première vue, ce qui retient notre attention, c'est que la production de Chafia est faible sur les deux plans quantitatifs et qualitatifs. Elle n'a donné que 13 réponses avec un temps de latence relativement long. Ceci indique la difficulté à mettre en place une pensée efficace. Si l'on rajoute le nombre de chocs, qui s'élève à trois, et le refus de la planche 4, ceci nous donne une idée sur la massivité du refoulement.

Processus intellectuel

Le mode d'approche du sujet a été investi d'une façon presque équilibrée entre les réponses globales et détails. Le pourcentage des réponses globales est de 39%. Il est proche des normes, mais elles restent souvent démunies de contrôle. Elles ont majoritairement un déterminant kinesthésique négatif ou sensoriel phobique (ex. planche I, Rép. 1 : c'est quelque chose qui fait peur, et la Planche V Rép. 5 : elle a envie de vivre celle-là). Ceci indique qu'il ne s'agit pas de réponses positives ou

organisées. La même démarche est accordée aux réponses détails. Bien qu'elles répondent aux normes sur le plan quantitatif (61%), la qualité des réponses reste au-deçà des normes. Sur 7 réponses détail données ; 2 ont eu un déterminant sensoriel négatif. La première : PL II, Rép. 4 (c'est du sang, c'est horrible), la deuxième : PL IX, Rép. 11 (Le rouge c'est du sang, le danger), l'aspect sensoriel ici a un sens de destruction. La même explication pourrait être donnée en ce qui concerne la petite kinesthésie. Elle a donné également deux. La première : PLVI ; Rép. 6 (Une tête, elle est remplie, elle va exploser), la seconde : PLVII ; Rép. 7 (volcan en éruption, la guerre). Les deux réponses témoignent de la dégradation de la pensée et la lutte contre la dépression. Nous retenons ainsi que le mode d'approche, que ce soit en globalité ou en détail, ont des déterminants négatifs qui annoncent que la pensée reste peu efficace.

Dynamique conflictuelle

Les réponses données sur le plan kinesthésique ou couleurs montrent que la priorité est donnée au monde intérieur plutôt que le monde extérieur. Elle a donné 3 grandes kinesthésies contre deux réponses couleurs. Ce nombre reste assez important compte tenu du nombre total des réponses (R=13). Ceci indique que la vie interne reste submergée de conflits. Ainsi l'introversión résultante de la formule (K-C) ne donne pas d'issue de dégagement. C'est ce qui est confirmé par l'analyse des réponses K. Ainsi les deux réponses marquent la mobilisation pulsionnelle et le désir de se projeter dans la vie. La première kinesthésie humaine est apparue à la planche VII, Rép. 8 (Comme une personne il a envie de faire sortir son énergie). La deuxième, PL IX, Rép. 12 (un être humain qui a envie de vivre). La troisième, PLX, Rép. 13 (c'est des personnes qui veulent arriver au sommet). Les trois réponses ont la même valeur. Elles dissimulent toutes un besoin très fort d'exprimer les désirs.

Les petites kinesthésies quant à elles ont une valeur dépressive frappante. Si les grandes Kinesthésies évoquent un besoin pulsionnel, ce besoin dérape aussitôt vers des voies dépressives. Exemple : tête qui va éclater, volcan en éruption.

Nous retenons, que la dynamique conflictuelle de Chafia s'exprime selon la formule : trop de désirs et peu de moyens d'expressions.

Si le nombre de banalité (ban% 33%) et le H% (17%) sont dans les normes mais ces normes sont remises en cause par les déterminants formels. Ainsi, le F% et le F+% restent au-deçà de la moyenne, ce qui montre que la pensée est épuisée et a du mal à contrôler le réel.

En conclusion, le fonctionnement psychique de Chafia est très proche de fonctionnement obsessionnel, de par le refoulement élevé, l'isolation et l'intellectualisation.

Sujet 3 : Besma, 25 ans, Célibataire, Comptable

3-1 Illustration clinique

Besma est une jeune femme âgée de 25 ans, habillée en tenue moderne (fuseau, liquette). Elle a une licence en droit, travaille comme comptable dans une société privée. Elle est l'aînée de 3 sœurs. Père décédé quand elle avait 12 ans. Il est mort assassiné par des terroristes. La mère a repris la gérance de l'entreprise de son mari.

Elle consulte pour un syndrome dépressif : manque d'appétit, insomnie, idée de persécution évoluant depuis quelque mois. Elle a consulté des guérisseurs traditionnels et a pris des antidépresseurs. Ne constatant pas d'amélioration, elle décide de consulter un psychologue.

Tout a commencé depuis quelques mois, lorsqu'elle a éprouvé des sensations amoureuses vis-à-vis de son employeur. Elle raconte avec des larmes entrecoupées de rires : « Je ne comprends pas pourquoi je me suis attachée à lui alors qu'il a l'âge de mon père ». Son angoisse a augmenté après avoir vu un guérisseur. Ce dernier lui a confirmé que : « Ce qui t'arrive ce n'est qu'une punition de Dieu, car tu ne portes pas le hidjab ».

Il s'agit probablement d'une problématique œdipienne réactivée. Le décès tragique de son père à l'âge de 12 ans a rigidifié son psychisme. Ceci a laissé un traumatisme qui a été fortement inhibé. Le deuil n'a pas été suffisamment élaboré. Le rapprochement avec son employeur a suscité des sensations affectives anciennes. Cela a créé des sentiments contradictoires entre amour paternel et amour libidinal. Le guérisseur l'a fortement culpabilisée en évoquant la punition de Dieu (père).

En termes de fonctionnement, il s'agit d'un fonctionnement phobo-obsessionnel dans un registre traumatique. Ce vécu amoureux a réactivé un ancien traumatisme (assassinat du père) qui a été longuement refoulé. Cette situation a désorganisé ses défenses, d'où son syndrome dépressif.

3-2-Protocole Rorschach, Besma, 25 ans, Célibataire.

<p>Planche 1 : 7''</p> <p>1-Papillon, un insecte</p> <p>2-Organe sexuel</p> <p>3-Deux insectes qui tiennent quelque chose</p> <p>4-Etre vivant maritime. Il y a les yeux, les bras</p> <p style="text-align: right;">2''10</p>	<p style="text-align: center;">G La forme D4</p> <p style="text-align: center;">G</p>	<p>G F+ A Ban G F- Sex G F+ A/Obj → kan</p> <p>G F+ A</p>
<p>Planche 2 : 10''</p> <p>5- Deux ours se disputent quelque chose</p> <p>6 – Deux poumons</p> <p>7 – Papillon</p> <p>8 – Organe sexuel d'une Femme</p> <p style="text-align: right;">1.50''</p>	<p style="text-align: center;">Toute la planche D2 La forme et la couleur D3</p>	<p>G Kan A D F- Anat G F+ A D F+ Sex</p>
<p>Planche 3 : 15''</p> <p>9- Deux personnes face à face. Les deux animaux les regardent.</p> <p>10- Une tête d'abeille</p> <p>11 – Deux animaux de mer</p> <p style="text-align: right;">1.40''</p>	<p style="text-align: center;">Toute la planche</p> <p style="text-align: center;">D7 D2</p>	<p>Gz K H/A</p> <p>D F- Ad D F- A</p>
<p>Planche 4 : 18''</p> <p>12 – Un monstre</p> <p>13 - Un volcan en mouvement</p> <p>14 - Tête d'escargot</p> <p>15 – Deux têtes de loup</p> <p style="text-align: right;">1.45''</p>	<p style="text-align: center;">Toute la planche</p> <p style="text-align: center;">D3 D5 D2</p>	<p>G F + (H) D kob frag D F- Ad D F+ Ad</p>
<p>Planche 5 : 8''</p> <p>16- Une chauve-souris</p> <p>17- Tête de crocodile</p> <p>18- Deux becs d'oiseaux</p> <p>19- Une personne qui soulève ses mains</p> <p style="text-align: right;">1.40''</p>	<p style="text-align: center;">Toute la planche</p> <p style="text-align: center;">D1 D3 D2</p>	<p>G F+ A Ban D F+ Ad D F+ Ad D K H/Hd</p>

<p>Planche 6 : 35'' 20- Radio d'animal 21- Une tortue 22 – Deux têtes d'animaux 23 – Un animal 24 - Un volcan en mouvement 25 - Deux têtes collées</p> <p style="text-align: right;">2.00''</p>	<p>Toute la planche G D4 Dd 10 D8 Dd 7</p> <p>des animaux je pense</p>	<p>G EF A G F- A D F+ Ad Dd F- Ad D Kob Frag Dd F+ Ad</p>
<p>Planche 7 : 14'' 26-Deux animaux sur une pierre. 27-Carte géographique 28-Un papillon. 29- Organe sexuel féminin</p> <p style="text-align: right;">1.35''</p>	<p>Toute la planche G et le blanc D4 Dd 11</p>	<p>Gz F+ A/frag Gbl F+ Géo D F+ A Dd F- sex</p>
<p>Planche 8 : 16'' 30-Deux animaux 31-Têtes d'animaux 32-Silhouette d'être humain 33-Deux têtes d'éléphant 34- Organe sexuel d'une femme</p> <p style="text-align: right;">1.00''</p>	<p>D1 D4 D5 D7 Dd 23</p>	<p>D F+ A Ban Dd F+ Ad D FE H D F- Ad Dd F-Sex</p>
<p>Planche 9 : 30'' 35- Deux animaux 36- Deux poumons 37- Deux têtes collées 38- Organe sexuel d'une femme. 39- Un liquide qui sort 40- Tête d'animal</p> <p style="text-align: right;">1.40''</p>	<p>D3ils sont face à face Dd10 Cochons D4 Milieu du Dd 10 Dd 30 D1</p>	<p>DF+ A Dd Fc Anat DF+ Ad Dd F- sex Pers D kobéle DF+ Ad</p>
<p>Planche 10 : 24'' 41- Deux animaux 42- Deux insectes 43- Animale il a deux crochets. 44- Petites bestioles 45- Deux poissons</p> <p style="text-align: right;">1.20''</p>	<p>D8 D4 D3 D2, D4 D2</p>	<p>DF+A DF- A DF- A D F+ A D F- A</p>

Choix+ : 8 : à cause des animaux, elle est belle. PL X : à cause de la variété des Couleurs

Choix - : 2 : elle me dérange, je sais pas pourquoi.

Psychogramme

Production	M. Appréhension	Déterminant	Contenue
R= 45 T.T = 16'' 66 T.L M= 17''	G= 8 29%→ Gz = 4 Gbl= 1	F = 35 (20+ 14-)	A=11 77% ↑ Ad= 12 H= 3 (H): 1 9% ↓ Hd= 1
Type d'app=G-D TRI= 2K/1C FC= 4/ 1,5E RC% = 35% →	D = 25 54 %→ Dd = 7 15%	K= 2 Kan = 1 Kob= 3 FC= 1 CF= 1 EF=1 FE= 1 S de C = 3	Obj = 1 Anat = 2 Sexe = 4 Frag = 3 Elém = 1 Ban = 3 7% ↓ Choix + = 8; 10 Choix - = 2
RépCompl= 0 Refus = 0 Persev = Sexe		F%= 56% → F+%= 46% ↓ F% él = 80% F+ él= 65%	

Analyse des données

Le protocole de Besma est d'une grande fluidité. Elle a donné 46 réponses. La répartition des réponses sur l'ensemble du psychogramme paraît plus ou moins équilibrée du point de vue quantitatif. Elle ne semble présenter aucune difficulté à extérioriser sa pensée.

Processus intellectuel

D'après les données quantitatives, le mode d'approche de la pensée de Besma est majoritairement investi en réponses détail (D : 25, G : 8). En analysant la qualité des réponses globales, elles ont toutes une forme positive avec un contenu animal. Il y a eu seulement deux réponses combinées (G/z), mais elles restent sans grande valeur constructive (ex. PL I, Rép.3 : deux insectes qui tiennent quelque chose. PLVII, Rép.27 : deux animaux sur une pierre). Ces deux réponses, bien qu'elles paraissent combinées, elles restent sans grande élaboration. Nous remarquons également que les réponses globales disparaissent complètement dans les planches pastelles. Cela démontre que la pensée synthétique du sujet perd de son efficacité quand le stimulus réactive des mouvements affectifs. Ces indices témoignent déjà de la mise en avant d'une pensée simpliste soutenue par des mécanismes phobiques.

Par ailleurs, les réponses grandes détail (D) et petit détail (Dd) totalisent ensemble 31 réponses. Elles ont majoritairement une forme positive (D F+ : 21R). Les réponses détail de forme négative ont souvent un contenu animal (Ad). Ce détail est principalement focalisé sur la tête (ex. PL IV : tête d'escargot. PL V : tête de crocodile). Cela dévoile la sensibilité du sujet à la forme pointue qui peut y avoir le sens d'un symbole phallique. Dans le même sens, certaines réponses ont un contenu sexuel féminin (ex. PL VII : organe sexuel féminin. PL VIII : organe sexuel d'une femme). Cela indique une certaine préoccupation sur l'identité sexuelle. C'est peut-être pour cela que la pensée du sujet quitte sa forme globale pour se focaliser sur des détails ayant un contenu sexuel. Dans ce sens, nous relevons le nombre important des réponses petit détail (Dd) qui s'élève à 15%. Ce taux assez élevé va dans le sens de l'obsessionnalité.

Les réponses détail de forme négative se caractérisent également par une dimension régressive (ex. deux poissons, deux poumons). Le premier a un sens hydrique, et le deuxième peut contenir une valeur ayant une crainte d'étouffement. Dans le même contexte, le chiffre deux qui se répète souvent, et particulièrement dans les réponses détail, a souvent des formes négatives (ex. PL VIII : deux têtes d'éléphants).

PL IX : Deux têtes collées). La crainte de la castration, ici, fait que le sujet régresse jusqu'à une relation duelle pour se protéger contre cette menace.

Dynamique conflictuelle :

La vie pulsionnelle à travers les réponses du sujet s'exprime par un nombre assez restreint des réponses kinesthésiques humaines. Nous n'avons enregistré qu'une seule réponse mouvement humain. Elle est apparue à la Planche III (deux personnes face à face, deux animaux les regardent). Le mouvement pulsionnel, ici, est totalement réprimé. L'anonymat des sujets (personnes) et le fait qu'ils soient regardés par les (deux animaux), a figé le mouvement et diminué de la valeur libératrice. Par ailleurs, il y a quatre autres petites kinesthésies (2 Kan, 2Kp) qui montrent à leur tour la répression du mouvement pulsionnel (ex. PL. II : deux ours qui se disputent quelque chose. PLIV, un volcan. PLIX : un liquide qui sort). Nous constatons clairement que ces kinesthésies restent limitées, du fait que leurs buts flous « se disputent quelque chose ». En plus, l'évocation du « volcan » démontre le risque d'un débordement pulsionnel.

En conclusion, nous pouvons dire que le sujet (de par sa production, à savoir le nombre des réponses formelles positives, le nombre de banalités, les réponses humaines), nous donne l'idée d'un contrôle assez positif de la réalité. Cependant, la qualité des réponses, en particulier la prégnance des réponses détails humains, anatomiques et sexuelles, dénoncent une certaine immaturité fonctionnelle (fonctionnement infantile). La profondeur de ses conflits marque également la présence des mécanismes phobiques qui restent sous-tendus par une forte angoisse de castration. Ces éléments attestent que le fonctionnement du sujet relève du registre obsessionnel avec des éléments phobiques paralysants.

Sujet 4 Mebarka : 46 ans, mariée, 3 enfants, Sans fonction.

4-1 Illustration clinique

Mebarka est une femme âgée de 46 ans, mariée. Elle est mère de trois enfants âgés respectivement de 18, 20 et 22 ans. Elle a une licence en littérature arabe. Elle travaille comme pâtissière traditionnelle (prépare des gâteaux pour les fêtes). Elle est l'aînée de 3 sœurs et 1 frère. Le père est un ancien cheminot, décédé une année avant le début de sa psychothérapie.

Elle consulte pour une forte angoisse dépressive (stress, insomnie, idées de suicides) évoluant depuis qu'elle est en liaison avec un homme. Elle vit un véritable conflit entre désir et interdit. Elle répétait à chaudes larmes : « Comment vais-je rencontrer Dieu alors que j'ai commis l'un des plus graves péchés ». Elle porte le voile islamique intégral (niqab). Elle a consulté plusieurs guérisseurs traditionnels. Elle a tenté d'enlever la sorcellerie, persuadée qu'elle est habitée par une force qu'elle n'arrive pas à contrôler.

Elle est affectée par le décès de son père. Elle dit qu'elle regrette qu'elle n'ait pas suffisamment profité de lui. Elle était sa préférée, il le lui avait dit une année avant sa mort. Elle dit aussi qu'elle lui reprochait le fait qu'il l'ait mariée jeune (à 17 ans) avec un cousin qui la dépassait en âge et avait un handicap physique. Tout se passait, disait-elle, « comme s'il était pressé de se débarrasser de moi, car j'étais belle et convoitée par plusieurs hommes ».

Sa vie de couple est décrite comme 'catastrophique'. Elle vit dans une habitation précaire. Elle a des problèmes financiers, car son mari ne travaille pas et ils ont du mal à vivre avec sa maigre pension d'invalidité. Elle était contrainte de faire un travail difficile pour subvenir aux besoins de la famille.

En termes de fonctionnement, Mebarka présente un fonctionnement hystérophobique. Le décès de son père a subitement ouvert la voie aux réactivations des sensations d'adolescente qui étaient jusque-là refoulées. Son attachement amoureux survient suite à une réactivation d'anciens désirs libidinaux qui étaient frappées par des interdits parentaux. Le décès du père a créé une sorte de libération ouvrant la voie à sa nouvelle relation, ce qui a alimenté sa décompensation.

4-2 Protocole Rorschach, Mebarka, 46 ans.

