

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail - Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE SOCIAL
SCIENCES

ÉCHEC DE LA DEPIGMENTATION, IMAGE DU CORPS ET ANGOISSE DU FEMININ CHEZ LES ADOLESCENTES CAMEROUNAISES.

Mémoire rédigé et soutenu en vue de l'obtention du Master en psychologie

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par :

DEUDJUI MIKET Aristide

Licenciée en psychologie

Option psychopathologie et clinique

Soutenu le 30 Juillet 2022

JURY

Qualité	Noms et prénoms	Université
Président	EBALE MONEZE CHANDEL, Pr.	Université Yaoundé 1
Rapporteur	MGBWA VANDELIN, MC.	Université Yaoundé 1
Membre	BITOGO BLAISE JOSEPH, CC.	Université Yaoundé 1



SOMMAIRE

DÉDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET SYMBOLES	v
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	1
0.2. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	4
0.3. POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME	10
0.4. QUESTION DE RECHERCHE	14
0.5. OBJECTIF DE RECHERCHE	15
0.6. ORIGINALITE DE L'ETUDE	15
0.7. PLAN DE PRESENTATION DU MEMOIRE	15
PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE	16
CHAPITRE 1 : ANGOISSE DU FÉMININ CHEZ LES ADOLESCENTES	17
1.1. ANGOISSE DU FEMININ	17
1.2. LE FEMININ	27
1.3. TRANSFORMATIONS MORPHOLOGIQUES A LA PUBERTE	30
CHAPITRE 2 : CORPS, DÉPIGMENTATION ET SYMBOLISATION	38
2.1. CORPS	38
2.2. LA DEPIGMENTATION	52
2.3. LA SYMBOLISATION	56

PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE	60
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	61
3.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	61
3.2. HYPOTHESES DE L'ETUDE	62
3.3. RAPPEL DE L'OBJECTIF GENERAL	65
3.4. TYPE DE RECHERCHE	65
3.5. SITE DE L'ETUDE	68
3.6. POPULATION DE L'ETUDE	70
3.7. LE TEST PROJECTIF	72
3.8. TECHNIQUES D'ANALYSE DES RESULTATS	80
PARTIE 3 : CADRE OPERATOIRE	84
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNEES AU RORSCHACH	85
4.1. COMPTE RENDU DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE	86
4.2. PRESENTATION ET ANALYSES DES RESULTATS DE L'ETUDE	109
CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION, DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES THÉORIQUES	116
5.1. RAPPELS DES DONNEES THEORIQUES ET EMPIRIQUES	116
5.2. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	120
5.3. PERSPECTIVES THEORIQUES	124
CONCLUSION GENERALE	126
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	132
ANNEXES	I
TABLE DES MATIÈRES	V

À

Ma mère et ma famille

REMERCIEMENTS

La réalisation d'un travail ne nécessite pas seulement des efforts personnels, mais aussi la contribution des proches. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à l'élaboration de ce travail de recherche. Nos remerciements vont particulièrement :

- Au Pr MGBWA Vandelin pour avoir cru en nous et accepté la direction de ce travail. Il a mis à notre disposition son temps, son savoir-faire en matière de recherche et son savoir être.
- Au Pr EBALE MONEZE Chandel et tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I pour les enseignements et le soutien moral qu'ils ont toujours su mettre à notre disposition depuis notre entrée à l'Université de Yaoundé I
- Au Pr KAPTCHUE Lazard pour nous avoir permis de collecter les données au sein de la structure dont il a la charge
- Au Dr KAMGA Olen pour sa supervision et ses encouragements lors de la collecte des données ;
- Au Dr LANDO Jeannette pour sa supervision et ses encouragements lors de la collecte des données ;
- À tous les membres de ma famille pour le soutien de toute nature ;
- À tous mes camarades, pour tout leur soutien

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET SYMBOLES

ΣC	: Total des interprétations-couleur en comptant 1 ½ point pour 1 point pour CF et ½ point pour FC.
A	: (animal)
Ad	: (partie d'un animal) : interprétation nommant un animal ou une partie d'un animal.
Anat	: Anatomie.
Ban	: Banalité, interprétation donnée identiquement par quelques sujets pour la même tache ou la partie de tâche.
C	: Interprétation déterminée uniquement par la couleur vive.
CDI	: Contrat à Durée Indéterminée
CF	: Interprétation déterminée avant tout par la couleur, mais sans que la forme soit négligée.
Choc au blanc	: Stupeur produite par les interstices blancs, surtout ceux des tâches I et IV.
Choc au rouge	: Stupeur produite par le rouge vif des planches II et III.
Choc au vide	: Stupeur produite par le creux de la tâche VII, éventuellement aussi par celui de la tâche IX.
Choc-Clob	: Stupeur produite par une ou les tâches sombres (IV, V et VI).
Choc-Couleur	: Stupeur produite par les couleurs vives.
Clob F	: Interprétation déterminée par le caractère sombre de certaines tâches, mais sans que la forme soit négligée.
Clob	: Interprétation clair-obscur diffus.
Coarté	: Type de résonance intime ne contenant ni interprétations kinesthésiques, ni interprétations couleurs.
D	: Interprétation d'une partie de la tache fréquemment interprétée.
Dbl	: Interprétation d'une partie du fond blanc.
Dd	: Interprétation d'une partie de la tache ou d'une partie rarement interprétée.
DG	: Interprétation globale au départ d'un D, Dd ou d'un Dbl.
Do	: Interprétation d'une partie de la tache par la projection d'un fragment d'un contenu couramment projeté dans cette tache ou l'une de ses parties
DV	: Dépigmentation Volontaire
EF	: École Française
EPP	: École Psychanalytique de Paris