<p>Planche 1 : 15'' 1- Papillon, c'est tout 25''</p>	<p>Toute la planche</p>	<p>G F+ A Ban</p>
<p>Planche 2 : 8' 2- C'est un sexe féminin ou masculin. 10''</p>	<p>A cause de la forme Dbl Ce gris représente la tristesse</p>	<p>Dbl F+/- Sex → C'</p>
<p>Planche 3 : 10'' Il n'y a que des formes ! 3- Ces taches représentent le sang 4-Un pied d'une chèvre 5-Deux têtes de gazelle 6-Ceux-là ce sont des yeux 7-Comme les pieds d'un diable 1.50''</p>	<p>D2 D5 Dd 21 Petit détail dans le Dd 21 D5 (Rire)</p>	<p>Critique D C Sang D F- Ad D F+ Ad Di F- Ad D F+ Hd</p>
<p>Planche 4 : 14'' 8- La forme d'un grand arbre 9- Des branches mortes 10-La forme d'une chaise royale 11- Des doigts 1.10''</p>	<p>D5 C'est triste D4 D3 Dd 26</p>	<p>D F+ Bot D Fclob Bot D F- Obj Dd F- Hd</p>
<p>Planche 5 : 16'' 12-La forme d'un grand papillon 13-Il y a une tête d'escargot 14- Un vampire 15-Une chauve-souris qui vole 16- La forme d'un animal 17- Deux pieds 18- Il y a deux jambes 19 -Ici, comme un visage 2.00''</p>	<p>C'est l'enfance G D6 Elle me fait peur G Ici, le bec, la tête D9 Dd 22 D1 Dd 30</p>	<p>G F+ A Ban D F+ Ad G F Clob A G Kan A Ban D F- A Dd F- Hd D F+ Hd Ban Dd F+ Hd</p>

<p>Planche 6 : 18''</p> <p>20- Toujours ce mélange entre le sexe féminin et masculin</p> <p>21-Des griffes</p> <p>22-C'est une peau de mouton</p> <p>23-Papillon</p> <p>24-Moustache d'un chat</p> <p>25-Il y a deux visages face à face</p> <p>26-Forme d'un sexe féminin.</p> <p style="text-align: right;">1.35''</p>	<p>D médiane</p> <p>Dd 21</p> <p>G</p> <p>D6</p> <p>Dd 26</p> <p>D1 + G</p> <p>Une jeune fille. Elle est en train de se noyer. Ses cheveux remontent en surface</p> <p style="text-align: right;">D6</p>	<p>D F+/- Sex</p> <p>Dd F+ Ad</p> <p>G FE A</p> <p>D F+ A</p> <p>Dd F+ Ad</p> <p>D/G K H/Hd</p> <p>Scène</p> <p>D F- Sex</p>
<p>Planche 7 : 12 ''</p> <p>27-Il y a deux visages face à face Ils font des signes.</p> <p>28-La forme d'un sexe féminin, c'est tout.</p> <p style="text-align: right;">55''00</p>	<p>D1</p> <p>D6</p>	<p>D kpHd</p> <p>D F+ sex</p> <p>Perseveration</p>
<p>Planche 8 : 14''</p> <p>29-Comme un animal, je ne sais pas. Comme un loup sauvage.</p> <p>30-Œil d'un être humain</p> <p>31- Trois corps rassemblés. Ils représentent la femme l'homme et l'enfant</p> <p>32- C'est une femme, la mère</p> <p>33- Deux formes de tête d'un enfant</p> <p style="text-align: right;">1.10''</p>	<p>D1</p> <p>D dans D1</p> <p>Ddbl 32</p> <p>D7</p> <p>D6</p>	<p>D F+A Ban</p> <p>Di F- Hd</p> <p>Ddbl F- H</p> <p>D F- H</p> <p>D F- Hd</p>
<p>Planche9 : 18''</p> <p>34-Deux formes de têtes d'hommes</p> <p style="text-align: right;">20''</p>	<p>D4</p>	<p>D F+ Hd Ban</p> <p>Perseveration</p>

Planche 10 : 15''

35- Deux formes. Je ne sais pas. Ici, sexe masculin.	D10 + D11	D/D F- Sex Pers
36- Ici, il y a plusieurs formes Mélangées. Crabes, scorpion	D1	D/D F+ A Ban
37- Forme de racines	D7	D F- Bot
38- Forme de poisson Le mélange de couleurs. Le bleu et le rouge représentent La tristesse 1.10 ''	D2 D/D	D F- A Commentaire

Choix + P 4 : C'est l'innocence, P.5 : j'aime bien, elle est simple
Choix - P 3 : je n'aime pas le sang, P.6 : elle est vulgaire.

Psychogramme

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R : 38 → T. T : 11.00'' mn T.L.M : 4''	G : 4 11% ↓ D : 21 66 % ↓ Di : 2 D/D : 2 Dbl : 2 5% Dd :5 13%	F = 31 (F+14,F-17) K= 1 Kan =1 Kp= 1 C= 2 Fc=1 S de c = 3,5 EF= 1 S de E : 1,5 F%= 85% ↑ F+%= 41% ↓ F%él= 90% F+%él=51%	A= 8 37% ↓ Ad= 6 H= 3 29% ↑ Hd= 8 Sexe = 4 Sang= 1 Obj= 1 Bot = 3 Scène =1 Abst =1 Ban : 7 → Choix + = 4,5 Choix - = 3, 6
Type App : D-Dd- D/G TRI : 1K /2C F.C:kan : 1, kp :1 :E :0, RC% : 28% → RépCompl : 0 Refus :0 Persev : Sexe Succ : rigide			

Analyse des données :

La patiente a donné 39 réponses en 11 mn. Le nombre de réponses données reste assez élevé sur le plan quantitatif. Ce qui frappe, à priori, c'est le nombre important des réponses détail qui s'élève à 21 R, contre seulement 4 R globales. Elle a également donné 30 réponses avec des déterminants formels, dont 18 sont de forme négative. Ces premiers éléments montrent déjà l'effort fourni pour maintenir un encrage efficace à la réalité.

Processus intellectuel

Ce qui est frappant dans la production du sujet c'est qu'il n'ait donné que 4 réponses globales sur un ensemble de 38. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il ait du mal à maintenir globalement sa perception. On a l'impression que sa pensée s'éparpille avec les éléments de la planche, sans doute par souci de vouloir tout contrôler.

Par ailleurs, ces réponses globales sont souvent données dans les planches compactes (ex. à la planche V où elle a donné 3 avec un contenu animal, suivies de banalités : chauve-souris, papillon, peau de mouton). Cependant, quand elle essaye de se laisser aller dans un effort d'élaboration, elle tombe facilement dans des thèmes phobiques ou de castration (ex. à la réponse 14 : « un vampire », G F clob). Cette réponse est sous-tendue par un mécanisme phobique qui a créé une sorte de paralysie dans la pensée.

Les réponses détail, très dominantes dans l'ensemble du protocole, montrent à leurs tours comment le sujet se défend contre l'angoisse. L'analyse qualitative de ses réponses montre que le processus intellectuel reste alimenté par deux mouvements bien distincts. Le premier est dévoilé par des contenus de formes positives accompagnées d'un symbolisme maternel et régressif frappant (ex. un grand arbre, des branches, tête d'enfant, racine, poisson). Le deuxième vient comme une sorte de contrepoids où la pensée a échoué, révélant des déterminants négatifs (ex. sexe d'homme, griffe, moustache). La lutte contre l'angoisse de castration est clairement frappante chez le sujet. C'est dans ce sens que le F% reste très élevé (81%), ce qui confirme l'idée précédente, à savoir la grande énergie déployée pour contrôler sa vie affective.

Dynamique conflictuelle

Une seule grande kinesthésie a été donnée contre une seule réponse couleur. Partant de ces indices, nous pouvons dire que l'énergie du sujet est beaucoup plus

dirigée vers l'extérieur. Elle a pris un aspect formel témoignant d'un besoin d'expression important. L'analyse des mécanismes conflictuels nous permet de comprendre mieux les choses. Dans ce sens, le sujet n'a donné qu'une seule kinesthésie humaine de bonne qualité. Les deux réponses couleurs existantes n'ont pas une signification adaptative. La première est de nature (C') 'noir' et l'autre n'a pas de contenu précis (mélange de couleurs).

La grande kinesthésie qui apparaît à la planche IV est « une jeune fille est en train de se noyer ». Elle contient un fort mouvement pulsionnel qui représente la lutte contre la mort. Cela montre à quel point le sujet dépense de l'énergie pour maintenir un équilibre. D'ailleurs, ce mouvement a été précédé par un mouvement pulsionnel exprimé à la planche V (chauve-souris en vol). Cela dénote la présence de cette grande force pulsionnelle qui cherche un moyen de libération. C'est ce qui a été également donné dans sa petite kinesthésie à la planche VII : deux visages, face à face, font des signes. Ces éléments montrent un indice supplémentaire sur la nature de la dynamique conflictuelle. Elle peut être schématisée ainsi : des désirs forts, mais la possibilité de les exprimer reste faible.

Par ailleurs, malgré la présence des réponses couleurs, elles ne contiennent pas une valeur adaptative élevée. Ainsi, la première réponse (C) révèle un débordement affectif : du sang. Cela marque le non contrôle pulsionnel, d'autant plus que cette réponse vient juste après une réponse donnée à la planche II (sexe de femme). C'est ce qui confirme l'idée précédente, à savoir la difficulté du sujet à élaborer et gérer ses pulsions sexuelles et agressives.

En conclusion, et compte tenu des éléments cités précédemment, nous pouvons avancer l'hypothèse d'un fonctionnement obsessionnel avec des éléments phobiques qui viennent pour palier une angoisse de castration omniprésente. Le problème d'identification reste posé et il s'exprime en termes de difficulté à assumer ses positions féminines d'une façon souple et adaptée.

Sujet 5 Djamila : 38 ans, divorcée, Médecin 5-1 Illustration clinique

Djamila est une jeune femme âgée de 38. Divorcée, médecin spécialiste. Parents séparés depuis son enfance. Elle consulte après séparation avec son mari et demande le divorce. Elle remet en cause, avec remords, tout son comportement. Elle a du mal à comprendre ou à accepter le sens des ruptures répétées avec les hommes. Cette dernière relation, qui a duré une année, s'est terminée, comme les autres, avec une séparation. Pourtant il y avait une certaine acceptation au début.

Djamila est la deuxième d'une fratrie de 5 enfants. 3 frères et une sœur. L'un des frères est malade mental (schizophrénie). Elle a vécu dans une famille nombreuse pleine de conflits. Les parents qui se disputaient souvent. Elle est marquée par les agressions verbales et physiques de son père à l'égard de la mère et des frères et sœurs.

Après le divorce des parents, la mère a fait des métiers précaires pour subvenir aux besoins de sa famille. Elle est également marquée par le comportement traumatisant de ses frères. Le premier, atteint d'une schizophrénie, fait des rechutes répétées. Le deuxième est toxicomane. Il lui volait ses objets pour les revendre afin de s'acheter ses substances toxiques.

Malgré ce vécu douloureux, Djamila a réussi des études poussées, mais, disait-elle, « je n'ai jamais su profité de mon intelligence ». Elle est restée otage de la honte et de la culpabilité. Elles l'empêchaient de jouir de ses capacités intellectuelles et professionnelles.

En termes de fonctionnement psychique, nous pouvons avancer un fonctionnement hystéro-phobique. Le registre phobique dissimule et contient un problème identificatoire important. Elle est restée longuement tiraillée entre une mère autoritaire et dépressive et un père absent. Ceci a favorisé la prégnance d'une immaturité qui ne lui a pas permis de jouir de son statut de femme structurée.

5-2-Protocole Rorschach, Djamila 38 ans

<p>Planche 1 : 10''</p> <p>1- Une chauve-souris 2- Un grand insecte</p> <p style="text-align: right;">45''</p>	<p style="text-align: center;">G G</p>	<p>GF+A Ban GF+A</p>
<p>Planche 2 : 14''</p> <p>3- Ça ressemble à l'intérieur de ..., J'ai eu l'occasion de voir ça dans mes études. 4- On dirait des planches qu'on étudie au lycée.</p> <p style="text-align: right;">1.20''</p>	<p style="text-align: center;">Ca ressemble à la partie génitale inferieure (D3) l'anatomie</p>	<p>D F-Anat GF-obj</p>
<p>Planche 3 : 9 ''</p> <p>5- Le cheminement de l'œuf, ovulation 6- Là, c'est un papillon 7- Un insecte 8- Ça, une tache de sang.</p> <p style="text-align: right;">1.45''</p>	<p style="text-align: center;">G D3Sans la partie Supérieure G La couleurD2)</p>	<p>Gkp -/Anat Scene DFC+A ban GF+A DCF sang</p>
<p>Planche 4 : 28''</p> <p>9-Quelque chose qui sort de la mer, une bête. 10-Ça ressemble à une bête inconnue.</p> <p style="text-align: right;">41''00</p>	<p style="text-align: center;">Toute la planche G</p>	<p>G kanA G F+ - A</p>
<p>Planche 5 : 25''</p> <p>11- Ça, c'est une bête qui vole. Je vois plus les membres inférieurs, la tête, les ailes</p> <p style="text-align: right;">35''</p>	<p style="text-align: center;">Une chauve-souris</p>	<p>G kan A ban</p>

<p><i>Planche 6 : 35''</i></p> <p>V..> .. V</p> <p>12- Là, c'est difficile d'identifier les choses pour moi...Ça peut être n'importe quoi. Ça peut être une plante</p> <p style="text-align: right;">1.22''</p>	<p>Cette partie (D3)</p>	<p>Choc D F+ bot</p>
<p>Planche 7 :18''</p> <p>13- Dans l'ensemble, c'est un utérus.</p> <p>14- Je vois la tête d'un lapin. Là, il ouvre la bouche. Là, c'est la queue.</p> <p>15- Là, ça ressemble à un truc génital</p> <p style="text-align: right;">2.10''</p>	<p>G (D1) (D4)</p>	<p>G F+ Anat D kan Ad DF+ Anat</p>
<p>Planche 8 : 11''</p> <p>16 – Ça me fait rappeler l'embryon (Ddl)</p> <p>17- Je ne sais pas, ça c'est un animal</p> <p style="text-align: right;">1.15''</p>	<p>Dbl 3 D1</p>	<p>Dbl F- Anat D F+ A ban</p>
<p>Planche 9 : 13''</p> <p>18-Un utérus avec le cordon et l'embryon</p> <p style="text-align: right;">45''00</p>	<p>Toute la planche</p>	<p>G F- Anat</p>
<p>Planche 10 : 22''</p> <p>19- C'est la même chose avec une surcharge de couleurs. Là, à l'intérieur l'embryon</p> <p style="text-align: right;">51''00</p>	<p>Toute la planche avec (D9) + (D11)</p>	<p>D/D F- (H)</p>

Choix + : 10, C'est beau

Choix - : 2 à cause de l'intérieur, je n'aime pas, 4 : elle fait peur.

Psychgramme

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R=19 → T.T = 10.23'' T.L.m= 18''	G=10 52% ↑ D = 7 37% ↓ D/D= 1 5% Dbl=1	F = 14 (9+, 5-) K=0 Kan= 3 Kop= 1 C=0,5 CF =1 Fc=1 E=0 Clob= 0 S de C = 2,5 F%= 84% ↑ F+% =42% ↓ F%él= 89% F+%él=71%	A= 8 47 %→ Ad= 1 H = 0 0% ↓ Anat = 5 Sang= 1 Bot = 1 Obj = 1 Ban = 4 21% → Choix + = 10 Choix - = 2,4
Typ App= G-D/G TRI = K :0, C :2,5 F.C = 1kp, 1kan/ 0E RC%= 21% ↓			

Analyse des données

Le protocole de Djamila est essentiellement caractérisé par le nombre réduit de réponses (19 réponses en 10 mn). L'absence de réponses humaines et l'augmentation des réponses à déterminant formel (F% : 85%) nous donnent déjà une idée sur la rigidité de son fonctionnement. Nous saisissons, ainsi, l'effort considérable fourni pour maintenir un certain encrage à la réalité.

Processus intellectuel :

Le mode d'approche de Djamila est investi majoritairement par des réponses globales. Elle a donné 10 réponses globales contre seulement 7 réponses détail. Elle tente, dans sa démarche, de cerner la planche par un percept global, simple avec des formes positives (ex. PL I : chauve-souris. PL III : insecte). Le percept se dégrade par la suite pour donner une réponse détail avec des formes négatives. C'est le cas avec la

planche 7 où elle a donné « l'utérus » avec une forme positive. Mais juste après, le percept se dégrade pour donner une réponse détail (organe génital) avec une forme négative.

Elle tente ainsi de contrôler l'affect, mais elle échoue dans les planches pastel (ex. Rép.18, PL IX : utérus. Rép.19, PL X : embryon). Nous saisissons ainsi la mise en avant de la pensée afin de contrôler l'affect. Malgré cette démarche, elle échoue souvent, surtout lorsque les éléments de la planche sont éparpillés ou réactivent des positions affectives ou sexuelles. Dans le même sens, les déterminants formels qui sont trop élevés (F% : 84%) dénotent la mise en avant de la pensée en fournissant un effort épuisant. Le mode d'approche ainsi établi laisse apparaître des préoccupations archaïques et régressives. Ceci est confirmé par le nombre important de réponses anatomiques données (sur 19 réponses, 5 ont un contenu anatomique, par exemple : Rép. 2, PL II : partie génitale ; Rép. 13, PL VII : utérus).

Dynamique conflictuelle :

Dans sa production, la patiente n'a donné aucune réponse kinesthésique humaine. Il n'y a eu que deux réponses mouvement à contenu animal (kan). La formule : type de résonance intime est : « TRI =0K contre 2,5 C ». Ceci part en faveur d'un fonctionnement extraverti. Mais en analysant de près le contenu des réponses, ces dernières ne favorisent pas le caractère adaptatif de ces données. Même le RC% qu'i s'élève à 21%, taux assez bas, dénote la difficulté qu'éprouve le sujet à exprimer sa voie affective.

Même les kinesthésies animales données n'ont pas une valeur efficace. La première a été donnée à la planche V, Rép. 11 (c'est une bête qui vole). La deuxième à la planche VII, Rép. 14 (tête d'un lapin. Là, il ouvre sa bouche. Là, c'est la queue). A travers ces réponses, nous constatons deux mouvements pulsionnels. Le premier représente un besoin intense d'une libération pulsionnelle. Le deuxième représente la répression forte de ce mouvement. Il est exprimé par la nature inoffensive du contenu (lapin) dont l'action est complètement figée et passive (ouvre sa bouche).

Dans le même contexte, il n'y a eu qu'une seule réponse couleur qui, à son tour, ne donne pas de signes de libération. Elle est exprimée à la planche III, rép. 7 (là, c'est une tache de sang). L'affect, ici, est représenté par une expression pulsionnelle crue. En analysant le cheminement de sa production, cette réponse survient après une réponse ayant un contenu sexuel exprimé à la planche II : partie génitale inférieure. Ainsi, ce mouvement pulsionnel reste assez archaïque, que ce soit dans sa nature ou dans son mode d'expression.

En conclusion, et compte tenu des éléments dégagés par la production de la patiente, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un fonctionnement qui relève d'une névrose phobique avec un noyau narcissique. De par le refoulement élevé, l'absence de réponses humaines, la dégradation du contrôle formel (F- = 5/14) et l'intérêt porté au monde interne (Anat = 5/19). Tous ces éléments renforcent l'idée d'une grande fragilité du moi et son incapacité à gérer les désirs internes face aux exigences externes.

6- Discussion des données cliniques des cinq sujets (psychothérapie, Rorschach)

6-1 Les illustrations cliniques

Un certain nombre de points sont à retenir sur l'ensemble des cas suivis. Ils nous permettent de dégager les éléments essentiels caractérisant la population consultante :

- Les cinq cas suivis ont subi des pressions familiales et socioreligieuses à des degrés différents. Ces pressions s'expriment en termes de poids, des interdits et des inhibitions provoquant des comportements qui peuvent s'insérer dans le registre phobique. Nous soulignons également une forte rigidité agissant comme défense contre un fort sentiment d'insécurité. Tout est mis en œuvre pour freiner, voire bloquer les désirs. C'est dans ce sens que la religion trouve, ici, un couvercle palliatif agissant comme moyen de déculpabilisation. Elle prend parfois une forme d'habillement indispensable pour dissimuler le corps et la féminité. Le cas de Chafia, 38 ans, et Mebarka, 46 ans, sont des exemples-types allant dans le sens de cette vision.
- Le motif de consultation exprimés pour les cinq cas est pratiquement le même. Les plaintes données s'inscrivent majoritairement dans la symptomatologie dépressive. Elles se résument par le mal de vie, la tristesse, la perte de plaisir, ...etc. Elles cherchent, ainsi, d'un côté, un moyen pour exprimer et vivre les plaisirs, et d'un autre côté, faire face au fort sentiment de culpabilité qui les habite. Le vécu familial et social reste dans cette optique, deux éléments importants qui maintiennent en vie une dualité conflictuelle agissant selon la formule : trop de désirs, faiblesse des défenses.

- Les hypothèses diagnostiques dégagées à partir des entretiens cliniques sont majoritairement en rapport avec le registre phobique. Ce registre divise les patientes en deux : celles qui font partie du fonctionnement phobo-obsessionnel et celles qui font partie du fonctionnement hystérique. Les premières sont représentées par Khadidja, 41 ans, Chafia, 38 ans, et Besma, 25 ans. Les secondes sont représentées par Mebarka, 46 ans, et Djamila 38 ans. Il faut préciser que Khadidja et Besma ont subi des traumatismes durant l'enfance et l'adolescence.
- Les cinq patientes appartiennent à des familles nombreuses. Elles ont entre 5 et 9 frères et sœurs. Leur niveau d'étude est souvent universitaire. Elles ont toutes essayé des thérapies traditionnelles allant de la roukia et l'hidjama jusqu'au désensorcellement. Le cas de l'une des 5 patientes s'est aggravé après avoir consulté un guérisseur. Il s'agit de Besma 25 ans. Le guérisseur lui a ordonné de porter le voile islamique et faire la prière pour échapper aux châtements de Dieu.

6-2 Les données Rorschach

Un ensemble de points a été enregistré en guise de synthèse sur ce qui caractérise la production des cinq patientes au test du Rorschach.

- Les données des hypothèses diagnostiques données dans les entretiens cliniques sont confirmées par les résultats du test. Elles appartiennent toutes au fonctionnement névrotique. Elles agissent toutes dans le registre phobique Il y a deux cas où le Rorschach a décelé, en plus de la phobie, d'autres éléments. Il s'agit du cas de Khadidja, où les résultats ont dévoilé une névrose traumatique paralysante, et de Chafia, dont le Rorschach est tellement pauvre qu'il nous laisse penser à une névrose grave.
- La production de l'ensemble, exprimée par le nombre de réponses, varie entre une restriction importante (13 et 24 réponses ; nombre donné par 3 patientes) et le débordement des réponses (38 et 46 réponses ; nombre donné par deux patientes). Les premières sont frappées par une inhibition et un excès de refoulement, les deuxièmes perdent souvent le contrôle annonçant l'échec du refoulement.
- Concernant le processus intellectuel, la majorité des patientes investissent le percept par une approche détail. Cette dernière montre une forte préoccupation et un besoin de contrôler le réel. L'ensemble des réponses globales est souvent

simple, sans grande élaboration. Les réponses détail ont majoritairement un déterminant négatif, ce qui nous laisse penser à l'échec du contrôle formel. La pensée reste ainsi inefficace, malgré le grand effort fourni pour contrôler l'affect suscité par les planches.

Pour ce qui est des déterminants, ils sont à moitié négatifs et à moitié positifs, mais la tendance va plutôt vers le dérapage. La majorité des réponses négatives ont un contenu ou bien sexuel (sexe d'homme), ou animal ayant une valeur castratrice (tigre, insecte, abeille, scorpion). La préoccupation sexuelle non élaborée, ainsi que le contenu des réponses, qui est souvent à symbolisme sexuel castrateur, donnent aux réponses une valeur phobique et inhibitrice importante.

Dans le même sens, nous avons relevé très peu de réponses couleurs. Ceci montre la difficulté chez elles à exprimer l'affect. Ce dernier est souvent bloqué par des représentations phobiques. D'ailleurs, le nombre de refus et de chocs, reste important chez pratiquement toutes les patientes, notamment dans les planches à symbolismes sexuel (ex. PLII, III, VI ou à symbolismes maternel comme la planche VII).

En résumé, nous pouvons dire que la majorité des cas ont une fragilité psychique importante. Elle s'exprime surtout par l'inhibition et la rigidité des défenses. Bien que le refoulement soit présent, il ne parvient pas à endiguer la violence pulsionnelle et agressive, surtout dans certaines planches susceptibles de les réactiver, telles que la planche II, III et IX. La même explication est donnée aux planches réactivant une pulsion agressive tel que les planches : PL II, III. Nous avons ainsi relevé une incapacité à élaborer des percepts symboliques ou sublimatoires. C'est dans ce processus que souvent la projection et l'identification projective prennent le relais.

A travers l'analyse quantitative et qualitative des réponses données auprès des patientes, nous avons pu relever trois points essentiels que partagent les cinq cas. Le premier est en rapport avec une fragilité identificatoire importante. Le deuxième se laisse voir par une forte castration qui paralyse souvent la pensée. Et enfin, le troisième est marqué par l'échec ou l'inefficacité du refoulement.

Conclusion

Nous avons tenté, dans ce chapitre, de mettre en valeur et d'analyser cliniquement la nature du fonctionnement psychique des cinq patientes suivies en psychothérapie. Nous avons relevé, à la fin de ce chapitre, que la souffrance psychique de ces femmes est tellement forte que nous n'avons pas pu la déceler par l'observation et lors des différents entretiens cliniques.

L'épreuve projective Rorschach nous a été très utile dans notre démarche. L'analyse des résultats obtenus nous a permis d'être plus prudents dans la prise en charge. Nous avons pu, par exemple, évaluer les degrés de fragilité de Khadidja. Les réponses données au test du Rorschach ont montré une forte fragilité des défenses, annonçant parfois la lutte contre l'émergence des positions archaïques. La même chose a été observée chez Chafia. Bien qu'elle montre, à travers sa souplesse (niveau d'étude, verbalisation souple), un équilibre social, mais les résultats du test a montré une névrose grave, pour ne pas dire état limite.

Nous avons ainsi pu répondre à une partie de nos interrogations relatives aux degrés de pressions infligées par les deux milieux familiaux et sociaux. Cette pesanteur, qui agit à des degrés différents sur chaque sujet, provoque souvent des inhibitions multiples, une passivité et une forte castration. Cela a été également évalué à travers les plaintes données lors des entretiens cliniques. Il a été dénoncé également, et d'une façon plus pointue à travers l'analyse des 141 réponses récoltées dans les 5 protocoles.

Dans le chapitre prochain, nous tenterons de vérifier les différents aménagements trouvés par les patientes après leur psychothérapie. Ceci sera certainement vérifié lors de la repassassions du même test à la fin de leur prise en charge.

Chapitre 10

Test et re-test après psychothérapie

Étude clinique de 4 patientes

Introduction

Dans ce chapitre, nous tenterons de soumettre à l'étude les études cliniques que nous avons déjà exposé dans le chapitre précédent. Les cinq ont suivi une psychothérapie. Elle a duré entre une et quatre années. Nous donnerons d'abord un aperçu clinique sur les différents changements opérés par la psychothérapie (changements symptomatiques). Nous ajouterons, par la suite, une analyse détaillée sur les résultats comparatifs des deux tests Rorschach.

Nous précisons aussi que la première patiente soumise à l'étude (Chafia, 38 ans) a été analysée avec détail, réponse par réponse et pour les deux épreuves. Ceci nous permettra de voir de près le processus du changement. Pour les 3 autres sujets, nous nous sommes contentés d'analyser seulement le psychogramme. L'intégralité du deuxième a été donnée en Annexe.

Les quatre sujets soumis à l'analyse sont Chafia, Besma, Mebarka et Djamila. Le cas 1, Khadidja, qui présentait un vaginisme, ne fait pas partie de l'étude projective, car elle a interrompu la psychothérapie six mois après.

A rappeler que le but recherché dans ce chapitre est de vérifier la pertinence et le poids du vécu socioculturel sur le fonctionnement psychique. Si les résultats obtenus dans l'entretien clinique du cas par cas ont été satisfaisants, afin d'affiner les données, nous appliquerons une méthode supplémentaire. Il s'agit de la technique *test et re-test après psychothérapie*. Cette méthode nous renseignera certainement sur les changements opérés par la prise en charge.

Sur le plan pratique, nous avons passé le test du Rorschach tout à fait au début de la prise en charge. Nous avons repassé le même test deux ans après.

Sur le plan méthodologique, il est utile de rappeler que nous avons adopté la méthode et les normes d'analyse utilisée par Catherine Chabert (1997, 1998). Le fonctionnement phobique, qui a été largement développé par cette auteure, est l'une des plus importantes références dans notre travail. Elle précise, à titre d'exemple et dans cette même optique précisément, que le test Rorschach est d'une grande utilité. « Une projection intervient dans l'évocation d'images anxiogènes appartenant à un bestiaire relativement typique (animaux puissants, générateurs de crainte ou encore insectes inspirant répulsions ou dégoût » (Chabert, 1997, p. 236).

Sur le plan socioculturel, nous avons voulu faire le maximum pour établir des liens significatifs entre le vécu et le fonctionnement psychique. Afin de mieux éclaircir les choses, nous nous sommes également référés à Claude de Tychy (2012). Cet auteu a étudié l'aspect socioculturel et son impact sur la psyché. Dans son article « *Nouvelles normes adultes du test Rorschach et évolution sociale* », il a donné de beaux éclaircissements sur l'évolution des normes du psychogramme.

Enfin, dans notre démarche, nous nous sommes largement inspirés de C. Chabert une autre fois (1997). Elle a donné au contenu latent des planches un sens diagnostique très utile à notre démarche (Chabert, 1997, PP. 48-49).

1- Évaluation clinique des psychothérapies de 4 sujets

Nous avons enregistré sur les cinq patientes suivies en psychothérapie des changements au niveau psychique, intellectuel, familial et social. La psychothérapie a duré en moyenne entre 18 mois et 4 années, à l'exception de Khadidja qui a arrêté sa psychothérapie dès qu'elle ait consommé son mariage. Une régularité avec un intervalle d'une fois par semaine sans retard ni absence a été observée chez toutes les patientes.

Une relation transférentielle a été enclenchée dès les premières séances. C'est ce qui a favorisé en partie l'évolution du travail thérapeutique. Cependant, un ensemble de points est à retenir en guise de comparaison entre avant et après la psychothérapie. Nous les avons repérés au fur et à mesure de l'avancée du travail psychothérapeutique. Nous allons tenter de les repérer en termes de changement au niveau des comportements en attendant de vérifier cela de façon plus profonde dans les épreuves projectives.

A titre de rappel, nous avons retenu précédemment que les 5 patientes agissent dans un registre phobique. Ce registre est subdivisé en deux groupes. Le premier est celui des hystéro-phobiques qui sont au nombre de 3. Le deuxième est représenté par deux patientes et est celui des phobo-obsessionnelles.

Les cinq patientes vivent, à des degrés différents, une immaturité et un besoin d'étayage important. La décompensation survient souvent au moment où les désirs se confrontent fortement aux interdits, d'où le sentiment de culpabilité générateur de fortes angoisses. Les demandes de consultation surviennent avec un tableau dépressif varié. Il est mis en avant : mal de vie, perte de goût et d'appétit, dégradation de l'estime de soi, insomnie et parfois une forte tristesse. Dès le début du travail psychothérapique, ce tableau s'atténue progressivement et parfois rapidement en

raison de la présence du thérapeute et l'étayage obtenu dans la relation. Ce processus a permis le déclenchement du transfert et l'amorce des voies associatives.

En termes psychodynamiques, le travail avec les cinq patientes était assez profond. Il y a chez elles, et à des degrés différents, un réinvestissement des relations parentales. Ce qui a favorisé l'enclenchement du travail de deuil et de réparation. Dans ce sens, il y a une meilleure investigation des premiers objets, notamment avec les parents et les proches. Des identifications souples et efficaces ont permis un certain rétablissement des liens qui ont été coupés pendant longtemps.

Les changements observés après psychothérapie peuvent être résumés ainsi :

- *Image du corps* : nous avons enregistré une amélioration de l'image du corps. Elle s'exprime surtout par la tenue vestimentaire. Elle quitte l'image triste et dégradée pour aller vers une certaine gaieté. Et pour celles qui portent le voile, ce dernier est plus gai et mieux soigné.

- *Symptomatologie mentale et/ou somatique* : Elle se manifeste par une nette diminution des symptômes (sommeil, appétit, quiétude). Sur le plan somatique, nous avons remarqué moins de plaintes et une atténuation de certaines douleurs telles que les colopathies ou les maux de tête. L'exemple le plus frappant est donné chez Khadidja qui s'est débarrassée de son vaginisme 6 mois après le début de la prise en charge.

- *Poids dans la famille* : nous l'avons surtout enregistré au niveau des expressions verbales. Elles ont développé des défenses efficaces s'exprimant en termes de réclamation des droits et de valorisation des rôles. Cet aspect est plus constaté chez Chafia et Bisma (phobo-obsessionnelles). Les deux étaient étouffées par les pressions familiales. Elles ont pu s'imposer en réalisant, en peu de temps, de meilleures positions au sein de leurs familles.

- *Intellectuel et/ou professionnel* : les changements sont très importants chez les 5 patientes. Des promotions chez Chafia et Bisma (comptables). Après une évolution remarquable au travail, elles ont obtenu de meilleurs postes. Djamila (médecin) a obtenu des DU et occupe un poste plus important à l'hôpital. Mebarka, après de longues hésitations, a fini par ouvrir son propre commerce (confiserie). Ceci démontre, en partie, une libération intellectuelle et une acceptation de jouir de leurs qualités après de longues années de blocage.

- *Relationnels* : Après une libération relative du poids des interdits et du sentiment de

culpabilité, ceci s'est retenti directement sur les relations amicales et/ou conjugales. Pour les amis, il eut des ruptures avec certains et des liaisons avec d'autres. Refusant ainsi d'être utilisées et luttant contre la dépendance affective, elles cherchent la réciprocité en refusant toute soumission ou dépendance. Khadidja s'est imposée auprès de son mari et a réussi à instaurer des liens de respect. Chafia est arrivée à se débarrasser de la dépendance et l'exploitation professionnelle. Besma a quitté son fiancé après avoir pris conscience de leurs incompatibilités. Elle a pu nouer une nouvelle relation. Mebarka, a quitté son amant et, après une expérience douloureuse, elle est arrivée à améliorer sa relation conjugale en se rapprochant d'avantage de son mari. Enfin, Djamila a pu réaliser son divorce après des années d'hésitation. Elle est libre et assume pleinement sa vie.

Il est important, enfin, de souligner que les cinq patientes ont vécu des psycho-traumatismes à des degrés différents. Cet état a favorisé d'avantage des blocages multiples et une inhibition généralisée de désirs. C'est dans ce cadre que la vie sexuelle était freinée et frappée de prohibitions et d'interdits. La psychothérapie était d'un secours ultime. Bien que le travail thérapeutique soit long, et parfois même compliqué, mais il leur a permis la levée du refoulement, la libération des désirs et l'amélioration des défenses.

2- Les changements après psychothérapie à travers l'épreuve Rorschach

Dans ce volet nous allons présenter les 4 protocoles Rorschach. Chaque sujet a subi deux épreuves. La première au début de la psychothérapie, la deuxième à la fin. Une analyse comparative est donnée pour chaque sujet.