Extratensivité	: Terme employé par Rorschach pour exprimer qualitativement, quantitativement la réactivité affective immédiate. Elle mesure l'instabilité affective.
F	: Interprétation déterminée uniquement par la forme de la tâche. On distingue F+, F- et F+/-.
F%	: Pourcentage de la somme de toute les – F+, F-, F+/-) par rapport au nombre total des interprétations.
FC	: Interprétation déterminée par la forme (F+) par rapport au nombre total des interprétations- forme.
FClob	: Interprétation déterminée par la forme secondairement par le caractère sombre de la tache
G	: Interprétation globale.
H G	: Hypothèse Générale
H R	: Hypothèse de Recherche
H	: Interprétation nommant un corps humain.
H%	: Pourcentage des formes humaines par rapport au nombre total des interprétations.
Hd	: Interprétation d'une partie d'un corps humain.
JCDV	: Journées Camerounaises de Dermatologie-Vénérologie
K	: (kinesthésie humaine) : Interprétation déterminée par l'évocation d'un engramme kinesthésique.
K%	: Interprétation d'un objet en mouvement.
Obj	: Objet.
OCFP	: Ontario College of Family Physicians
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
Q R	: Question de Recherche
Q S	: Question spécifique
SOCADERM	: Société Camerounaise de Dermatologie
TRI	: Type de résonance intime, formule exprimant la relation entre les kinesthésies (facteurs introversifs) et les interprétations-couleurs (facteurs extratensifs).
USA	: États-Unis d'Amérique

RÉSUMÉ

Cette étude explore la question de l'angoisse du féminin chez les adolescentes camerounaises qui se dépigmentent. Dans la période adolescente, le corps subit des transformations cruciales tant au niveau de sa forme qu'au niveau de ses fonctions. Ce qui perturbe son identité qui le lie au monde. Le corps étant le seul repère stable de ce dernier au cours de la puberté celui-ci ou ce corps devient un champ de bataille au regard de son identité qui se construit. Vu les changements physiologiques avec leur corollaire sur l'image qui doit être redistribuée, l'adolescente est appelée à faire le deuil de son enfance pour pouvoir reconstruire son identité. Cependant, il arrive malheureusement au terme des modifications que l'image du corps peut aboutir soit à une acceptation pour d'aucuns soit à un rejet pour d'autres ou à une représentation négative du corps et des inquiétudes corporelles. Ces bouleversements corporels de la puberté peuvent produire chez l'adolescente la sensation de chaos psychique car ils remettent en cause l'identité constituée dans l'enfance et stabilisée pendant la période de latence. La majorité des adolescentes peuvent y puiser force de vie, vitalité et volonté de se saisir de la nouvelle vie d'adulte qui s'annonce et entrer dans cette période avec enthousiasme. D'autres plus fragiles, peuvent ressentir inquiétude, anxiété, angoisse et avoir besoin de soutien durant cette période comme dans ce travail. Pour autant, le psychisme ne peut pas se maintenir si certains de ses désirs, ses angoisses ne sont pas étayées.

La recherche s'inscrit dans un paradigme compréhensif s'appuyant sur un devis qualitatif ayant pour instrument de collecte de données le Rorschach et les entretiens. Ce test, instrument projectif, constitue une technique fondée sur la projection a permis à nos participantes de se projeter, de projeter leur souffrance, leur angoisse. Il a permis de faire une investigation globale et dynamique de la personnalité de ces participantes puisqu'avec les angoisses qu'elles vivent leur Moi est perturbé par conséquent leur personnalité également. La personnalité ici doit toujours être prise, pour ne pas être mal analysée, comme une gestalt jamais finie et permanemment en évolution. Ses composantes sont en perpétuelle interaction et forment une structure de la personnalité dont la saisie s'impose pour le clinicien. Celui-ci s'intéresse aux frontières du Moi, à l'image du corps, au narcissisme, aux identifications ; repère le niveau d'angoisse, les affects dépressifs. Celles-ci ont été recueillies auprès de trois cas venus en consultation dermatologique. Les principaux résultats montrent une détérioration du schéma corporel par conséquent une représentation erronée de l'image du corps pour cela les sujets sont amenés à vivre la honte, l'angoisse, voire la culpabilité, car l'effraction a non seulement abimée le corps, mais aussi leur propre représentation et celle de l'autre.

Mots-clés : dépigmentation volontaire, image du corps, angoisse, féminin, adulescence

ABSTRACT

This study explores the question of feminine anxiety among Cameroonian teenagers who lose their pigmentation. During the adolescent period, the body undergoes crucial transformations both in terms of its form and in terms of its functions. What disturbs his identity that binds him to the world. The body being the only stable landmark of the latter during puberty, this one or this body becomes a battlefield with regard to its identity which is being built. Given the physiological changes with their corollary on the image that must be redistributed, the adolescent is called upon to mourn her childhood in order to be able to reconstruct her identity. However, it unfortunately happens at the end of the modifications that the image of the body can lead either to an acceptance for some or to a rejection for others or to a negative representation of the body and bodily concerns. These bodily upheavals of puberty can produce in adolescents the sensation of psychic chaos because they call into question the identity formed in childhood and stabilized during the latency period. The majority of adolescent girls can draw from it the strength of life, vitality and will to seize the new adult life which is announced and enter this period with enthusiasm. Others who are more fragile may feel worry, anxiety, and anguish and need support during this period as in this work. However, the psyche cannot maintain itself if some of its desires, its anxieties are not supported.

The research is part of a comprehensive paradigm based on a qualitative estimate using the Rorschach and interviews as data collection instruments. This test, a projective instrument is a technique based on projection that allows our participants to project their suffering, to project their suffering, their anguish. It made it possible to make a global and dynamic investigation of the personality of these participants since with the anxieties that they live their Ego is disturbed consequently their personality also. The personality here must always be taken, so as not to be mis analyzed, as a never-ending and permanently evolving gestalt. Its components are in perpetual interaction and form a personality structure that the clinician must grasp. This one is interested in the borders of the Ego, in the image of the body, in narcissism, in identifications; locates the level of anguish, depressive affects. These were collected from three cases who came to a dermatological consultation. The main results show a deterioration of the body image, therefore an erroneous representation of the image of the body, for this the subjects are led to experience shame, anxiety, even guilt, because the break-in not only damaged the body, but also their own representation and that of the other.