2-1 Test — Re-test après psychothérapie, Chafia, 38 ans

Chafia est une femme célibataire, chef de service comptabilité, l'aînée d'une fratrie de 7 (4 filles et deux garçons). Elle consulte pour un mal de vie et une colopathie chronique.

Diagnostic : fonctionnement phobo-obsessionnel

Intervalle : de 3 ans entre le premier et le deuxième test.

(Présentation de deux protocoles Rorschach, les réponses du **re-test** sont dans le même protocole, écriture en gras)

<p>Planche 1 : 5''</p> <p>1- C'est quoi ça quelque chose qui fait peur, peut-être un papillon, je ne sais pas.</p> <p style="text-align: right;">12''00</p>	<p>Je n'aime pas le noir, c'est ma couleur préférée, mais il représente le stress</p> <p style="text-align: center;">G</p>	<p>G F clob A</p>
<p>Planche 1 : 4''</p> <p>1- Chauve-souris G 2- Deux personnes</p> <p style="text-align: right;">14'' 00</p>	<p style="text-align: center;">G D4</p>	<p>G F+A Ban D F+ H</p>
<p>Planche 2 : 4''</p> <p>2- C'est quoi ça ? C'est du sang, c'est horrible, ce n'est pas beau à voir, quelque chose de pas bien c'est du sang.</p> <p style="text-align: right;">20''00</p>	<p style="text-align: center;">D2 + D3</p>	<p>D C Sang Choc</p>
<p>Planche 2 : 3''</p> <p>2-Deux personnes attachées 3- La couleur rouge, une Liaison</p> <p style="text-align: right;">18''00</p>	<p style="text-align: center;">G D3</p>	<p>G F+ H DCF Abst</p>
<p>Planche 3 : 9''</p> <p>3- Rire ... C'est quoi ça ? C'est un couple ou quoi ? Oui, c'est un couple. 4-C'est un cœur, c'est l'amour. Si c'est l'amour c'est bien.</p> <p style="text-align: right;">35''00</p>	<p style="text-align: center;">G D3</p>	<p>G F+ H Ban D C F Anat Abstraction</p>
<p>Planche 3 : 6''00</p> <p>1- Deux personnes qui se regardent 2- Au milieu c'est un cœur c'est l'amour</p> <p style="text-align: right;">25'' 00</p>	<p style="text-align: center;">G D3</p>	<p>GKH DFC Anat</p>

<p>Planche 4 : 3''00 Oh là là ... C'est quelque chose qui fait peur, Je n'aime pas cette photo. 10''00</p>	<p>Ça me fait penser à mon enfance, j'étais seule et je me débâtais contre la vie</p>	<p>Choc Commentaire Refus</p>
<p>Planche 4 : 3''00 7- Une chose horrible, fait peur 8- Un gorille, il a de grosses pattes 9''00</p>	<p>G Un animal G</p>	<p>Choc GFclob A G F+ A Ban</p>
<p>Planche 5 : 7''00 5- C'est quoi ? Elle a envie de vivre celle-là ? Je n'ai pas compris. 18'' 00</p>	<p>Toute la planche Comme un animal volant</p>	<p>G Kan A</p>
<p>Planche 5 : 5''00 9- Chauve-souris 15''00</p>	<p>G</p>	<p>G F+ A Ban</p>
<p>Planche 6 :20''00 6 – Est-ce que vous pouvez m'aider ? je n'ai pas compris, elle me fait penser à une tête d'être humain elle est remplie, elle s'est éclatée. 35''00</p>	<p>D (sup)</p>	<p>D kp Hd</p>
<p>Planche 6 :10''00 10-Comme une plante 11-Chose qui sort du bas comme un fusil 30''00</p>	<p>G D3</p>	<p>G F+ Bot D kobObj</p>

<p>Planche 7 : 5''00</p> <p>7- C'est quoi ça ? C'est un volcan en éruption, c'est une guerre</p> <p>8- Comme une personne, il a envie de faire sortir son énergie. C'est quelqu'un qui veut vivre, il veut être une personne célèbre.</p> <p style="text-align: right;">53''00</p>	<p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">D6</p> <p>Quelqu'un qui a tenu...tenu puis il a éclaté.</p> <p style="text-align: center;">D k H</p>	<p>Choc</p> <p>G kob frag</p> <p>D K H</p> <p>Commentaire</p>
<p>Planche 7 : 5''00</p> <p>12- Comme des animaux</p> <p>13- Comme un rochet</p> <p style="text-align: right;">45''00</p>	<p style="text-align: center;">Des lapins D1</p> <p style="text-align: center;">Des animaux assis sur un rochet D4</p>	<p style="text-align: center;">D F+ A</p> <p style="text-align: center;">D F+ Frag</p>
<p>Planche 8 : 2''00</p> <p>9-Celle-là est bonne. C'est comme quelqu'un qui tient à la vie. Il a envie de vivre, c'est-à-dire il a un rôle à passer dans cette vie. Il veut aller loin. C'est tout.</p> <p>10- Deux tigres en train de monter</p> <p style="text-align: right;">41''00</p>	<p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">D1</p>	<p>G F- H</p> <p>Persévération</p> <p>D kan A ban</p>
<p>Planche 8 : 4''00</p> <p>14- Des animaux, des lions Accrochés à quelque chose</p> <p>15- Des oiseaux</p> <p style="text-align: right;">31''00</p>	<p style="text-align: center;">D1</p> <p style="text-align: center;">D2</p>	<p style="text-align: center;">D F+ A</p> <p style="text-align: center;">D F- A</p>
<p>Planche 9 : 13''</p> <p>11- En général le rouge, c'est du sang, le danger.</p> <p>12-Un être humain qui a envie de vivre, c'est la paix. L'orange c'est la couleur que je n'aime pas, Je préfère la couleur verte.</p> <p style="text-align: right;">49''00</p>	<p style="text-align: center;">D9</p> <p style="text-align: center;">D10</p>	<p>D C Sang</p> <p>D K H</p>

<p>Planche 9 : 12''</p> <p>16- Au milieu comme des personnes 17- Un voile vert</p> <p style="text-align: right;">43''00</p>	<p style="text-align: center;">D4 D1</p> <p style="text-align: center;">Comme si que les personnes sont cachées derrière ce voile</p>	<p style="text-align: center;">D F+ H D CF Obj</p>
<p>Planche 10 : 12'' 00</p> <p>13- C'est des personnes qui veulent arriver au sommet, c'est une chose pas facile, Ils vont rencontrer des difficultés ... on peut voir aussi des conflits dans ces schémas ... je préfère toujours la couleur bleu ciel et vert.</p> <p style="text-align: right;">1 '10</p>	<p style="text-align: center;">D</p>	<p style="text-align: center;">D/D K H</p> <p style="text-align: center;">Abstraction</p>
<p>Planche 10 : 5'' 00</p> <p>18- Art graphique 19- La tour Eiffel 20 - Deux animaux collés 21- Deux abeilles</p> <p style="text-align: right;">1. 00''</p>	<p style="text-align: center;">G D11 D8 D12</p>	<p style="text-align: center;">GF c art DF+ Arch DF+ A DF-A</p>

Choix + : 3 ; elle représente l'amour, 8 ; c'est la vie
Choix - : 2 ; je n'aime pas le sang, 4 ; elle m'a fait peur.

.....

Choix + : 8, 10. J'aime les couleurs
Choix - : 1, 4. je n'aime pas le rouge

Résultats du 1^{er} test, Chafia, 38 ans, célibataire

Psychogramme

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R/13 ↓ TT 6. OO" T. L. P : 8" Type App : G-D-D/D TRI : 2K/ 4,5C RC%= 38% →	G : 5 39 % ↑ D : 7 61% → D/D : 1 Dd : 0 Dbl: 0	F : 3 (2 + 1-) K : 3 Kan : 2 Kp: 1 Kob : 1 C : 3 Fc: 0,5 CF : 1 FE : 0 EF : 0 F%: 25 % ↓ F+% : 17 % ↓ F% él: 50 % F+% el : 41 %	A : 3, 23% ↓ Ad : 0 H : 4 38 % ↑ Hd : 1 Sang : 1 Frag : 1 Ban : 2 17% ↑ Choix + : 8, 3 Choix - : 4, 2
F.C : 3 k 0E Com :1 Choc 2 (PL 2, PI 3) Rep. Comp: 1, Refus : 1 (P7)			

Résultats du 2^{ème} test, Chafia, 38 ans, célibataire

Production	Appréhension	Déterminant	Contenu
R/ 21 ↓ TT 4.83" T. L. P : 5" Type App : G-D TRI : 1K/ 4C RC%= 38% → F.C : 1 k 0E Com :1 Choc 1 (PL 4) Rep. Comp: 0 Refus : 0	G : 7 33 % → D : 13 62% → D/D : 0 Dd : 0 Dbl: 0	F : 14 (12 + 2-) K : 1 Kan : 0 Kp: 0 Kob : 1 C : 0 Fc: 2 CF : 2 FE : 0 EF : 0 Fcob:1 F% : 67 % → F+% : 58 % ↓ F% él : 85 % F+% el : 71 %	A : 9, 42% → Ad : 0 H : 7 17% → Hd : 0 Sang : 0 Frag : 1 Obj 2 Anat : 1 Abstr : 1 Art : 1 Arch : 1 Bot : 1 Ban : 3 14% → Choix + : 8, 10 Choix - : 1, 4

Analyse comparative des résultats des deux tests.

Processus intellectuel

Une amélioration importante est perçue à travers le mode d'appréhension. A la première épreuve, le mode d'approche de la patiente était plutôt dans la globalité, mais les réponses étaient simples sans grand effort d'élaboration. Elles sont parfois associées à des représentations phobiques (F Clob) ou des kinesthésies mineures. Au deuxième test, les réponses globales sont mieux articulées et dénotent une certaine libération de la pensée.

L'exemple à retenir ici est enregistré à la première réponse, première planche. Au premier test, elle a donné une réponse globale sous-tendue par une assise phobique

(PLI, Rép. 1 : G Fclob A). Au deuxième test, elle a été remplacée par une réponse globale de bonne forme et suivie d'une banalité (PL I, Rép. 1 : GF+A BAN). Elle a ajouté, par la suite, à la même planche, une deuxième réponse à contenu humain de bonne qualité (PL I, Rép. 2 : G F+ H). Le même processus est constaté dans les autres réponses. Nous citons notamment qu'à la deuxième planche, au premier test, elle a donné une seule réponse. Elle semblait être perturbée par les représentations sexuelles réactivées par la couleur rouge de la planche (PL II, rép. 2 après un choc : D C Sang). Au deuxième test, elle a donné deux réponses de bonnes qualité (PL II Rép. 3 : GF+H, Rép. 3, DCF Abst).

La patiente semble adopter la même démarche s'inscrivant dans l'investissement positif de l'objet. Dans cette lignée, nous évoquons sa réponse à la planche 5. Au premier test, elle laisse apparaître une amorce de mouvement pulsionnel (PL V, Rép. 5 : elle a envie de vivre celle-là). Elle précise à l'enquête : 'un animal volant' (G kan A). Ce percept a sensiblement évolué à la même planche (Rép. 9 : 'chauve-souris' GF+A BAN). L'identité, ici, semble bien ramassée avec un percept positif à connotation adaptée socialement (Ban). En résumé, le processus intellectuel de la patiente est plutôt investi au deuxième test par une approche globale efficace intégrant, tout à la fois, les mouvements pulsionnels et/ou affectifs.

Déterminants

L'élément saillant dans les déterminants formels est que le sujet arrive à mettre en avant sa pensée pour contrôler le réel et l'affect. C'est ainsi que nous n'avons enregistré, au premier test, que 3 réponses formelles avec un F% bas (25%). Au deuxième test, elle a donné 14 réponses à déterminant formel avec un F% de 67%.

Pour ce qui est des mouvements conflictuels, nous avons également enregistré un changement significatif. Bien que le nombre des kinesthésies humaines soit le même dans les deux tests, la qualité a pris au deuxième test, une allure plus libératrice et efficace.

La première grande kinesthésie est apparue à la planche 7 Réponse 8 (Comme une personne qui a envie de faire sortir son énergie : 'DK H'). Le percept est donné ici dans le détail et manque de clarté. Par contre, au deuxième test, la grande kinesthésie apparaît à la planche 3 avec une bonne forme (PL III, Rép. 5 : deux personnes qui se regardent, 'G K H'). Elle ajoute à la réponse, d'après la Rép. 6, «au milieu ; il y a un cœur ». Cette réponse atteste d'un mouvement de libération pulsionnelle donnant à la pensée une meilleure efficacité.

Tenant compte du symbolisme des planches tel qu'il a été développé par D. Anzieu et C. Chabert (1997, P. 49), la Planche 4 est considérée comme une planche surmoïque, la Planche VII est la planche de la féminité. Notre patiente a marqué un changement important dans les deux planches. Au premier test, à la planche 4 a été refusée après un choc, mais au deuxième test, la patiente paraît plus à l'aise. Elle a donné une réponse positive et banale. Les mêmes changements ont été opérés à la Planche VII (planche de la féminité). Au premier test (PL VII, Rép. 7 : un volcan en éruption, 'G kob frag'), la réponse a été donnée après un choc. Au dixième test (PL VII, Rép. 12 : 'Comme des animaux', à l'enquête : des Lapins : G F+ A), l'évocation ici du percept 'lapin' vient comme pour donner à la pulsion une représentation passive, voire féminine. D'ailleurs, aux réponses suivantes, elle donne (Rép. 13) « comme un rocher ». A l'enquête : « des animaux assis sur un rocher ». L'apparition du 'rocher' dans sa réponse vient comme un noyau solide sur lequel se greffent des positions féminines. Nous sommes loin des résultats du premier test où le 'volcan' en mouvement montre le débordement pulsionnel en quête d'une représentation.

En ce qui concerne les représentations sensorielles, on perçoit également des changements importants à ce niveau. Les réponses couleurs crues (c) qui étaient au nombre de 2 ont totalement disparu au deuxième test. La première réponse est apparue à la Planche II, Rép. 2 (Le rouge, c'est du sang. 'D C Sang'). Cette réponse a été remplacée au deuxième test. (PL II, Rép. 3 : Deux personnes attachées G F+ H) et à la Rép. 4 (Le rouge c'est une liaison 'D C F Abs'). Nous remarquons ici clairement la transformation du mouvement en assurant le passage du cru (sang) à une liaison humaine ayant une connotation sublimatoire hautement adaptative. La deuxième réponse couleur crue est apparue au premier test (PL IX Rép.11 : en général, le rouge c'est le sang, le danger : D C Sang). Au deuxième test à la même planche (Rép. 16), «au milieu comme des personnes » (DF+H). A la réponse suivante, elle évoque (Rép. 17) « un voile vert » (DCF Obj). A l'enquête : « comme si ces personnes étaient cachées derrière ce voile ». Nous relevons clairement ici le contrôle de la pulsion agressive (sang) par un mouvement de liaison, représenté par deux personnes. Le voile vert pourrait évoquer un processus de deuil en évolution.

Pour les contenus des réponses, il y a également des éléments importants à souligner. La qualité des réponses a significativement changé. Les réponses qui étaient au nombre de 5 ont pratiquement doublé. Ceci montre déjà une amélioration et une richesse dans les représentations. Il atteste également d'une levée partielle de l'inhibition. Qui dit levée d'inhibition dit souplesse des défenses. Même la nature des réponses données a une connotation adaptative et évolutive. La disparition totale de certaines réponses comme détail humain (Hd) et sang (Sg) montre une certaine

évolution vers la secondarisation. Ces contenus ont été remplacés par des réponses qui ont considérablement enrichi le psychogramme. Les nouvelles réponses sont : objet, abstraction, art et archéologie. Sans compter l'augmentation des réponses humaines qui sont passées de 4 à 7 réponses, l'amélioration est donc bien perceptible dans les deux aspects : quantitatif et qualitatif.

Nous pouvons avancer, en guise de conclusion, que le deuxième test a montré une amélioration importante sur plusieurs plans. Nous soulignons déjà une richesse dans les représentations attestées par le nombre et la qualité des réponses. Ceci montre la levée du refoulement et une certaine souplesse dans les défenses. Le contrôle de la réalité, qui était à la limite du dérapage, a considérablement augmenté. Ceci est indiqué par l'investissement important de la réalité extérieure. Le nombre de chocs et de réponses crues a quasiment disparu au deuxième test. Tous ces éléments sont des indications précieuses. Elles partent toutes en faveur d'une richesse des représentations et une efficacité des mécanismes de défense.

En conclusion, et en termes de fonctionnement, nous pouvons dire que la patiente s'est améliorée. Les mécanismes phobiques qui étaient paralysants par un refuge massif vers des défenses obsessionnelles a pu quitter partiellement des positions traumatiques pour aller vers des positions libératrices qui peuvent laisser place aux positions féminines souples.

2-2 Test et Re-Test, Besma, 25 ans

Besma, célibataire, cadre comptable dans une entreprise, l'aînée de 3 sœurs. Père décédé lorsqu'elle avait 12 ans. Elle consulte pour syndrome dépressif : angoisse, insomnie, perte d'appétit.

Diagnostic : Fonctionnement phobo-obsessionnel

Intervalle : 18 mois entre le premier et le deuxième test.