Key-words: voluntary depigmentation, self-image, anguish, feminine, adolescence

INTRODUCTION GÉNÉRALE

0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La dépigmentation volontaire est un phénomène social d'ordre mondial qui ne cesse de s'étendre. Elle est présente sur tous les continents, des Philippines au Pakistan, de la Jamaïque à l'Angleterre, la Suisse, la France ou les États Unis d'Amérique (USA). En effet, ce phénomène touche les USA depuis les années 1955 et s'est étendu, en premier lieu, vers les pays africains anglophones, avec l'Afrique du Sud en 1961 (Petit, 2007), ensuite l'Afrique francophone s'est impactée à l'exemple du Sénégal dès le début des années 1970 (Dogliotti & Findlay repris par Kouotou 2009).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirmera, dans son dernier rapport, que la dépigmentation volontaire touche une grande partie de la population d'Afrique subsaharienne, majoritairement les femmes et celles de la diaspora installées en Europe ou Amérique. Parmi les régions francophones d'Afrique qui seraient les plus touchées par le phénomène, on compte le Togo (59%), le Sénégal (27%) et le mali (environ 25%) et le Cameroun (environ 25%). (Jeune Afrique, 2017).

D'après l'éditorial publié dans *The journal of Medicine and Health Sciences* par le Professeur Zoung-Kanyi Anne Cecile présidente de la société Camerounaise de Dermatologie-vénérologie en novembre 2019, il ressort qu'en Afrique Subsaharienne, la dépigmentation volontaire (DV) a une prévalence variant de 32 à 74%, selon les pays. Elle fait appel à une vaste panoplie de préparations éclaircissantes artisanales ou industrielles à usage externe ou administrés par voie générale. Elle fait comprendre qu'au Cameroun, l'ampleur du phénomène n'est pas bien connue. Cependant, il semble en plein essor au vu de l'arsenal qui jonche les étagères des commerces et des instituts de beauté. Aussi, elle ressort quelques données épidémiologiques indiquant que ce fléau est à prendre en considération dans un environnement où la pratique est ancrée. Une enquête menée auprès des commerçantes dans cinq marchés de Yaoundé, a permis de situer sa prévalence à 43,6% (Kouotou et al. 2015). Par ailleurs, la précocité de la pratique a été mise en évidence chez les adolescents en milieu scolaire avec un âge moyen de 16,3 ans pour les 26,33% de celles dont la pratique était volontaire et biquotidienne (Zoung- Kanyi Bissek et al. 2018).

Pour déterminer l'ampleur de la dépigmentation au Cameroun afin de contribuer à la prévention de l'utilisation des produits cosmétiques dépigmentant Kouotou et ses

collaborateurs ont mené une étude transversale et descriptive dans les marchés de Yaoundé auprès des commerçantes consentantes âgées d'au moins 24 ans utilisant des produits dépigmentant. Il ressort que les 104 commerçantes reçues en consultation âgées de 24 à 64 ans utilisent les produits contenant les molécules comme l'hydroquinone (62,7%), les dérivés mercuriels (28,4%), les dermocorticoïdes (25,8%) à des pourcentages élevés à la quête d'une belle peau (74,2%) et d'une peau douce (68,6%). Sur ces 104 femmes, 101 présentaient des complications dont les troubles pigmentaires (72,3%), l'acné (52,47%), les désordres trophiques (24,8%), les infections (14,9%), les accidents allergiques (10,9%) et les dermatites (5,9%) étaient celles plus fréquentes. Avec les différentes atteintes cutanées et ces pourcentages la dépigmentation volontaire est bien fréquente au Cameroun et témoignent des risques majeurs en cours.

En outre ces études montrent que les souffrances occasionnées par cette pratique sont fonction des « recettes » religieusement transmises entre adeptes. Ainsi, la dépigmentation impacterait, en premier lieu, la peau où les complications vont d'une irritation attendue de la concernée, à des troubles redoutés de types pigmentaires, trophiques, infectieux, et, plus récemment tumoraux. Des complications générales, dont le lien avec les habitudes cosmétologiques quotidiennes est souvent méconnu des utilisatrices des produits éclaircissants, se manifestent entre autres sous la forme du syndrome de Cushing, de la maladie rénale, des troubles neurologiques. Au détour des travaux de recherches visant à comprendre les motivations profondes des personnes enrôlées dans cette pratique, apparaissent des souffrances psychologiques telles des troubles de personnalité associés à la métamorphose induite.

Au regard des observations, quel que soit le contexte, il ressort que les dépenses consacrées aux cosmétiques est un signe extérieur de réussite et fait les « choux gras » de l'industrie cosmétique. Les produits blanchissants en 2007 représentaient 10% du marché cosmétique mondial, soit 1310 milliards de FCFA (Le Monde 2008 repris par Bissec 2019). Au niveau de l'agence de marketing ethnique AK-A on observait en 2014 que la française d'origine africaine consacrait quatre fois plus de moyens que sa concitoyenne caucasienne aux produits de maquillage et capillaires. Eu égard à ces observations, l'analyse partielle de la situation de la dépigmentation volontaire au Cameroun permet de conclure déjà à un problème de santé publique grandissant raison pour laquelle les (JCDV) journées camerounaises de Dermatologie-vénérologie (2019) ont été l'occasion de : partager l'information aux communautés ; rafraichir les connaissances des professionnels ; inspirer de nouveaux axes de recherche sur la dépigmentation volontaire et ses complications. Les stratégies de lutte engagées

contre la DV devront être menées conjointement avec d'autres pays africains, s'inspirant de leurs expériences antérieures voire, de celle des pays occidentaux dans la lutte contre le bronzage depuis les années 70.

La dépigmentation volontaire de la peau est ainsi loin d'être éradiquée en raison d'une non- implication répressive de la part de l'État. Les données réelles sur l'ampleur de la dépigmentation volontaire de la peau font défaut au Cameroun. L'inexistence de contrôle est l'apanage de la presque quasi-totalité des pays africains, expliquant ainsi la circulation sur le continent des produits de mauvaise qualité ou périmés et la vente de ces produits par des personnes non qualifiées. Au Cameroun, malgré la gravité de cette pratique, aucune législation ou mesures préventives comme c'est le cas dans certains pays, n'est encore entreprise par le gouvernement afin de sensibiliser la population d'autant plus que c'est un réel problème de santé publique.

Ce phénomène a tendance à se généraliser au Cameroun où, dans presque toutes les villes du pays ainsi que dans les campagnes, beaucoup de femmes et d'hommes se sont lancés à fond dans la quête du teint clair. Des dermatologues ont initié une campagne de sensibilisation pour alerter sur cette perte d'identité et ses dangereuses conséquences sanitaires.

À en croire la Socaderm, on rencontre le plus de pratiquants de la dépigmentation de la peau, « Ndjansang » à Douala en parler local. 27,8 % de la population de la deuxième ville du pays est concerné, selon Socaderm dont l'étude a été faite à partir d'un échantillon de 10.000 hommes et femmes âgés entre 15 et 50 ans.

Suivant dans l'ordre, les villes de Kumba (Sud-ouest) dont 24,1% de la population s'éclaircissent la peau, Yaoundé, la capitale, 19,6% d'adeptes du «Ndjansang», Kribi (Sud) 11,1% et Bagangté (Ouest) 10,3% de candidats à la dépigmentation de la peau. Beaucoup plus que dans les villes, la pratique a cours dans les zones rurales où « hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, nantis et pauvre sont en mal de teint clair », déplore Cécile Zoung Kanyi Bisseck, présidente de la Socaderm.

L'opération consiste à s'appliquer « sur tout le corps plusieurs composés : laits ou crèmes à base d'hydroquinone, au-delà du seuil de 2 % ou de crèmes et gels à base de corticoïdes puissants qui comportent notamment du mercure et ses dérivés cancérigènes », explique Cécile non sans relever que l'étude de la Socaderm démontre que « les plus nantis se font des injections

avec des effets instantanés, tandis que les moins riches utilisent tout ce qui leur passe sous la main ».

D'après Cécile, enseignante à la Faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'université de Yaoundé I, certaines personnes désireuses d'avoir à tout prix un teint clair vont jusqu'à recourir aux conseils de tenants de parfumerie.

On s'enduit de tout, au mépris des risques encourus sur le plan sanitaire tels « les cancers de la peau », s'indigne l'agrégée en dermatologie avant d'ajouter qu'« il n'est pas étonnant de voir un homme ou une femme avec des pieds ou des mains noirs, alors que le visage est presque métissé ».

Si la faute est à imputer aux publicités tapageuses des industries de produits cosmétiques ainsi qu'aux adeptes du « Njansang », des complexés de leur peau noire, il reste que, selon Dr Odile Ngoro, dermatologue-infectiologue, certains pharmaciens ne sont pas exempts de reproche.

Le Conseil National de la Jeunesse du Cameroun (branche du Wouri) par la voix de son vice-président AYISSI ABENA Alphonse, demande aux pouvoirs publics camerounais de lancer un cadre législatif pour lutter contre la dépigmentation volontaire. Selon cette organisation de jeunesse, le marché camerounais est inondé par des produits cosmétiques éclaircissants non conformes.

0.2. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Le phénomène du décapage reste encore de nos jours au Cameroun, une préoccupation microscopique dans le secteur de la santé.

Le phénomène du décapage est dangereux pour la santé, prend du terrain, et est lésé au Cameroun ; aussi, aucune action de communication sociale en vue de le voir reculer n'a été menée ni par le ministère de la santé publique, ni par les dermatologues.

Les pratiques de la dépigmentation volontaire de la peau apparaissent grâce à la découverte de l'hydroquinone avec son pouvoir éclaircissant. Grâce à ce fort potentiel, les molécules de ce produit éclaircissent des parties corporelles découvertes sur des employés à peau noire, exerçant dans des usines de caoutchouc. En fait, l'hydroquinone et l'utilisation des dermocorticoïdes utilisés à contre-indication afin de faciliter l'éclaircissement étaient déjà

visibles dans certains pays africains. Sur le plan de la santé, Petit (2007) estime que la pratique de la dépigmentation volontaire de la peau entraîne des complications dermatologiques, avec un pourcentage de 60% à 70% des utilisatrices présentant des problèmes de peau. D'autres comme Colmant, Maiter, Baeck, par contre, pensent que les dermocorticoïdes peuvent engendrer l'insuffisance surrénalienne aigue constatée en cas d'arrêt brusque de la pratique et un freinage de la sécrétion endogène du cortisol au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Cette pratique constitue aussi un facteur de risque de l'hypertension artérielle, du diabète et d'un sous-poids des bébés à la naissance. Pour Kourouma, Iidevert et Yoboué, les complications les plus fréquentes étaient l'ochronose exogène et les vergetures d'après leur enquête. Dans ses études sur l'addiction à la dépigmentation volontaire, Petit (2007) explique ces complications en situation clinique lorsqu'il pointe surtout les patients consultant pour des complications de la dépigmentation volontaire en disant qu'elles éprouvent de grandes difficultés à interrompre leur pratique même avec une parfaite conscience de la responsabilité des dépigmentant dans les troubles qu'ils présentent ; la moitié d'entre eux trouvent leur peau moins belle qu'avant de s'être dépigmentés. Certains, exprimant leur difficulté passée ou présente à arrêter les produits, emploient d'ailleurs spontanément des expressions telles que « *c'est une vraie drogue* », « *il ne faut pas mettre le doigt dans l'engrenage, on ne peut plus en sortir* ».