Résultats 1^{er} test

Psychogramme

Production	M. Appréhension	Déterminant	Contenu
R= 45	G= 8 29%→		A=11 51%→
T.T = 16'' 66	Gz = 4	F = 35	Ad= 12
T.L M= 17''	Gbl = 1	(20+ 14-)	H= 3
	D = 25 54 %→		(H): 1 9% ↓
Type d'app=G-D	Dd = 7 15%	K= 2	Hd = 1
TRI= 2K/1C		Kan = 1	Obj = 1
FC= 4/ 1,5E		Kob= 3	Anat = 2
RC% = 35% →		FC= 1	Sexe = 4
		CF= 1	Frag = 3
RépCompl= 0		EF=1	Elém= 1
Refus = 0		FE= 1	
Persev = Sexe		S de C = 3	Ban = 3 7%
		F%= 56% →	↓
		F+%= 46% ↓	
		F% él = 80%	Choix + = 8 ; 10
		F+él= 65%	Choix - = 2

Résultats 2^{ème} Test

Psychogramme

Production	M. Appréhension	Déterminants	Contenus
R= 41 T.T = 13 mn T.L M= 13''	G= 9 17%→ G/Z = 1 Gbl = 1 D = 26 61 %→ Dd = 37% →	F = 33 (22+ 10-) K= 1 Kan = 1 Kob= 0 FC= 1 CF= 0 EF= 0 FE= 1 S de C = 1,5 F%= 80% → F+%= 54% F% él = 80% F+él= 65%	A=15 48%→ Ad= 5 H= 2 (H) : 1 7% ↓ Hd = 1 Obj = 0 Anat = 3 Sexe = 1 Frag = 3 Elém= 1 Arch : 1 Pay : 1 Géo : 1 Ban = 3 7% ↓ Choix + = 8 ; 10 Choix - = 2

Analyse comparative des résultats des deux tests, Besma, 25 ans

Résumé

Le deuxième test a été passé 2 ans et 6 mois après psychothérapie. Les premières remarques que nous pouvons émettre concernant la production sont : la réduction du nombre des réponses ainsi que le temps de passation. Elle est passée ainsi de 45 à 41 réponses en moins de temps (de 16 à 13 mn). Ceci montre déjà que la patiente fournit moins d'effort sur le plan de la pensée et de la production. Bien que les données quantitatives n'aient pas vraiment changé, l'analyse des réponses qualitatives est assez significative.

Processus intellectuel

Nous avons enregistré des changements significatifs dans les contenus et les déterminants formels. Nous citons certains exemples dans certaines réponses,

celles qui ont gardé la même approche globale, mais avec une meilleure forme. Exemple : PL I, Rép. 2 « Un organe sexuel » (G F- Sex). Au deuxième test, toujours dans un percept global, mais avec une forme positive et un contenu humain (PL I, Rép. 2 : « un homme », G F+ H).

Ce qui est dit par rapport aux réponses globales peut être également dit pour les réponses détail. Le percept est resté souvent le même, mais il a changé dans la forme et le contenu (ex. Planche III, Rép. 11 : « tête d'abeille », D F- A). Le nouveau percept, à la même localisation : « Bassin » (D F+ Anat.). La pensée a ainsi quitté l'aspect phobique donnée par « tête d'abeille », qui a une connotation castratrice, pour aller vers « bassin » qui a plutôt une connotation symbolique féminine ou sexuelle.

Dynamique conflictuelle

Le mouvement conflictuel a pris une autre forme au deuxième test. Les kinesthésies humaines ont pris une autre forme. A titre d'exemple, le personnage qui était non défini au premier test (Rép. 9, PLIII : « deux personnes face à face ») a changé au deuxième test : PL III, Rép. 8 (« deux femmes qui font quelque chose»). Une petite kinesthésie (kob) a disparu au deuxième test (PL IV, Rép. 13 : « un volcan en mouvement »). La disparition de cette réponse montre l'atténuation du mouvement dépressif suscité par le contenu symbolique du volcan en mouvement.

Des changements importants sont également enregistrés sur le plan affectif. C'est ce qui est vérifié au niveau du RC%. Le pourcentage s'améliore de 35 à 39%. Ceci montre une libération importante des affects.

En conclusion, le psychogramme de la patiente a considérablement changé, surtout sur le plan qualitatif. Ceci dénote une levée du refoulement et un assouplissement des positions phobiques, d'où l'engagement vers un meilleur investissement au réel.

2-3-Test et Re-Test après psychothérapie : Mebarka, 46 ans

Mebarka, 46 ans, mariée, 3 enfants, licence littérature, sans travail. L'aînée de 3 sœurs et un frère. Père ancien cheminot, décédé une année avant le début de sa psychothérapie. Elle consulte pour un grand sentiment de culpabilité suite à une tromperie.

Diagnostic : Fonctionnement hystéro-phobique

Intervalle : 25 mois entre les deux tests.

Psychogramme, 1^{er} Test

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R : 38 → T. T : 11.00" mn T.L.M : 4"	G : 4 11% ↓ D : 21 66 % Di : 2 D/D : 2 Dbl : 2 5% Dd : 5 13%	F = 31 (F+16,F-13) K= 1 Kan =1 Kp= 1 C= 2 CF=1 S de c = 3,5 EF= 1 S de E : 1,5 F%= 85% ↑ F+%= 41% ↓ F%él= 90% F+%él=51%	A= 8 36% ↓ Ad= 6 H= 3 29% → Hd= 8 Sexe = 4 Sang= 1 Obj= 1 Bot = 3 Scene =1 Abst =1 Ban : 7 → Choix + = 4,5 Choix - = 3, 6
Type App : D-Dd- D/G TRI : 1K /2C F.C:kan : 1, kp :1 :E :0, RC% : 28% → RépCompl : 0 Refus :0 Persev : Sexe Succ : rigide			

Psychogramme , 2eme test

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R : 41 → T. T : 7"OO T.L.M : 3"	G : 7 27%→ D : 29 74 % Di : 2 7% D/D : 2 7% Dbl : 2 7%	F = 31 (F+22,F-10) K= 2 Kan =1 Kp= 1 C= 2 Fc=1 CF=1 S de c = 4,5 EF= 1 S de E : 1,5 F%= 80% ↑ F+%= 45% ↓ F%él= 85% F+%él= 41%	A= 12 40% → Ad= 4 H= 3 19% → Hd= 5 Sexe = 2 Sang : 1 Obj= 1 Bot = 3 Scene =1 Abst =1 Anat 1 Ban : 9 → Choix + = 4,5 Choix - = 3, 6
Type App : D-Dd- D/G TRI : 1K /2C F.C: 1 : E, kp :1 :E :0, RC% : 28% → RépCompl : 0 Refus :0 Persev : Sexe Succ : rigide			

Analyse comparative des résultats, du Test de Mebarka, 46 ans

Aperçu général

Les données du 2^{ème} test montrent un changement important sur les deux plans quantitatif ou qualitatif. Au deuxième test, elle a donné une meilleure production en moins de temps. Elle donne 41 réponses en 7 mn avec une augmentation de 3 réponses.

Processus intellectuel

L'élément essentiel retenu concernant le mode d'approche de la patiente, c'est qu'elle ait ajouté trois réponses globales (7 au lieu de 4). Les trois ont un déterminant formel positif et l'une d'entre elles a une approche banale. Cette démarche répond certainement à un meilleur encrage à la réalité et une gestion plus souple des désirs. Nous ajoutons que dans ce processus qu'il y a également une nette augmentation des réponses formelles positives (F+). Ces dernières, qui étaient au nombre de 16, ont augmenté pour arriver à 22 réponses. Ceci indique également que le processus intellectuel avance vers une perception plutôt efficace et optimiste.

Dynamique conflictuelle

Dans ce même contexte, il est à retenir que le processus conflictuel a carrément changé de registre. Au départ, c'étaient des mouvements implicites figés. Ils témoignaient de l'impossibilité à exprimer les désirs. Une certaine libération a été perçue au deuxième test. La patiente a non seulement donné une kinesthésie humaine, mais cette dernière a une bonne forme ayant une allure identificatoire positive (Rép. 6, PLIII) « Deux femmes en train de faire quelque chose ». La libération des conflits de cette façon montre également la libération des affects. C'est dans ce sens que nous avons enregistré une nouvelle réponse couleur qui est également de bonne qualité (Rép. 32, PLVIII : « Une plante, une fleur »).

En conclusion, la production de la patiente s'est nettement améliorée sur les deux plans : processus intellectuel avec une approche globale investissant positivement le réel. De même sur le plan conflictuel, elle a montré sa capacité d'exprimer l'affect et de le gérer en respectant les positions internes (désirs) et externes (exigences de la réalité).

2-4 Djamila 38 ans, divorcée

Djamila est une jeune femme, médecin spécialiste, divorcée. Elle est la deuxième d'une fratrie de 5 (3 frères et 2 sœurs). Elle consulte pour un syndrome dépressif, souffre de l'instabilité des relations de couples.

Diagnostic : Hystéro-phobie.

L'intervalle : entre les deux tests est de 30 mois.

Résultats du 1^{er} Test

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R=19 → T.T = 10.23" T.L.m= 18"	G=10 52% ↑ D = 7 37% ↓ D/D= 1 5% Dbl=1	F = 14 (9+, 5-) K=0 Kan= 3 Kop= 1 C=0,5 CF =1 Fc=1 E=0 Clob= 0 S de C = 2,5 F%= 84% ↑ F+%=42% ↓ F%él= 89% F+%él=71%	A= 8 47 %→ Ad= 1 H = 0 (H) = 1 5% ↓ Anat = 5 Sang= 1 Bot = 1 Obj = 1 Ban = 4 21% → Choix + = 10 Choix - = 2,4

Résultats du 2^{ème} Test

Production	Appréhension	Déterminants	Contenus
R= 23 → T.T = 7.25'' T.L.m.= 10''	G=1147% ↑ D = 12 52% ↓	F = 21 (10+, 4 -) K=1 Kan= 2 Kop= Disparu C= Disparu Fc=1 E=0 Clob= 0 S de C = 1,5 F%= 91% ↑ F+%= 70% → F% él= 100% F+% él= 86%	A= 11 52 %→ Ad= 1 H = 2 9% → Anat = 7 Sang= (Disparu) Bot = 1 Obj = 1 Ban = 6 26% → Choix + = 10, 5 Choix - = 3,4
Typ App= G-D/G TRI = K :1, C : 0,5 F.C = 2kan, 0E RC%= 34% →	D/D= (Disparu) Dbl=1		

Analyse comparative des résultats

Impression générale

Ce qui se dégage sur l'ensemble du protocole c'est l'augmentation du nombre de réponses (de 19 R à 23 R) et la diminution du temps total et du temps de latence. Nous remarquons également la disparition de certaines réponses données crûment telles que « Sang » et des réponses de petites kinesthésies (pk). Ceci montre déjà l'amélioration dans le processus de la réponse.

Processus intellectuel

Nous retenons, au deuxième test, une augmentation de réponses globales(G). Elle a donné une réponse de plus ayant une valeur interprétative importante. Elle donne au début « une plante » dans un percept détail, qui devient au deuxième test : « peau

d'animal » (PL. VI, Rép.11). Nous percevons ici le changement du primaire (plante) au secondaire (peau) qui sous-entend le renforcement de l'enveloppe corporelle. Il y a également une augmentation des réponses grand détail. En analysant de près ces dernières et en les associant aux déterminants formels, nous relevons une amélioration des formes positives. Nous retenons ainsi que la patiente s'est améliorée sur le plan approche de la réalité. Elle a montré plus d'engagement et plus de souplesse sur le plan représentation-affect.

Dynamique conflictuelle

Il est clair que la production de la patiente était, au premier test, caractérisée par un ressenti qui a débordé sur la pensée. C'est ce qui s'explique par la dominance des réponses kinesthésiques sur les réponses couleurs au premier test. La tendance s'est inversée au deuxième test avec une allure se dirigeant plutôt vers le contrôle. Aussi, nous avons enregistré une absence de réponses couleurs crues (sang) qui est remplacée par un mouvement humain structurant (ex. Rép. 5, PL III « Deux personnes en train de faire ... »).

En conclusion, la production de la patiente a montré une amélioration au deuxième. Bien que cette amélioration reste condensée et un peu limitée, mais elle atteste que la patiente a tenté un lever de refoulement et un contrôle plus ou moins efficace de l'affect.

Discussion des résultats du Test-Retest Rorschach

L'analyse comparative entre le premier et le deuxième test Rorschach pour les quatre patientes est significative sur le plan quantitatif et qualitatif. Ceci démontre, en partie, qu'il y a eu un travail sous-tendu par des aménagements au niveau du fonctionnement psychique, en général, et les mécanismes de défense en particulier.

Si dans les entretiens cliniques, et comme nous l'avons enregistré, les changements étaient plus visibles du point de vue symptomatique et comportemental, dans les tests projectifs, nous avons vérifié comment ces changements se sont opérés. Nous allons résumer, dans ce qui suit les éléments importants qui caractérisent ces changements :

- *Sur le plan quantitatif*, nous avons enregistré une augmentation du nombre de réponses. Il y a eu en moyenne entre 5 à 6 réponses de plus. L'augmentation du nombre de réponses associées à d'autres facteurs témoigne déjà d'une certaine souplesse de la pensée et un lever partiel du refoulement.

- *Les temps de passation et de latence* se sont écourtés chez pratiquement toutes les patientes. Cela signifie qu'elles ont pu produire en peu de temps des réponses variées. Comme si les résistances étaient moindres et une certaine libération et fluidité du contenu de la pensée prenait place.
- *Le processus intellectuel*, qui était dans le premier test donné en termes de réponses globales et simples, se manifeste, au deuxième test avec des meilleures réponses. Elles sont plus élaborées et ont des formes plutôt positives (F+ dans les normes).
- *La vie affective et émotionnelle* évaluée par le nombre de RC% a en général augmenté chez toutes les patientes (de 34% à 39%). Ceci témoigne, en partie, d'une certaine libération affective. Cela a été également confirmé par l'augmentation des réponses couleurs. De plus, elles sont souvent associées à des contenus humains ou animaux.
- *Les déterminants formels ont donné*, dans le deuxième test, un nombre relativement important. Les formes positives (F+) ont augmenté en moyenne de 4 réponses (F+% a augmenté en moyenne de 10%). Nous avons fait la même remarque pour les déterminants 'plus ou moins' (F+-). De ce fait, l'ancrage à la réalité est devenu plus efficace, d'où une meilleure adaptation.
- *Les déterminants kinesthésiques (K)* ont vu leur nombre augmenter. Nous l'avons enregistré surtout sur le nombre des kinesthésies humaines (K). L'augmentation est au nombre de 2 à 3 réponses. Cet état annonce non seulement la possibilité de penser les conflits dans une sphère humaine mais ce processus contient également et dans la majorité des cas (4/5) un processus élaboré.
- *Le contenu des réponses* qui était parfois cru (ex : sexe, pénétration) ou violent (mort, sang) a été remplacé au deuxième test par des réponses mieux élaborées et symbolisées. Les exemples que nous pouvons donner sont : le « sexe d'homme » qui devient un « bec d'oiseau » et la « tache de sang » qui devient une « plante ».
- Les réponses témoignant de la qualité des identités et les identifications rapportées aux Planches 5 et 3 ont enregistré, à leur tour, des améliorations. Nous avons enregistré des réponses globales, souvent banales pour la Planche 5 et des réponses kinesthésies humaines de bonne qualité.

3- Assouplissement du fonctionnement psychique après psychothérapie

- Nous entendons par assouplissement, les différents changements opérés durant et après la psychothérapie. Ces changements ne concernent pas seulement les différents axes de la vie tels que : la famille, le travail, la société. Ceci a été clairement abordé dans le chapitre 9. Nous allons plutôt nous pencher sur les différents mécanismes psychiques qui soutiennent le processus du changement.
- Il est important de nous rappeler que la psychothérapie s'inscrit, comme nous l'avons déjà signalé au début de notre travail, dans le cadre général inspiré de la psychanalyse. Inutile de rappeler les principes de base utilisés lors de la prise en charge, à savoir la neutralité bienveillante, l'écoute attentive, l'interprétation ainsi que l'analyse des mouvements transféro-contretransférentiels.
- *Les mouvements transférentiels négatifs* : lors des premières séances, beaucoup de patientes affichaient une attitude de méfiance, parfois teintée d'agressivité à l'égard du psychologue ou du cadre en général. Nous avons enregistré entre autres : la critique du cadre, les critiques de la psychanalyse, les retards, les absences non averties, ...etc. Dès que le travail psychologique s'amorce, après quelques séances, nous observons un changement total dans les attitudes et les comportements. Nous pouvons alors parler du processus d'assouplissement du psychisme. Tout se passe comme si elles manifestaient, par leurs agissements, une recherche d'un modèle identificatoire sur lequel elles peuvent s'appuyer.

4- Les changements exprimés par les transferts positifs

4-1 Changements physiques (Habillement, image du corps)

- Un nombre important de signes atteste l'amorce du changement psychique observé chez beaucoup de femmes. Comme nous l'avons signalé précédemment, beaucoup de femmes portent le voile islamique. Ce voile devient, après quelques mois, plus attrayant et élégant. Il est constaté dans le mariage des couleurs et une certaine coquetterie devient apparente, mettant en valeur l'image générale du corps.
- Pour les femmes qui ne portent pas le voile islamique, leur changement est plus apparent. Nous sommes parfois surpris par l'imitation de l'image de la psychologue en portant le même style de vêtements, les mêmes chaussures, ...etc. Certaines imitent parfois jusqu'au style de lunettes.

En ce qui concerne les changements physiques, certaines patientes se mettent au régime alimentaire pour améliorer leur taille. Elles se mettent à critiquer l'excès de poids et adoptent un régime adapté. Le corps, qui était pendant longtemps refusé, amochi, voire détruit, devient progressivement accepté et mis en valeur. La même attitude est adoptée pour les soins dentaires. Beaucoup de femmes négligeaient leurs dents. Elles sont peu dérangées par les vides dans la dentition ou des dents détériorées. Elles étaient certainement sous l'emprise d'une force castratrice focalisée sur la dentition. Elles se mettent progressivement à entretenir soigneusement leurs dents. Du coup, elles affichent de beaux sourires annonçant l'acceptation progressive des désirs, notamment ceux relatifs à la bouche (parler, manger, embrasser, ...etc.)