Brullman (2010) dans son article anatomie d'une illusion : le désir de chirurgie esthétique, psyché à corps perdu elle aborde les relations entre l'âme et le corps émergent dans un désir de chirurgie esthétique en montrant qu'il existe parfois une confusion entre le corps objet de l'anatomie et le corps sujet « modifié » de la vie fantasmatique. Le corps est alors mis en première ligne comme s'il y avait un lien entre le reflet de l'image et le moi à travers le cas d'une jeune fille de 14 ans exprimant un désir de chirurgie esthétique ce qui révèle des enjeux inconscients contenus. Notamment, elle montre comment ce désir de reconstruction corporelle « s'incarne » à l'adolescence.

Selon Kourouma, Iidevert et Yoboué (2016), la dépigmentation est définie comme l'ensemble des procédés visant à obtenir un éclaircissement de la peau dans un but cosmétique. Leur travail a eu pour but d'appréhender les raisons et motivations des femmes qui se dépigmentent afin de mener une action communicative pour un changement de comportement. Après enquête, ils se sont rendu compte que les pratiquantes étaient surtout les femmes urbaines jeunes âgées entre 20-40 ans. Malgré le fait qu'elles savaient que ce phénomène avait des conséquences elles la pratiquaient car elles désiraient être plus belles grâce à un teint plus clair et étaient influencées par les médias et leurs amis proches.

Ly, 2014 repris par Petit (2018) émet que quoi qu'on puisse penser des sources du désir d'éclaircir sa peau, la motivation avancée par les sujets interrogés est principalement la recherche de la beauté ; aussi deux explications pourraient être avancées pour rendre compte de la poursuite paradoxale des dépigmentants en dépit des complications qui vont à l'opposé du but esthétique qu'elle se propose à savoir : d'abord la prééminence du motif esthétique affiché pourrait n'être qu'apparente, la clarté en elle-même ayant une valeur supérieure permettant de tolérer le préjudice esthétique ensuite, la majorité des complications inesthétiques se traduisent par des tâches hyper chromiques, il s'engage donc un cercle vicieux où le sujet multiplie les applications de dépigmentant pour lutter contre ces tâches. Ainsi, la crainte souvent avancée d'un effet de « rebond pigmentaire » qui rendrait le teint plus foncé à l'arrêt de la dépigmentation qu'avant de l'avoir débuté n'a pas de réalité bien établie et apparaît comme une sorte de version imaginaire de ces motivations.

Les travaux de Mireille Tsague en 2021 cherchent à identifier des ressources cliniques aidant à déterminer le profil psychopathologique et social des personnes pratiquant la dépigmentation volontaire. À cet effet, elle a formulé l'hypothèse selon laquelle les personnes pratiquant la dépigmentation volontaire de la peau au Cameroun souffrent d'une défaillance de soi les inscrivant dans un narcissisme pathologique. Il ressort des résultats de ces travaux que ces personnes présentent des invariants, mais aussi des caractéristiques spécifiques relatifs à leur trajectoire personnelle, l'image du corps, les croyances dysfonctionnelles, le sentiment de vide.

De ces études, le corps subit des transformations cruciales au niveau de sa forme et de ses fonctions ce qui perturbe son identité qui l'attache au monde. Pour l'adolescent, le corps est le seul repère stable alors qu'au cours de la puberté celui-ci devient comme le champ de bataille de son identité qui est en train de se construire. « *Pour tout homme, son corps est le visage de ce qu'il est, le corps est une manière d'identité* » selon Richez repris par Samir (2005). L'adolescent doit faire le deuil de son enfance pour pouvoir reconstruire son identité. L'image du corps est l'idée que chacun de nous se fait de sa propre forme corporelle, perçue et imaginée Alvin (1962). Vu les changements physiologiques, cette image va devoir être redistribuée, cela met en doute la stabilité personnelle. La modification de l'image du corps peut aboutir à un rejet d'une ou de plusieurs parties du corps, une représentation négative du corps et une expression d'inquiétudes corporelles.

Freud (1905), en parlait déjà lorsqu'il concevait le désir comme hallucination de l'expérience de satisfaction, corps psychique en tant que faculté d'éprouver dans l'esprit une jouissance du corps qui a été mais qui n'est plus. Il concevait la présence psychique d'une absence du corps comme le sexuel qui sera un psychosexuel fondé sur un rapport orgastique de corps à corps mère–enfant rompu par le père mais non perdu. Ainsi, l'impossible renoncement au sera lié au renoncement obligé au corps à corps primaire qui, refoulé, substitue au corps perdu de la mère, d'une part, un corps érogène subjectif potentiel d'amour pour d'autres objets, et, d'autres part, une identification secondaire à l'autre objet potentiel de parole et de pensée. C'est donc sous la double condition de l'expérience d'une jouissance charnelle première et de sa perte que le corps à corps de jouissance advient à la fois comme désir d'amour et investissement mental.

Pour rendre efficient cette recherche sur la dépigmentation, il convient de s'intéresser à une catégorie de personnes qui sont les adolescentes ; l'adolescence est une période de crise conflictuelle de passage qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. C'est à cette période que le sujet développe à son propre égard une connaissance de soi et de ses limites à l'intérieur desquelles la capacité à « prendre soin de soi » est un facteur fondamental de santé, physique et mentale, actuelle et future (Marcelli & Braconnier, 2008). Elle se caractérise par des transformations physiques ou physiologiques, comportementales, psychologiques ou psychoaffectives et sociales. Suite à ces métamorphoses physique du corps, l'adolescente va devoir se réadapter à son corps "nouveau" et à se restructurer l'image qu'il se fait de lui-même et qui lui sert de repère dans l'espace. Au cours de l'adolescence, l'ancienne image du corps devient incompatible avec les nouvelles dimensions corporelles que prend l'individu. En fait, l'adolescent perçoit son corps comme quelque chose d'étrange qu'il ne parvient pas à affirmer dans le monde car l'aspect extérieur du corps constitue l'image de soi que l'on donne au monde externe. Cette modification de l'image du corps peut aboutir à un rejet d'une ou de plusieurs parties du corps, une représentation négative du corps et une expression d'inquiétudes corporelles.

En effet, avec ces bouleversements, une atteinte physique de la peau (corps), une effraction de ce contenant est à l'origine du trou psychique, de la blessure narcissique et par ricochet, la peau commune, peau figurative de l'union symbiotique du sujet avec son groupe (Anzieu, 1985). Cette perte d'objet effondre l'appareil psychique – blessure narcissique (Bokanowski, 2010) les liens se dénouent, les fonctions des uns et des autres se redistribuent voire disparaissent. Ce qui renvoie à la déstabilisation de l'appareil psychique, du sujet par

conséquent du moi-peau ne pouvant plus assuré son rôle de maintien de la tension énergétique et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques sous l'effet de la surcharge d'excitation qui se transforme directement en symptôme en absence ou insuffisance d'élaboration psychique. Le moi se met ainsi en état de se défendre psychologiquement (de manière involontaire) contre le danger actuel. Selon Klein repris par Thierry (1990) la blessure, l'endommagement fantasmatique du bon objet suscite un désir de réparation. La position dépressive se caractérise par les moyens mis en œuvre pour affronter, combattre, gérer ou dissiper l'angoisse de l'objet aimé agresser. Même s'il existe plusieurs options celle qui nous intéresse dans ce contexte est la dernière option face à l'attaque de l'objet aimé est la réparation. La réparation, en tant que telle est différente d'un mécanisme de défense, bien qu'il y ait des mélanges. La réparation ne relève pas d'une fuite face aux angoisses dépressives, elle ne relève pas non plus d'un déni, mais d'une modification progressive de ces angoisses. L'expérience de la réparation réussie permet de tempérer les angoisses, permet d'y faire face de mieux en mieux. C'est l'expérience que les dommages peuvent être réparés, qu'il existe assez de bien pour réparer le mal. Ce serait également la naissance d'un « optimisme » face à l'agression.

Ce processus (réparation ou trouvé créé) a été décrit par Roussillon dans la survivance de l'objet en disant qu'elle ne saurait être restreinte à la destructivité manifeste, mais qu'il concerne en fait l'ensemble de la vie pulsionnelle et de son potentiel destructeur. Roussillon a proposé d'ajouter que les deux propriétés relevées par Winnicott sur les accordages entre le bébé et l'environnement s'éprouvaient quand l'objet était atteint mais restait « créatif ». Dans le cas actuel avec la recrudescence du phénomène de dépigmentation, nous pouvons dire que ce phénomène n'est qu'une particularité d'expression clinique de destruction de l'objet chez ces femmes camerounaises. Cette réparation maniaque fait partie des « défenses maniaques et se caractérisent essentiellement par l'idéalisation, la toute-puissance et le déni de la réalité psychique. Raison pour laquelle Freud dans Pour introduire le narcissisme que l'idéal du moi se forme par le fait que le moi a une certaine estime de soi qu'il ne voudrait pas perdre et pour garder cet estime il va donc se former un idéal qui sera alors à la mesure de son action donc l'estime de soi est la condition de la formation du surmoi pour l'atteindre le moi va développer la capacité d'auto observation et d'autocritique qui sont le propre de la conscience morale ce qui veut dire que la conscience morale est perçue du côté de l'idéal du moi et non du moi idéal.

Cet idéal du moi reste donc ce que les adolescentes qui pratiquent la dépigmentation aimeraient atteindre. À cet effet, l'individu pour atteindre son idéal va faire recours aux boites d'huile qui reste une illusion car cela a échoué et maintenant, l'individu se trouve face à une

image du corps actuel qui n'est plus acceptable comme l'ancienne et qui n'est non plus celle qu'on voudrait atteindre mais est plutôt in désirée alors il y'a un compromis qui est créé qui est le symptôme étant donc l'angoisse.

Également, la problématique du corps est au centre de la problématique adolescente dont elle constitue le point de départ :

L'avènement de la puberté inaugure les transformations qui doivent mener la vie sexuelle infantile à sa forme normale définitive. La pulsion sexuelle était jusqu'ici essentiellement auto-érotique, elle trouve à présent l'objet sexuel. Son activité provenait jusqu'ici de pulsions isolées et de zones érogènes qui, indépendamment les unes des autres, recherchaient comme unique but sexuel un certain plaisir. Maintenant un nouveau but sexuel est donné, à la réalisation duquel toutes les pulsions partielles collaborent, tandis que les zones érogènes se subordonnent au primat de la zone génitale (Freud, 1905 p. 45.)

Il introduit par là même la notion de plaisir « terminal » opposé aux plaisirs « préliminaires » liés aux zones érogènes partielles. Pour lui, le corps est à la croisée de deux ordres : le psychique et le biologique et chaque stade de développement de l'homme implique un travail en particulier englobant les données inhérentes à ces deux ordres : d'abord le travail de l'enfance avec la démarche d'appropriation du corps, des perceptions, sensations et limites médiatisées par la mise en place d'une logique de plaisir caractérisée par l'émergence de la capacité à désirer ensuite le travail de l'adolescence avec l'appropriation d'un corps apte à procréer impliquant une réorganisation de la logique de plaisir, désormais placée sous le primat de la génitalité.

Ainsi, cette pratique n'est pas dépourvue de conséquence tant sur le plan physique que mental. Car d'après l'OMS 2006, « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette perspective suppose qu'on peut être en « bonne santé » tout en étant atteint d'une maladie. Sa perception de la maladie situera alors l'élément déclencheur ou inhibiteur de ses bouleversements psychologiques. Senon, (2002) évoque quatre bouleversements psychologiques principaux :

- bouleversement de la représentation de soi où le malade perçoit sa vie, son moi comme différent de ce qui a toujours été ;
- bouleversement de sentiment de toute-puissance où le fait d'être malade fait basculer l'individu du monde des personnes saines vers le monde des malades ;
- remise en cause de l'aménagement défensif où l'individu va mettre en place le nouveau mécanisme de défense pour faire face à cette situation difficile ;
- atteinte du narcissisme où l'individu devenant malade subit un changement dans son identité.