4-2 Les changements dans le langage utilisé

- Il est important de rappeler que le déroulement de la psychothérapie se fait en fonction de la langue utilisée par la patiente. Elle se déroule en général dans trois langues : l'arabe (classique et/ou dialectal), le français, et parfois, le tamazight (dans sa variante kabyle).
- La langue française est souvent utilisée au début de la psychothérapie. Elle joue un rôle important qui permet la mise à distance de certains affects liés à la langue maternelle (arabe ou kabyle). Dès que la patiente ressent que la psychologue maîtrise mieux la langue française ou le kabyle, elle se met aussitôt à parler sa langue.
- Dans le même ordre, un nombre important de patientes reprennent les cours de soutiens, se préparent à passer le baccalauréat en candidates libres, s'inscrivent au Centre Culturel Français (CCF) pour améliorer leur niveau et aller vers un processus évolutif. Là également, la personne du psychologue ou son statut devient comme un catalyseur favorisant leurs évolutions. Je signale que certaines de mes patientes ont refait le bac et se sont inscrites en psychologie. Parfois, il est difficile de contrôler ce type de mouvement au risque de se positionner comme un conseiller ou un parent de substitution.

4-3 Changement dans les attitudes religieuses

- Après avoir appliqué, sans aucune souplesse, les principes religieux tels que le port du voile, le refus de la mixité, le refus de certains postes de travail, ...etc. certaines patientes assouplissent leurs agissements et reviennent sur leurs décisions. Ce qui était strictement interdit et intolérable devient nuancé et souple.

Nous avons enregistré ces changements à des niveaux différents après quelques mois de prise en charge. Parmi les signes rencontrés : certaines femmes laissent apparaître, à travers le foulard, une mèche de cheveux annonçant le désir de séduire et de vivre autrement les sensations. D'autres racontent, avec joie, comment elles nouent une certaine amitié avec leurs collègues de travail. Chose qui était totalement inadmissible avant la psychothérapie. Tout rapprochement avec une personne de sexe opposé n'était pas toléré.

- Ces changements sont dus, en partie, à une mutation du psychisme suivie d'une certaine acceptation de soi et une possibilité à penser ou vivre les plaisirs. A propos de l'acceptation de soi, elle se laisse voir en termes de : libération des tensions, assumer la féminité et une levée partielle du refoulement. La personne du psychologue, en termes de mouvement transféro-contretransférentiel, a été comme un objet et un modèle identificatoire utile à leurs changements. Le fait que la psychologue ne porte pas le voile, parle la langue française et a une allure souple, et tout ceci constitue des éléments importants utilisés par les patientes pour amorcer le travail psychique.

Conclusion

Nous ne pouvons conclure ce chapitre sans évoquer les éléments essentiels que nous avons appris durant l'accompagnement des cinq patientes durant quatre années. Il a été relevé comme synthèse que l'allure extérieure exprimée par la symptomatologie dépressive ou traumatique est un habillage dissimulant une douleur morale et un mal de vie handicapant.

Les deux techniques utilisées, à savoir l'entretien clinique et le test et Re-test du Rorschach, ont démontré leur efficacité. Elles ont fidèlement transmis les mécanismes psychiques qui sous-tendent la souffrance de ces femmes. Elles ont aussi montré comment la pression et la pesanteur socio-familiale a agi pour freiner leur évolution.

Durant la longue période de suivi clinique, nous avons observé, étape par étape, les différents changements, mutations et réadaptations de ces femmes avec les nouvelles données. Malgré les résistances internes (psychiques) et externes (sociales), elles ont pu chacune, selon ses moyens poursuivre leur évolution.

Nous avons pu comprendre aussi que les sujets soumis à l'étude, qui ne sont que le porte-parole ou le témoin clinique d'un échantillon de base constitué de 100 patientes, dénoncent et indiquent la nature et le vécu de cette souffrance.

Nous retenons, enfin, que le fait d'offrir à cette population un cadre matériel (cabinet) et un cadre humain (processus thérapeutique), ceci leur a permis d'exprimer les désirs en termes d'actes et de comportements. Ceci a favorisé la cicatrisation de certaines blessures et une meilleure adaptation.

Discussion générale des résultats

Avant de procéder à une discussion détaillée des résultats, il est important de donner en guise de rappel, l'ossature générale sur laquelle repose ce travail. A ce titre, nous avons structuré notre réflexion selon quatre chapitres théoriques et cinq autres pratiques.

Le premier chapitre, appelé '*Présentation de la recherche*', est le chapitre de base. Nous avons tracé les grandes lignes sur lesquelles notre démarche a été construite. Une problématique générale soutenue par 5 questions reste centrale. Elles tournent toutes autour de la souffrance psychique des femmes souffrantes demandant une aide psychologique. Ces interrogations obéissent à une logique méthodologique qui est conforme aux exigences du thème. Elles étaient toutes posées afin de répondre à deux variables essentielles : *la souffrance psychique des femmes en rapport avec les 'pressions socio-culturelles'*.

Les cinq questions ont été alimentées au préalable par un ensemble de données théoriques et cliniques. La variété des points de vue des différents chercheurs cités, a donné, à chaque fois, une meilleure légitimité au travail. Ils visent, dans leur ensemble, le traitement du vécu de la femme depuis sa naissance jusqu'à sa maturité. De plus, les nuances entre le singulier et l'universel ont pris une valeur enrichissante sur plusieurs angles. Cinq hypothèses de travail ont été formulées en guise de réponse momentanée à la nature et le sens de cette souffrance. Après argumentation et articulation entre la problématique et les hypothèses de travail, nous sommes passés, avec aisance, aux autres chapitres.

Au deuxième chapitre, intitulé '*Processus de maturation (Féminin, Féminité, femme, mère)*'; nous avons donné un aperçu à la fois général et précis sur le vécu et le devenir de la femme algérienne. Nous avons commencé par l'aspect biologique (féminin) jusqu'au statut et la position d'une mère. Nous avons appuyé notre analyse par différentes théories mettant en valeur les éléments essentiels nécessaires au développement harmonieux de la personne.

Au troisième chapitre, intitulé '*Vécu socioculturel et sexualité féminine en Algérie*', nous avons tenté une articulation analysant les liens de cause à effet entre 'psychopathologie' et 'société'. Ce chapitre nous a éclairés davantage sur les différentes pratiques religieuses et traditionnelles qui pèsent sur le vécu de la femme.

Il nous a également montré comment une pratique d'apparence banale, vécue durant la tendre enfance, peut ouvrir la voie vers la psychopathologie.

Au quatrième chapitre, intitulé '*Névrose, fonctionnement psychique et vécu de la femme*', nous avons mis en exergue les différents types de fonctionnement psychique en termes de diagnostic. Nous avons donné, par la suite et à titre d'hypothèse, les éventuels troubles psychopathologiques que nous pouvons rencontrer. L'analyse détaillée des différents milieux (familial, social et culturel) nous a aidés à comprendre le sens de certains comportements hautement pathologiques qui passent sous silence. Ils sont nivelés et camouflés par le socioculturel.

Dans le cinquième chapitre appelé '*Méthodologie*', nous avons précisé la démarche méthodologique adaptée à ce travail. Nous avons commencé par le choix de la population, la délimitation du temps et l'espace où s'est déroulée la recherche, les outils d'investigation et la méthode d'analyse. Ce chapitre reste d'une grande importance car il nous a permis de cadrer le travail et éviter tout risque de débordement.

Les cinq autres chapitres, du sixième au dixième, ont été totalement consacrés à la '*présentation et l'analyse des résultats*'. Une certaine articulation cohérente et logique nous a permis de développer une vision, à la fois détaillée et synthétique, des données.

Afin de discuter les résultats obtenus, nous allons reprendre les cinq hypothèses de travail formulées au départ et analyser les données obtenues :

La première hypothèse a été formulée comme suit : *le vécu socioculturel en termes de traditions, croyances magico-religieuses, donne une forte répression (pesanteur sociale) qui inhibe et freine l'évolution psychoaffective des femmes consultantes à Alger-Centre. Nous pouvons apprendre ces répressions au niveau des plaintes rapportées lors des entretiens cliniques.*

En effet, les résultats que nous avons obtenus au chapitre '*Résultats de la recherche 1*', confirment, en grande partie, les données de cette hypothèse. Nous avons enregistré dans les motifs de consultation (p.98, 99) que les motifs donnés sont majoritairement des conduites de peur (phobie), des conflits de couple conjugal (violence). Nous avons enregistré également troubles somatiques divers (troubles digestifs, céphalées, troubles gynécologiques) et des traumatismes variés (violence terroriste, agression physique ou verbale durant l'enfance ainsi que les effets du tremblement de terre, (p. 105-106)). Ceci annonce la prégnance d'une forte répression.

Les résultats obtenus dans le volet relatif au diagnostic (p. 108), partent également en faveur de cette répression. A rappeler que les principaux diagnostics posés dans l'étude statistique relative à ce volet partent en faveur du fonctionnement phobique. Il est donné comme registre de base que partagent la majorité des patientes. Elles se répartissent entre l'hystéro-phobiques et phobo-obsessionnelles. Ce fonctionnement atteste principalement de la prégnance des deux mécanismes, à savoir l'inhibition et le refoulement.

La deuxième hypothèse a été formulée ainsi : *La souffrance psychique des femmes qui demandent l'aide psychologique à Alger-Centre reste intimement liée à une forte répression. Cette répression touche les désirs en général et les désirs sexuels en particulier. Cela freine l'évolution psychoaffective et engendre un fonctionnement fragile. Ceci pourrait être évalué par les études cliniques et les réponses aux épreuves projectives.*

Les données qui vont dans le sens de cette hypothèse, à savoir le freinage des désirs sexuels et le ralentissement de la vie affective, nous les avons soulignées à travers les résultats de trois techniques d'investigation. D'abord, au niveau du chapitre *7 Résultats de la recherche 2 : Pratiques socioculturelles, Tenues vestimentaires, Pratiques religieuses, Thérapies traditionnelles* (p. 118, 126 .128), nous avons relevé que 74 % des femmes portent le voile religieux. La plupart d'entre elles le portent sans conviction. Il est parfois utilisé comme un moyen leur permettant de sortir de la maison et poursuivre les études. En ce qui concerne les pratiques religieuses, nous avons enregistré que le mois de ramadhan et le pèlerinage à la Mecque occupent une place importante dans les représentations mentales des sujets (p. 127). Ceci montre que les sujets utilisent ces pratiques comme des moyens de déculpabilisation car elles ont un affichage social et collectif important. Quant à la prière, du fait qu'elle ait une valeur personnelle, elle contient moins d'affichage social. Elle reste donc moins pratiquée, malgré son importance en termes de priorité dans l'échelle des valeurs spirituelles.

En ce qui concerne l'immaturité et la fragilité du Moi, nous les avons largement vérifiées au niveau de deux techniques dans les résultats des entretiens cliniques et les résultats du Rorschach. Pour les premiers (P.210), les 5 patientes ont montré une forte dépendance aux autres et un effacement de soi. Elles ont également manifesté une difficulté paralysante à vivre ou exprimer leurs désirs. Pour les seconds (P.211) nous avons soulevé cette *immaturité et cette fragilité* à travers le nombre de réponses qui, au test Rorschach, était trop réduit. La représentation de Soi dans certaines réponses à la planche (III et V) a été remarquablement soulignée. Les contenus des réponses au test ont aussi une valeur qui part en faveur de l'immaturité et la fragilité. La prédominance des réponses animales telles que (serpent, araignée, abeille, etc)

contiennent toutes une valeur annonçant la fragilité du moi et la crainte de la castration.

La troisième hypothèse était formulée ainsi : *Les caractéristiques essentielles du fonctionnement psychique de ses femmes sont dominées par un fort sentiment de culpabilité. Ce sentiment est développé depuis la tendre enfance. Il est favorisé par la crainte de l'apparition des désirs interdits. Du coup, elles utilisent un refoulement massif. Ce refoulement freine le processus identificatoire et évolutif.*

Le contenu de cette hypothèse contient trois éléments que nous avons en grande partie vérifiés. Il s'agit du *sentiment de culpabilité*, le *vécu infantile* et le *refoulement massif*. Les deux premières caractéristiques sont retenues à travers les résultats de *l'entretien clinique* (Chap. 6, p. 109,110). Nous avons soulevé la difficulté des sujets à se défendre et exprimer leurs désirs, d'où la définition phobique, ainsi qu'aux résultats de la recherche 2, Chap.7 (p.118). Un grand nombre de femmes (70%) portent le voile religieux et une grande partie d'entre elle le portent forcées (P.126). Le troisième élément, qui concerne le refoulement massif, a été évalué aux résultats du test projectif.

Le sentiment de culpabilité reste l'élément central que partage la grande majorité des patientes. La force des interdits a fini par provoquer un certain gel des désirs. Ce processus prend parfois une forme verrouillée, car aisément justifié par les habitudes, les traditions et les croyances religieuses. Nous l'avons clairement remarqué et évalué à travers les 5 cas cliniques. Elles ont toutes été victimes de ce sentiment : l'une avait du mal à quitter son fiancé malgré les souffrances qu'il lui infligeait (Djamila, 38 ans, p. 178). Deux autres patientes avaient du mal à demander leurs droits les plus élémentaire à leurs employeurs, d'où l'exploitation à outrance (Besma, 25 ans, p. 166 et Chafia, 38 ans, p. 161).

Pour ce qui est du mécanisme psychique, le *refoulement*, il a été surtout évalué au niveau des réponses sexuelles données au chapitre 8, *Présentation et analyse des résultats du test Rorschach*. Nous avons pu relever, lors de l'analyse des protocoles de 36 femmes aux planches II, III et VI (P.149), un refoulement important et paralysant. Cela a été bien répertorié dans la production des sujets par le nombre et la qualité des réponses données (p. 163). Ce refoulement est également associé à une forte castration. L'analyse des réponses, notamment la Planche II. La couleur rouge souvent associée au sang. Ceci montre en partie, la prédominance de l'angoisse de castration soutenue par une certaine baisure narcissique voir un saignement.

La quatrième hypothèse a été formulée comme suit : *les troubles psychopathologiques, que nous pouvons rencontrer compte tenu de la forte répression, sont le fonctionnement hystéro-phobique. Ce fonctionnement est tellement fort qu'il pourrait dissimuler des noyaux narcissiques handicapants.*

Le contenu de cette hypothèse met en avant deux types de fonctionnements. Ils sont parfois distincts et parfois imbriqués. Il s'agit du fonctionnement hystéro-phobique et du noyau narcissique. Le premier a été vérifié à travers *l'analyse des résultats de la recherche 1*, dans le volet relatif au diagnostic (p. 108) et au *Chapitre 8*, le volet relatif à Analyse de protocoles de 36 femmes aux planches II, III et VI (p. 136) et enfin à étude clinique de 5 cas, (p. 154). Les résultats de ces différentes techniques d'investigation ont confirmé, chacune selon son angle d'étude, la prégnance de ces diagnostics psychopathologiques. Nous avons retenu que le fonctionnement phobique, avec ces deux pôles hystéro-phobique ou phobo-obsessionnel, représente près de 80% (p.108) de l'ensemble de la population d'étude. Plus de la moitié de ce nombre sont des hystéro-phobiques. Ce diagnostic a été vérifié en amont par les différentes plaintes données par les patientes. Le sentiment d'insécurité et le manque d'estime de Soi sont les deux caractéristiques qui alimentent ce fonctionnement. Nous l'avons également vérifié en aval au niveau des résultats donnés à travers la production de 36 femmes au test du Rorschach aux planches sexuelles II, III, et VI. Les réponses animales (A) à symbolisme sexuel sont de 26%, ainsi les réponses en rapport avec le Sg (Sang) qui sont de 19%. Les réponses anatomiques (Anat.) sont de 11% et les réponses contenant détail humain (Hd), qui sont de 7% (p. 152). Ces chiffres, tels qu'ils sont donnés par ordre de fréquence, alimentent clairement la formule d'angoisse ($F A = Sang + Anat + Hd$). Ces chiffres indiquent également l'inefficacité du refoulement et la fragilité du psychisme. C'est dans ce sens que le fonctionnement hystéro-phobique trouve sa justification.

Si l'on analyse uniquement le pourcentage élevé des réponses anatomiques, qui s'élève à 11%, et qui occupe la troisième position en termes de nombre de réponses, ceci confirme la présence forte du noyau narcissique. L'argumentation qui peut être donnée est celle faisant référence à l'analyse des réponses anatomiques (Anat) et les réponses sang (Sg). En effet, la qualité de ces réponses confirme la fragilité de l'enveloppe corporelle. Vu la force des tensions internes, cette enveloppe a du mal à gérer et encore moins à contrôler.

Le fonctionnement hystéro-phobique, accentué parfois par les traits narcissiques, a été clairement observé au niveau des cas cliniques suivis et observés. En effet, les conclusions cliniques des cinq patientes partent toutes en faveur d'un fonctionnement phobique. Ce fonctionnement a été également retenu lors des entretiens cliniques (p.183) et dans les résultats au test Rorschach (p. 184). Il s'agit du registre phobique, mais la différence est

perçue dans l'expression symptomatique et les aménagements. Trois des cinq patientes appartiennent au diagnostic hystérophobique et les deux autres ont des fonctionnements phobo-obsessionnels. Les points communs que partagent les cinq patientes sont : l'immaturation psychoaffective, le problème d'identification et la psychorigidité.

La cinquième hypothèse a été comme suite : *La répression socioculturelle pourrait développer, chez les femmes consultantes, des somatisations assez spécifiques. Elles sont en rapport avec le refus inconscient de leur féminité. Ces somatisations peuvent être des défenses contre l'incapacité d'assumer la position féminine. Les pathologies somatiques que nous pouvons rencontrer sont : des pathologies en rapport avec la sexualité telles que vaginisme, les infections urinaires, les troubles hormonaux et les troubles du cycle menstruel.*

Enfin, nous avons appris que derrière la souffrance symptomatique codée, se cache un élément culturel, religieux ou magique. Il alimente sans cesse et sournoisement des attitudes destructrices. Cela ressemble à un tueur silencieux qui reste difficilement identifiable.