Cette classification de Senon (2002), laisse apparaître que le sujet souffrant à présent ne suscite plus l'estime qu'il avait au paravent pour sa personne. Il se sent à part, moins normal que ce qu'il était autrefois. Ce qui illustre le changement qui survient dans les conduites des personnes dépigmenté. Suite à un échec de la dépigmentation, le sujet peut perdre son identité, mais ce phénomène peut s'étendre jusqu'à sa vie sociale, son rôle voir sa vie professionnelle. Cette épreuve mais en cause le rapport du sujet à son corps, au monde et à lui-même et en fonction de son âge (adolescent et adulte) ; bref celle du rapport au corps, mais aussi celle du rapport aux autres aura des retentissements psychologiques différent.

0.3. POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME

Pendant notre stage au service de dermatologie, nous avons observé que plusieurs femmes pratiquaient la dépigmentation car nombres d'entre elles présentaient des signes comme l'acné, les taches plus noires. D'autres cependant se servaient des caches nez, des écharpes pour cacher certaines parties de leur corps pour éviter le soleil.

À en croire le Société camerounaise de dermatologie (Socaderm), c'est à Douala où l'on rencontre le plus de pratiquants de la dépigmentation de la peau, « Ndjansang » en parler local. 27,8 % de la population de la deuxième ville du pays est concerné, selon Socaderm dont l'étude a été faite à partir d'un échantillon de 10.000 hommes et femmes âgés entre 15 et 50 ans. Suivant dans l'ordre, les villes de Kumba (Sud-ouest) dont 24,1% de la population s'éclaircissent la peau, Yaoundé, la capitale, 19,6% d'adeptes du «Ndjansang», Kribi (Sud) 11,1% et Bagangté (Ouest) 10,3% de candidats à la dépigmentation de la peau.

Dès lors, la question du comment amener les jeunes filles à rompre avec les pratiques de la dépigmentation volontaire se pose, non pas en termes des seules méthodes préventives axées

sur les campagnes d'information et sensibilisation, mais plutôt sur des approches de changement comportemental fondées sur la communication engageante.

En interrogeant le modèle psychanalytique, la problématique du corps ou des enveloppes psychiques peut s'analyser à travers deux perspectives qui ne sont pas vraiment contradictoires. La première est fondée sur l'hypothèse du « sujet particulier », c'est à-dire que le sujet particulier est le sujet de désir, de fantasme, avec pour chef de file Freud ; et la seconde perspective est axée sur « le groupe et le sujet du groupe », c'est-à-dire que le groupe est une entité spécifique, dotée de processus et de formations propres, irréductibles à celui des sujets qui le constituent, capables de caractériser une « âme collective » et qu'en groupe, le sujet se manifeste dans son double statut, corrélatif, de sujet, de sujet de l'inconscient et de sujet du groupe, avec pour chef de file Anzieu.

A la lumière de la psychanalyse, Freud (1895) dit : « *le corps est le support de mon fonctionnement mental* ». Selon lui, l'individu est confronté à un double destin en tant que projet pour lui-même et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté. Faire référence à un idéal de moi auquel tout le monde doit se conformer. L'idéal est alors ce qu'on aimerait atteindre car Freud dit : le développement du moi consiste à s'éloigner du narcissisme primaire, et engendre une aspiration intense à retrouver ce narcissisme. Cet éloignement se produit par le moyen du déplacement de la libido sur un idéal du moi imposé de l'extérieur, la satisfaction par l'accomplissement de cet idéal.

Winnicott (1974) allant dans la même idéologie fait comprendre que l'individu est à la recherche effrénée inlassable de son idéal du corps à travers les objets transitionnels afin de garder son image de base ; il décrit cette idée dans son livre « *Processus de maturation chez l'enfant* » : la manière dont cet objet matériel, choisi par le nourrisson « dans son environnement immédiat, lui permet d'établir une transition entre la relation primitive au sein maternel et la constitution d'objet dans le monde extérieur à lui. Cet objet autre, « porteur de mimétisme », nous renvoie vers l'enfant grandissant, avec ses besoins psychiques inscrits dans une connaissance de sa vie intérieure et de sa complexité.

Selon Dolto (1984), l'individu reste un être de relation et non uniquement de soin. Pour elle, l'individu n'est pas qu'un corps physique mais il est aussi psychique car en l'absence de l'objet primaire (la figure maternelle), les qualités de soins reçus peuvent favoriser une substitution sans souffrance. Pour elle, c'est grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. C'est aussi là

qu'un individu solitaire est toujours présent à lui-même à travers le fantasme d'une relation passé, réel et narcissisante, entre lui et un autre, autre avec lequel il a eu dans la réalité une relation qu'il a introjecté. Image du corps s'élabore pour elle en trois modalités fondant l'histoire du sujet à savoir l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. L'image de base est celle qui permet à l'enfant de se sentir dans la « mêmeté d'être », elle est statique. L'image fonctionnelle contrairement à la précédente est sthénique car elle vise l'accomplissement de son désir et permet que les pulsions de vie s'objectivent dans la relation au monde et à autrui. L'image érogène quant à elle ouvre au sujet la voie d'un plaisir partagé et humanisant car portant d'une valeur symbolique. Ces modalités réunies donneraient à l'individu une dimension dynamique. La dimension dynamique de l'individu renvoie à ce sujet « en désirance », grandissant en appétence pour entrer en relation, comprendre le monde qui l'entoure et accéder à son autonomie.

Quelle que soit la perspective de Freud, Winnicott ou Dolto, on se rend compte que les processus inhérents à l'image du corps ainsi mis en évidence soit le fruit d'un construit des expériences mettant l'accent sur l'importance du corps propre par le sujet. Cette connaissance passe par les premiers contacts avec la mère. (Isabelle, 2007). Le corps représenté est donc un corps construit suite à un mode de représentation et de perception. C'est aussi le rapport qu'établit le sujet avec son propre corps et qui sera projeté vers l'extérieur pour être perçu.

Anzieu a rendu cela visible lorsqu'il dit que la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau par ses propriétés sensorielles garde un rôle déterminant dans sa relation à l'autre.