Les 100 patientes que nous avons soumises à l'étude ont toutes subi, à des degrés différents, le poids et les aléas de ce vécu socioculturel pesant. Comme nous l'avons vérifié, tout au long de ce travail, il a contribué parfois lourdement à rigidifier, inhiber et freiner la maturité psychoaffective de ces femmes.

L'analyse et le traitement des données récoltées par le biais des trois outils d'investigations, nous a permis de confirmer, dans une large mesure, la nocivité et parfois la dangerosité de certaines pratiques.

Les résultats obtenus au dernier chapitre, relatif au Test et re-test après psychothérapie, a enlevé toute ambiguïté. La grande majorité de ces femmes ont eu une évolution favorable chacune selon ses possibilités. Tout est devenu possible après l'assouplissement du psychisme et le développement d'efficaces défenses. C'est ce qui leur a permis de surmonter et d'éviter le poids et la pesanteur socioculturel.

Ce travail n'est qu'un extrait tiré sur le tas annonçant la nature de la souffrance psychique d'une catégorie de femmes. Nous ne pouvons le clôturer sans faire référence à deux éléments importants. Le premier concerne les mesures à prendre pour faire face aux différentes formes de pressions exercées, le deuxième concerne les pistes de recherche relatives à ce travail.

Pour le premier et compte tenu des différents traitements infligés à une grande partie de la population, il est utile de lancer un appel aux autorités publiques et les

mass-médias, pour agir tous dans le sens d'assouplir ce processus rigide et destructeur. Nous savons pertinemment que les éléments intrinsèques le favorisant sont anciens, longs et compliqués, mais il faut au moins agir maintenant pour éventuellement redresser la trajectoire ultérieurement. Nous pensons dans ce sillage, au *code de la famille*, au *système éducatif* et au *discours religieux*. Les différentes normes conçues et dictées par ces institutions nécessitent un réaménagement profond qui permet aux femmes d'avoir une place préservant leur équilibre psychique et assurant leur épanouissement. C'est ce qui leur permet également d'avoir une assise acceptable leur garantissant un développement qui prend en compte toute à la fois les exigences internes (psychiques) et externes (sociales).

Pour le deuxième élément qui concerne, les pistes de recherche suscitées par ce travail, elles sont certainement nombreuses. Les résultats obtenus au niveau de la nature du fonctionnement psychique restent importants à plus d'un titre. La symptomatologie affichée par certaines patientes peut facilement être mal saisie par les praticiens en raison du camouflage imposé par la société. Ceci pourrait déclencher une souffrance silencieuse favorisant des dégâts qui peuvent être irréversibles. Compte tenu de ces éléments, plusieurs thèmes de recherches peuvent s'inscrire dans cette trajectoire. Nous citons entre autres :

Le thème qui se rapporte à *l'image du corps*. Si l'image féminine est rejetée depuis la naissance et peut-être bien avant, quels seraient les impacts de ce rejet sur le devenir des femmes ? Nous avons relevé lors du traitement des données relatives aux maladies psychosomatiques qu'elles occupent une place importante dans les plaintes des sujets. Il serait utile d'étudier la relation de cause à effet entre cette pathologie et les pressions socioculturelles.

La *vie sexuelle en termes* d'expressions et défenses, reste également une autre piste importante à explorer. Si les désirs sexuels, tel que nous l'avons vérifié, sont mal vécus, mal exprimés en raison des blocage multiples rencontrés lors des étapes évolutives, quel serait leur devenir ? La névrose serait-elle l'ultime recours, ou y aurait-il d'autres voies à explorer ?

Une dernière piste pourrait être un autre objet de réflexion important. Il s'agit de la place que peut occuper *l'homme dans l'imaginaire des femmes*. Si nous adhérons à l'idée que la femme a été longuement rejetée et mal traitée, Il serait intéressant de savoir comment représente-t-elle mentalement l'homme. Certainement pas dans une relation de réciprocité, ou d'échanges constructifs.

Conclusion générale

Nous pouvons, avancer en guise de conclusion, que ce travail représente une douzaine d'années d'accompagnement et d'aide psychologique à des femmes en souffrance psychique. Bien qu'elles viennent en consultation pour des motifs variés, mais leur mal de vivre est souvent dissimulé par des interdits lourds et multiformes.

Malgré l'universalité des règles du fonctionnement psychique, malgré la variété de la symptomatologie que parfois nous avons du mal à intégrer dans tel ou tel tableau diagnostic, nous avons retenu en fin de compte que la souffrance chez elle est la même. Elle peut être parfois spectaculaire s'exprimant par : une bouffée délirante, tentative de suicide, maladie somatique grave, mais souvent l'origine remonte à la tendre enfance, aux premières relations d'objets. Cela dépend en partie de la qualité et des degrés d'investissements des idéaux. Cela peut également remonter aux vécus des parents et parfois des grands-parents...

Nous avons appris en fin que derrière la souffrance symptomatique codée, se cache quelque part un élément culturel, religieux ou magique. Il alimente sans cesse et sournoisement des attitudes destructrices. Cela ressemble à un tueur silencieux qui reste difficilement identifiable.

Les 100 patientes que nous avons soumises à l'étude, ont toutes subi, à des degrés différents, le poids et les aléas de ce vécu. Il a contribué parfois lourdement à rigidifier, inhiber et freiner la maturité psychoaffective des sujets.

L'analyse et le traitement des données récoltées par le biais des trois outils d'investigations, nous a permis de confirmer dans une large mesure, la nocivité et parfois la dangerosité de certaines pratiques.

Les résultats obtenus au dernier chapitre relatif au Test et Re-test après psychothérapie, ont enlevé toute ambiguïté. La grande majorité des femmes qui ont reçu l'aide psychologique ont évolué favorablement, chacune selon ses moyens. Tout est devenu possible après l'assouplissement du psychisme et l'enrichissement de leurs défenses. C'est ce qui leur a permis de surmonter et d'éviter le poids et la pesanteur socioculturelle.

Bibliographie

- 1- American Psychiatric Association (2000). *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*, DSM-4, Masson : Paris, 2^{ème} édition
- 2- American Psychiatric Association (2015) *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux*, DSM-5, Masson : Paris, 5^{ème} éd.
- 3- Anzieu, D. Chabert C, (1983). *Les méthodes projectives*. PUF : Paris.
- 4- Anzieu, D. (1995). *Le moi peau*. Dunod : Paris.
- 5- André, J. (2013). *la sexualité féminine*. PUF : Paris. 4^{ème} éd.
- 6- Bacqué, M-F. Baillet F. (2009). *'la force du lien face au cancer'*. Odile. Jacob : Paris
- 7- Bacqué, M-F. Hanus, M. (2014). *Le deuil*. PUF : Paris.
- 8- Bergeret, J. (1979). *Psychologie pathologique*. Masson : Paris.
- 9- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Bordas : Paris.
- 10- Belbessai, R, (2010). Le choix du type d'habille. *les enveloppes psychiques et somatiques*. Thèse de Magister, Université Alger 2 : Alger, (En langue Arabe).
- 11- Benhalla, N. (2013) *Expressions et caractéristiques de la névrose en Algérie*. L' Harmattan : Paris.
- 12- Benkhelifa, M. Si Moussi, A. (2008). *Psychopathologie psychanalytique et Projective*. OPU : Alger, (En langue Arabe).
- 13- Benhabib, D. (2012). *L'automne des femmes arabes*. éd. Koukou : Alger,
- 14- Bensadou, N. (1999). *Les droits de la femme des origines à nos jours*. Casbah : Alger.
- 15- Benbourdi, M. (2015). *Le fonctionnement psychique chez la femme violée*, Thèse de Magister, Psychologie clinique, Université, Alger 2 : Alger (En langue Arabe).
- 16- Bendahmane, H. (1984). *Personnalité maghrébine et fonction paternelle au Maghreb*. La pensée Universelle : Paris.
- 17- Benslama, F. (2002). *La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*. Flammarion : Paris.
- 18- Boutefnouchet, M. (2004). *La société algérienne en transition*. OPU : Alger.

- 19- Bouatta, C. (2001). *Genèse des représentations sexuées*. Thèse de Doctorat d'état, Université Alger 2 : Alger.
- 20- Bouatta, C. (2004). « Trois années de prise en charge psychosociale des victimes de violences liées au terrorisme ». In *Psychologie* N° 9, SARP : Alger PP.9-18.
- 21- Brusset, B. (2013). *Au-delà de la névrose, vers une troisième topique*. Dunod : Paris.
- 22- Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte*, interprétation psychanalytique, Dunod : Paris.
- 23- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*, Dunod : Paris.
- 23- Chabert, C. (2012). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Dunod : Paris.
- 25- Chabert, C. (2013). *Traité de psychopathologie de l'adulte*, Dunod : Paris.
- 26- Chabrol, H. Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*, Dunod : Paris.
- 27- Chahraoui, K. Benony, H. (2003). *Evaluation et recherche en psychologie Clinique*, Dunod : Paris.
- 28- Chebel, M. (1998). *L'esprit de sérail, Mythes et pratiques sexuels au Maghreb*, Payot : Paris.
- 29- Chiland, C. (1999). *Le sexe mène le monde*. Calmann-lévy : Paris.
- 30- Couchard, F. (2003). *L'emprise et violence maternelle*. Dunod : Paris.
- 31- Choutri, F. et al, (2001). *Violence trauma et mémoire*. Casbah, Alger.
- 32- Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Dunod : Paris.
- 33- Corcos, M., (2013). *La terreur d'exister*. Dunod : Paris.
- 34- Cournut, M.J. (2001). « Féminin –féminité », in *Névrose et transfert*. Actes du colloque, Association de psychologie d'Alger (A P A) UNICEF : Alger, PP.96- 109.
- 35- Cournut, J. (1998). « Du bon usage de la passivité », In *Psychothérapie Psychanalytique*, PUF : Paris, PP. 11-17.
- 36- Cournut, J. (2001). *Pourquoi les hommes ont peur des femmes*. PUF : Paris.
- 37- Cyssau, S. (1993). *L'entretien clinique*. éd. PRESS : Paris.
- 38- De Tichey, C. (2012, a). *Le Rorschach en clinique de la dépression*. Dunod : Paris.
- 39- De Tichey, C. (2012, b). « Nouvelle normes adultes du test Rorschach et évolution sociale : quelques réflexions ».in *Bulletin de psychologie* N° 521 : Paris. PP.453-466.

- 40- Dumet, N. (2005). *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*. Dunod : Paris
- 41-Diamanti, I. (2003). *Les phobies ou l'impossible séparation*, Flammarion : Paris.
- 42- Diatkine, J. (2001). *Violence culture et psychanalyse*. Semailles, SARP : Alger
- 43- Forget, J.M, (2014). *Y-a-t-il encore une différence sexuée*. éd. Erès : Paris
- 44- Fernandez, L., Catteuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. éd. Nathan : Paris
- 45- Freud, S. (1910). *De la psychanalyse*. PUF : Paris (1993)
- 46- Freud, S. (1912-1913). *Totem et Tabou*. Gallimard : Paris (1987)
- 47- Freud, S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*. Payot : Paris, (1987)
- 48- Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie*. PUF : Paris, (1998).
- 49- Freud, S. (1920). *'Au-delà du principe de plaisir'*. PUF : Paris, (1996)
- 50- Freud, S. (1926), *Inhibition symptômes et angoisse*. PUF : Paris, (1981)
- 51- Freud, S. (1930). *Le malaise dans la culture*. PUF : Paris, (1994)
- 52 -Freud, S. (1942). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard : Paris, (1987)
- 53- Freud, A. (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. PUF : Paris, (1996)
- 54- Gammil, J. (2007). *La position dépressive au service de la vie*. Ed. Presse : Paris, 2^{ème} édition.
- 55- Gélard, M-L. (2008). *Les usages du henné*. PUF : Paris.
- 56- Gharizi, W. (2009). *La sexualité et la société arabe, à travers l'œuvre de Ghada Samman*. L'Harmattan : Paris.
- 57- Ghemmour, H. (2005). *Les enseignantes de langues française face au Terrorisme*. Diplôme d'Etudes Universitaires (DU). Université de Dijon : France.
- 58- Ghemmour, H.(2014).« *Sexualité féminine et pressions sociales* », *Illustration Clinique : 'Lilia, Souffre de vaginisme'*, In Revue : DIRASSAT, *Etude en sciences humaines et sociales*, N° 26, PP. 7-24.Université Alger 2 : Alger.
- 59 - Ghemmour, H. (2015). « *La sexualité des femmes souffrantes à travers le Test du Rorschach*», In Revue : DIRASSAT, *Etude en sciences humaines et sociales*, N° 26 PP. 49 -72, Université d'Alger 2 : Alger.
- 60- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. L'harmattan : Paris
- 61- Haddadi-Samai, D. (2010). *Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques*, ENAL : Alger.

- 62- Horney, K. (1937). *The neurotic personality of our time Thenerotic*, traduit Paris, L'Arche, (1953).
- 63- Israël, L. (1976). *L'hystérique le sexe et le médecin*. Masson, 1976.
- 64- Kaës, R. (2001). « *Rupture catastrophique et travail de la mémoire* » In *Violence trauma et mémoire*, Casbah : Alger. P. 50, PP. 45-65.
- 65- Kaës, R. (2005). *Différence sexuelle et souffrances de l'identité*. Dunod : Paris
- 66- Kaës, R. (2012). *Introduction à la pensée de D. Anzieu*, Le Carnet psy, Erès : Paris, PP. 7-11,
- 67- Kacha, F. (1998). « Les maladies que la médecine ne peut comprendre ni guérir, » In *Repère*, N° 11, Marinor : Alger. PP.77-90.
- 68- Kechrid, S. (1981), *Traduction du Coran, (1981)* Dar Algharb El Islami, Beyrouth, Liban. Revu et corrigé par : Pr Mohamed Yalaoui, Université de Tunis.
- 69- Khiati, M. (2002). *Algérie : l'enfance blessée*. Barzakh : Alger.
- 70- Khoudja, S. (2002). *Nous les algériennes, la grande solitude*. Casbah : Alger
- 71- Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants*, PUF : Paris.
- 72- Klein, M. (1959). *The psychoanalysis of children*, London, Hogarth Press. Trad : la psychanalyse des enfants, PUF : Paris
- 73- Klein, M. Isaac S. (1966). *Développement de la psychanalyse*, PUF : Paris
- 74- Koufi, L. (2015). *la représentation de la maternité chez la femme enceinte et son rapport avec les représentations féminines*, Thèse de Magister, Psychologie clinique, Université Alger 2 : Alger (En Langue Arabe)
- 75- Kristeva, J. (2007). *Seule une femme*. éd. De L'aube : Paris.
- 76 - Lachref, M. (2004). *Les ruptures et l'oubli*. Casbah : Alger
- 77- Larabi, I. (2015). *Les représentations de la virginité chez la jeune fille et le traumatisme lié à la défloration dans le cadre du mariage*, Thèse de Magister, Psychologie clinique, Université Alger 2
- 78- Lacan, J. (1949). *Psychologie expérimentale et psychologie clinique*, PUF : Paris.
- 79- Lepastier, S. (2004). *La crise hystérique, contribution à l'étude critique d'un Concept clinique*, Diffusion ANRT : Paris
- 80-Lepastier, S. (2015). « *Crise hystérique et mutation culturelle* » In *Psychisme et Anthropos*, N° 1, Laboratoire d'Anthropologie Psychanalytique et de Psychopathologie, Université Alger 2, OPU : Alger, PP. 7-31.

- 81-Madigan, S. (2006). *Unresolved states of mind, disorganized Attachment relationships and disrupted interactions of adolescent mother and their infants* DEV PSYCHOPATHOL, PP.293-304
- 82- Major, R. et Talagrand, C. (2006). *Freud*, Gallimard: Paris.
- 83- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort, Essai d'économie psychosomatique*, Payot : Paris.
- 84- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*, ADAGP : Paris
- 85- Medhar, M. (1992). *Tradition contre développement*. ENAL : Alger
- 86- Medhar, S. (1997). *La violence sociale en Algérie*, Thala édition : Alger
- 87- Mernissi, F. (2010). *Le Harem politique*, éd. Albin Michel : Paris
- 88- Missonier, S. (2013). « L'antique terre natale : nostalgie, inquiétante étrangeté et dialectique fusion/séparation », In *Le carnet Psy, érès*, PP. 33-35
- 89- Mondid, M. (2013). *L'Islam, et la modernité dans le droit de la famille au Maghreb*, L'Harmattan : Paris.
- 90- Perret-catipovic, E-M. Perret-Vionnet, S. (1991). *Le fonctionnement mental*, Delachaux et Niestle : Paris.
- 91- Moussa, F. (2001). « Le psychologue et la problématique de la mort dans un contexte de violence sociale ». In *Violence, trauma et mémoire*, Alger : Casbah, PP. 99-107.
- 92- Moussa, F., Masmoud B, Barboucha R, (2009). « Du tabou de la virginité au mythe de ' l'invulnérabilité'. Le rite du r'bit chez la fillette dans l'est algérien In *Dialogue, érès* N°185, PP.91-102
- 93- Perron, R. (1985). *Genèse de la personne*. PUF : Paris.
- 94-Perron, R. (1991). *Les représentations de soi*. Paris : Toulouse.
- 95- Perron, R. (2000). *Psychanalystes qui êtes-vous ?* Paris : Dunod
- 96-Perron, H., (1987). *Vocabulaire de la psychologie*, PUF : Paris. 2^{ème}éd.
- 97- Racamier, P.C. (1994). « *Souffrir et survivre dans les paradoxes.* » *Revue Française de Psychanalyse*. N° 4. PUF : Paris. PP. 893-910.
- 98- Reynaud, M., Karila, L. (2009). *On ne pense qu'à ça*, Flammarion : Paris
- 99- Richard, F. (2011, a). *La rencontre psychanalytique*, Dunod : Paris.
- 100-Richard, F. (2011, b). *L'actuel malaise dans la culture*, l'Olivier : Paris.

- 101- Ruth, L. et al, (2005). «*Expanding the conc of un resolved mental » (Adult Interview) are associated with disrupted mother-infant (Attachment AdultInterview) are associated with disrupted mother-infant communication andinfant Disorganization. DEV PSYCHOPATHOL winter, PP.1-23.*
- 102-Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire de psychologie*, Paris : Bordas.
- 103- Si Moussi, A. (2000). *Névrose et psychothérapie d'inspiration psychanalytique*, les actes des III^{ème} journées nationales de psychologie et sciences de l'éducation, Mai 1998, Alger : El Kahina, PP.809-858
- 104-Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire de psychologie*, Paris : Bordas.
- 105- Snadja, E. (2013). *Freud et la culture*, PUF : Paris.
- 106- Spitz, R. (1946). *La première année de la vie de l'enfant*, PUF : Paris (1953)
- 107- Séchaud, E. (2012). «*Didier Anzieu, Penser les pensées, »* in *Le carnet Psy*, érès: Paris, PP.11-35
- 108- Toualbi, N. (1975). *La 'circoncision' blessure narcissique ou promotion sociale*, SNED : Alger.
- 109- Toualbi, N. (2000) *L'identité au Maghreb*. Casbah : Alger
- 110- Toualbi,R. (1984). *Les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille algérienne*, ENAL : Alger.
- 111- Toualbi, R. (1994). *Model conjugaux et représentations culturelles des jeunes en Algérie*, Thèse de Doctorat d'état, Université, René Descartes : Paris
- 112- Vinsonneau, G. (2002). *L'identité culturelle*, Armand colin : Paris.
- 113- Winnicott, D. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot : Paris.
- 114- Zazzo, R. (1979). *L'attachement*, éd. Delachaut et Niestlé : Paris.

ANNEXES

Annexe 1

Contenu du Guide de l'entretien clinique

1-Identification du sujet :

- 1-Age2-Situation maritale.....3-Niveau d'étude
- 4-Profession....

2- Données familiales

- 1-Situation des parents 2-divorcés.....
- 3-séparés.....4-Profession des parents....
- 5- Nombre de frères6-Nombre de sœurs
- 7-Rang dans la fratrie....

3- Données religieuses :

Tenue vestimentaire

- 1-Type d'habillement.....2- Voile.....
- 3- Niqab.....4- Djellaba....

4- Pratiques religieuses

- 1-Prière.....2-Ramadhan.....3- Aid....

Avis sur la religion 4- Souple 5- Rigide.....6- Indiffèrent...

5-Thérapie traditionnelles :

Nature de la thérapie :1- Roukia2-Désensorcellement

3-.Autres.....4-Durée de la pratique

5- Moment de survenu6- Efficacité

6-Données traumatiques

1-Type de traumatisme : 1- Violence physique... 2-Trauma sexuel....

3- Religieux....

Moment de survenu : 1-Enfance...2- Adolescence.....3- Adulte...

7- Donnée cliniques :

1-Motif de consultation....

2-Symptomatologie psychique....

3-Symptomatologie somatique....

8- Diagnostics

1-Hystérique.....

2-Obsessionnelle.....

3-Hystero-phobique.....

4-Phoboobsessionnelle.....

5-Etat limite.....

6-Psychose....

7-Perversion.....

9-- Observation : Impression générale et idée sur le fonctionnement psychique

.....
.....

Annexe 2

Ages Années	0 - 5	6 - 10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60-+	Total
2005	0	1	6	18	15	7	0	3	50
2006	0	1	10	16	17	6	2	1	51
2007	0	1	11	19	15	11	1	0	52
2008	1	3	12	15	15	3	3	4	39
2009	0	3	15	12	12	7	2	2	47
2010	1	2	14	13	14	7	2	4	43
Total	2	10	68	93	88	41	12	14	283

Tableau (29) Répartition des sujets de sexe féminin ayant consulté durant les années 2005-2010

Annexe 3

Ages Années	0 - 5	6 - 10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	60+	Total
2005	1	3	4	11	6	4	3	2	34
2006	2	1	6	11	9	7	2	1	39
2007	2	3	7	13	11	2	2	0	40
2008	3	7	5	3	13	4	1	3	39
2009	0	4	10	13	8	7	3	0	45
2010	0	4	13	10	9	7	0	5	48
Total	8	22	45	61	56	31	11	11	245

Tableau (30) Répartition des sujets de sexe masculin ayant consulté durant les années 2005-2010

Annexe 4

Rorschch de 4 patientes (restes après psychothérapie)

Sujet 1 , Chafia , 38 ans,.

<p>Planche 1 : 4''</p> <p>1- Chauve-souris G 2- Deux personnes</p> <p style="text-align: right;">10'' 00</p>	<p>G D4</p>	<p>G F+A Ban D F+ H</p>
<p>Planche 2 : 3''</p> <p>3- Deux personnes attachées 4- La couleur rouge, une liaison</p> <p style="text-align: right;">13''00</p>	<p>G D3</p>	<p>G F+ H DCF Abst</p>
<p>Planche 3 : 6'' 00</p> <p>5- Deux personnes qui se regardent 6- Au milieu c'est un cœur c'est l'amour</p> <p style="text-align: right;">18'' 00</p>	<p>G D3</p>	<p>GKH DFC Anat</p>
<p>Planche 4 : 3''00</p> <p>7- Une chose horrible, Fait peur 8- Un gorille, il a de grosses pattes</p> <p style="text-align: right;">8''00</p>	<p>G Un animal G</p>	<p>Choc GFclob A G F+ A Ban</p>
<p>Planche 5 : 5''00</p> <p>9- Chauve-souris</p> <p style="text-align: right;">3'' 00</p>	<p>G</p>	<p>G F+ A Ban</p>
<p>Planche 6 : 10''00</p> <p>10-Comme une plante 11-Chose qui sort du bas comme un fusil</p> <p style="text-align: right;">12''00</p>	<p>G D3</p>	<p>G F+ Bot D kobObj</p>

<p>Planche 7 : 5''00</p> <p>12- Comme des animaux</p> <p>13-Comme un rochet</p> <p>14''00</p>	<p>Des lapins D1</p> <p>Des animaux assis sur un rochet D4</p>	<p>D F+ A</p> <p>D F+Frag</p>
<p>Planche 8 : 4''00</p> <p>14-Des animaux, des Lyons accrochés à quelque chose</p> <p>15-Des oiseaux</p> <p>15''00</p>	<p>D1</p> <p>D2</p>	<p>D F+ A</p> <p>D F- A</p>
<p>Planche 9 : 12''</p> <p>16-Au milieu comme des personnes</p> <p>17-Un voile vert</p> <p>20''00</p>	<p>D4</p> <p>D1</p> <p>Comme si que les personnes sont cachées derrière ce voile</p>	<p>D F+ H</p> <p>D CF Obj</p>
<p>Planche 10 : 5'' 00</p> <p>18-Art graphique</p> <p>19- La tour Eiffel</p> <p>20-Deux animaux collés</p> <p>21- Deux abeilles</p> <p>45''00</p>	<p>G</p> <p>D11</p> <p>D8</p> <p>D12</p>	<p>GFc art</p> <p>DF+ Arch</p> <p>DF+ A</p> <p>DF-A</p>

Choix + : 3, elle représente l'amour, 8 c'est la vie

Choix + : 8 et 10, je suis à l'aise

Choix - : 2, je n'aime pas le sang, 4 ; elle m'a fait peur.

Choix - : 1 et 4, je ne sais pas pourquoi.

Sujet 2, Besma 25 ans ,

<p>Planche 1 : 2'' 1- Papillon, 2- Un homme 3- Etre vivant 2''00</p>	<p>Toute la forme La forme D4 Animal G</p>	<p>G F+ A Ban D F+ H G F+ A</p>
<p>Planche 2 : 2'' 4- Deux ours se disputent quelque chose 5- Deux poumons 6- Papillon 7- Les hanches 14''.00</p>	<p>Toute la planche D2 La forme D3</p>	<p>G Kan A D F- Anat G F+ A D F+ Anat</p>
<p>Planche 3 : 13'' 8- Deux personnes face à face 9- Bassin 10-Deux animaux 52'' 00</p>	<p>Deux femmes qui arrangent quelques choses (G) D7 D2</p>	<p>G K H D F+ Anat D F- A</p>
<p>Planche 4 : 12'' 11-Un monstre 12-Un volcan en mouvement 13-Deux têtes de loup 1.00''</p>	<p>Toute la planche D3 D5 D2</p>	<p>G F + (H) D kob frag D F- Ad</p>
<p>Planche 5 : 8'' 14-Une chauve-souris 15-Tête de crocodile 16-Deux becs de Cigognes 17-Une personne qui soulève ses mains 1.35''</p>	<p>Toute la planche D1 D3 D2</p>	<p>G F+ A Ban D F+ Ad D F+ Ad D K H/Hd</p>
<p>Planche 6 : 30'' 18-Une tortue 19-Deux têtes d'animaux 20-Un chemin une route 21-Un volcan 45''00</p>	<p>G D4 D 5 D8</p>	<p>G F- A D F+ Ad Dd F+ pays D Kob Frag</p>

Planche 7 : 10'' 22-Deux animaux sur une pierre. 23-Carte géographique 24-Un papillon. 25-Organe sexuel féminin 1.00''	Toute la planche G et le blanc D4 Dd 11	G/D F+ A/frag Gbl F+ Géo D F+ A Dd F- sex
Planche 8 : 14'' 26-Deux animaux 27- Têtes d'animaux 28-Etre humain 29-Deux têtes d'éléphant 1.00''	D1 D4 D5 D7	D F+ A Ban Dd F+ Ad D FE H D F- Ad
Planche 9 : 28'' 30-Une toile d'un artiste 31-Deux animaux 32-Deux poumons 33-Deux têtes collées 34-Un liquide qui sort 35-Tête d'animal 1.45''	G D3 ils sont face à face Dd10 Cochons D4 Milieu du Dd 10 D1	GFc Art DF+ A Dd Fc Anat DF+ Ad Dd F- élément D F+ AD
Planche 10 : 18'' 36-Deux animaux 37-Deux insectes 38-Animale il a deux crochets. 39-Araignée 40-Deux poissons 41-Monument des martyres 1.22''	D8 D4 D3 D2, D4 D2 D1	DF+A DF- A DF- A D F+ A D F- A D F+ Arch

Choix+ : 8, à cause des animaux, elle est belle. PL 10 A cause de variété de couleurs
Choix - : '2 , elle me fait peur

Sujet 3, Mebarka, 46 ans,

Planche 1 : 12'' 1- Papillon ou chauve-souris 10''	Toute la planche	G F+ A Ban
Planche 2 : 7' 2- Elephanta 3- C'est un sexe féminin ou masculin 10''	(G)A cause de la forme Dbl (La tristesse a disparu)	GF+ A Dbl F+ sex

<p>Planche 3 : 6''</p> <p>4- Taches de sang 5- Un pied d'une chèvre 6- Deux femmes qui préparent quelque chose 1.00''</p>	<p>D2 Dd 21 Petit détail dans le Dd 21 D5 (Rire)</p>	<p>D FC Sang D F+ Ad G K H</p>
<p>Planche 4 : 12''</p> <p>7- Une grande chauve-souris 8- La forme d'un grand arbre 9- Des branches 10- La forme d'une chaise royale 55''00</p>	<p>G D5 c'est triste D4 D3</p>	<p>G F+ A Ban D F+ Bot D F+ Bot D F- Obj</p>
<p>Planche 5 : 16''</p> <p>10-un papillon 11-Il y a une tête d'escargot 12-Un vampire 13-Une chauve-souris 14-Un animal 15-Il y a deux jambes 16-Ici comme un visage 1.25''</p>	<p>G D6 G G D9 Dd 22 D1</p>	<p>G F+ A Ban D F+ Ad G F Clob A G F+ A Ban D F- A D F+ Hd Ban Dd F+ Hd</p>
<p>Planche 6 : 14''</p> <p>17-Toujours ce mélange entre le sexe féminin et masculin 18-Des griffes 19-C'est une peau de mouton 20-Papillon 21-Moustache d'un chat 22-Il y a deux visages face à face 23-Forme d'un sexe féminin. 24-Tête d'un moineau 1.20''</p>	<p>D médiane Dd 21 G D6 Dd 26 D1 +G D6 D3</p>	<p>D F+/- Sex Dd F+ Ad G FE A D F+ A Dd F+ Ad D/G K H/Hd Scène D F- Sex DF+ Ad</p>
<p>Planche 7 : 8''</p> <p>25-Masque 26-Il y a deux personnes face à face 40''00</p>	<p>G D1</p>	<p>GF+ OBJ D F+ H Ban</p>
<p>Planche 8 : 10''</p> <p>27-Comme un animal, je ne sais pas. Comme un loup sauvage. 28-Une plante, fleur 29-C'est une femme 30-Têtes d'être humain 55''00</p>	<p>D1 D2 D7 D6</p>	<p>D F+A Ban DCFBot D F- H D F- Hd</p>

Planche 9 : 10" 31-Deux formes de têtes d'hommes 15"	D4	D F+ Hd Ban Perseveration
Planche 10 : 9" 00 32-C'est un poisson 33-Ici il y a plusieurs formes mêlées, crabes scorpion 34-Forme de racines 35-Bassin 36-Forme de poisson 37-Le mélange de couleurs le bleu et le rouge représente la tristesse 1.00 "	D3 D1 D7 D6 D2 D3+D11	DF+ A D/D F+ D F+ Anat A Ban D F- Bot D F- A D C Abst

Choix + P 4 : C'est l'innocence, P.5 : j'aime bien, elle est simple
Choix - P 3 : Je n'aime pas le sang, P.6 : elle est vulgaire.

Sujet 4, Djamila, 38 ans

Planche 1 : 8" 1-Une chauve-souris 2- Des doigts 31"00	G D1	GF+A Ban D F+ Hd
Planche 2 : 10" 3- L'utérus 4- En dirait des planches de pratiques 45" 00	D3	D F-Anat GF-obj
Planche 3 : 5" 5- Deux personnes en train de faire.... 6- Là c'est un papillon 7- Un insecte (G) 42"00"	G D3Sans la partie Sup G La couleurD2)	G K H DFC+A ban GF+A
Planche 4 : 15" 8- Un animal marin 9- Un grand gorille 29"00	Toute la planche G	G F+A G F+A Ban

Planche 5 : 10' 10- Une chauve-souris qui vole 12"00	Une chauve-souris	G kan A ban
Planche 6 : 18" 11- Peau d'animal 12- Un arbuste une plante 40"00	(Plus de choc) G (D3)	G F+ A Ban D F+ bot
Planche 7 :11' 13- dans l'ensemble c'est un utérus. 14- Je pense à un lapin, je ne sais pas pourquoi à cause de la tête 15- Parti génitale de la femme 1.35"	G. G (D4)	G F+ Anat GF+ Ad DF+ Anat
Planche 8 ; 5"00 16 – Je pense à l'embryon (Ddl) 17- Papillon 18- Put être un animal 42" 00	Dbl 3 D4 D1	Dbl F- Anat D F+ A D F+ A ban
Planche 9 : 7"00 19- L'évolution, Un utérus et fœtus 20- Fœtus 29"00	Toute la planche	G F+- Anat/(H) D F+ H
Planche 10 : 15" 21comme un serpent qui bouge 22- ca ressemble à des hanches, il y a plein de couleurs 23 Des petits singes 27"00	D4 D6 D8	D kan A D F+ Anat DF+ A

Choix + : 10, les couleur, 5 : La liberté
Choix - : 3, j'aime pas , 4 : elle fait peur.

Vécu socioculturel, fonctionnement psychique et souffrance mentale de 100 femmes algériennes en psychothérapie

Résumé

La recherche explore les liens existant entre le vécu socioculturel et le fonctionnement psychique des femmes qui demandent une aide psychologique à Alger-Centre. Nous avons démarré par l'idée que le vécu traditionnel pèse lourdement sur le fonctionnement psychique de ces femmes.

La problématique de ce travail a été posée ainsi : quelles seraient les liens de cause à effet entre le vécu socioculturel et le fonctionnement psychique des femmes souffrantes ? Les hypothèses de travail supposent que le vécu socioculturel pourrait favoriser un fonctionnement hystéro-phobique. Méthodologie : Ce travail s'inscrit dans un référentiel psychanalytique. La population d'étude est de 100 femmes, toutes soumises l'étude par un entretien clinique et un test projectif.

Résultats : la majorité des femmes ont donné un fonctionnement hystéro-phobique. Elles ont toutes une fragilité du moi avec un besoin de dépendance. Elles ont, dans leur ensemble, une difficulté à assumer ou vivre les désirs, notamment ceux relatifs à la sexualité. Ceci confirme la prégnance d'une forte répression qui pèse lourdement sur leur fonctionnement psychique.

.....
Mots-clefs : Souffrance des femmes, Fonctionnement psychique, Vécu socioculturel, Pesanteur socioculturel.

Résumé en Anglais

The research explores the links existing between a sociocultural experience and the psychological functioning of women that request psychological assistance in downtown Algiers. We have started our reflection from the idea that women's experience in a traditional environment has a significant influence on their psychological functioning.

The issue of this research was formulated as follows: what is the cause and effect relationship between the sociocultural experience and the psychological functioning of the suffering women? Our working hypotheses assume that the sociocultural experience could contribute to a hystero-phobic functioning.

Methodology: This work is carried out within a psychoanalytical research framework. The study population was composed of 100 women, all subjected to a clinical interview and a projective test. Results: Most of the women had a hystero-phobic functioning. They all have a weak self and a need to depend on someone else. Most of them have a difficulty to admit or live desires, especially sexual desires. This confirms the strength of a powerful repression that heavily influences their psychological functioning.

.....
Keywords: suffering women, psychological functioning, sociocultural experience, sociocultural weight.