Pour lui, la peau fantasmatique commune de la mère et de l'enfant les tient attachés mais anticipe leur séparation à venir. L'épreuve de la séparation effacera la peau commune dans une épreuve de double intériorisation, celle de l'interface qui devient enveloppe pour les contenus mentaux, et celle de l'entourage maternant qui donne jour à des pensées, des affects et des fantasmes. Ces différents postulats sur le corps permettent de comprendre que pour entrer en relation, comprendre le monde qui entoure l'individu, accéder à son autonomie, il faudrait que la mêmeté de l'individu ne soit pas altéré.

Dans le monde entier, les femmes et les hommes tentent d'éclaircir la teinte naturellement pigmenté de leur peau. Ils n'y parviennent qu'au prix de risques médicaux et de complications inesthétiques (Petit 2007). C'est un long qui connaît des mouvements, des turbulences car il

faut renoncer au connu pour aller vers l'inconnu, abandonner les bras sécurisants et « contenant », quitter l'ancrage corporel, mouvoir son corps, aller vers un autre corps, un autre moi plus valorisant, acceptable par l'individu. Ce sont des étapes décisives, accompagnées qui donnent vie et sens au vécu de l'enfant. Lorsque des maux n'ont pas de vocabulaire, les objets transitionnels sont un lexique peut être non déchiffrable, le sujet pourrait avoir des difficultés à se représenter dans son entièreté. Il s'intuiterait dans sa relation d'objet-corps au niveau érogène et fonctionnelle. Pendant ces mouvements, les objets transitionnels, qui sont des produits cosmétiques dans ce cas permettront aux individus d'apaiser leur tension, leur appréhension par l'action d'appliquer ces produits sur leur peau d'où la dépigmentation. La dépigmentation étant donc un moyen pour accéder au corps construit, représenter ceci restera un échec, un leurre, un phantasme car le corps représenté n'est pas en adéquation avec le corps historique, sédimenté d'où le conflit entre le moi idéal et l'idéal du moi (Dolto, 1984).

En effet, une atteinte physique de la peau (corps), une effraction de ce contenant est à l'origine du trou psychique, de la blessure narcissique et par ricochet, la peau commune, peau figurative de l'union symbiotique du sujet avec son groupe (Anzieu, 1985). Cette perte d'objet effondre l'appareil psychique, blessure narcissique (Bokanowski, 2010) les liens se dénouent, les fonctions des uns et des autres se redistribuent voire disparaissent. Ce qui renvoie à la déstabilisation de l'appareil psychique, du sujet par conséquent du moi-peau ne pouvant plus assuré son rôle de maintien de la tension énergétique et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques sous l'effet de la surcharge d'excitation qui se transforme directement en symptôme en absence ou insuffisance d'élaboration psychique. Le moi se mets ainsi en état de se défendre psychologiquement (de manière involontaire) contre le danger actuel. Selon Klein repris par Thierry (1990) la blessure, l'endommagement fantasmatique du bon objet suscite un désir de réparation. La position dépressive se caractérise par les moyens mis en œuvre pour affronter, combattre, gérer ou dissiper l'angoisse de l'objet aimé agresser. Même s'il existe plusieurs options celle qui nous intéresse dans ce contexte est la dernière option face à l'attaque de l'objet aimé est la réparation. La réparation, en tant que telle est différente d'un mécanisme de défense, bien qu'il y ait des mélanges. La réparation ne relève pas d'une fuite face aux angoisses dépressives, elle ne relève pas d'une fuite face aux angoisses dépressives, elle ne relève pas non plus d'un déni, mais d'une modification progressive de ces angoisses. L'expérience de la réparation réussie permet de tempérer les angoisses, permet d'y faire face de mieux en mieux. C'est l'expérience que les dommages peuvent être réparés, qu'il existe

assez de bien pour réparer le mal. Ce serait également la naissance d'un « optimisme » face à l'agression.

Ce processus (réparation ou trouvé créé) a été décrit par Roussillon dans la survivance de l'objet en disant qu'elle ne saurait être restreinte à la destructivité manifeste, mais qu'il concerne en fait l'ensemble de la vie pulsionnelle et de son potentiel destructeur. Roussillon a proposé d'ajouter que les deux propriétés relevées par Winnicott sur les accordages entre le bébé et l'environnement s'éprouvaient quand l'objet était atteint mais restait « créatif ». Dans le cas actuel avec la recrudescence du phénomène de dépigmentation, nous pouvons dire que ce phénomène n'est qu'une particularité d'expression clinique de destruction de l'objet chez ces femmes camerounaises. Cette réparation maniaque fait partie des « défenses maniaques et se caractérisent essentiellement par l'idéalisation, la toute-puissance et le déni de la réalité psychique. Raison pour laquelle Freud dans Pour introduire le narcissisme que l'idéal du moi se forme par le fait que le moi a une certaine estime de soi qu'il ne voudrait pas perdre et pour garder cet estime il va donc se former un idéal qui sera alors à la mesure de son action donc l'estime de soi est la condition de la formation du surmoi pour l'atteindre le moi va développer la capacité d'auto observation et d'autocritique qui sont le propre de la conscience morale ce qui veut dire que la conscience morale est perçue du côté de l'idéal du moi et non du moi idéal.

Cet idéal du moi reste donc ce que les adolescentes qui pratiquent la dépigmentation aimeraient atteindre. À cet effet, l'individu pour atteindre son idéal va faire recours aux boites d'huile qui reste une illusion car cela a échoué et maintenant, l'individu se trouve face à une image du corps actuel qui n'est plus acceptable comme l'ancienne et qui n'est non plus celle qu'on voudrait atteindre mais est plutôt in désirée alors il y'a un compromis qui est créé qui est le symptôme ceci étant donc l'angoisse.

0.4. QUESTION DE RECHERCHE

Dans le cadre de cette recherche, une question générale a été formulée.

0.4.1. Question de recherche générale

Comment le fait de se dépigmenter interfère dans le processus de transformation du corps et alimente l'angoisse du féminin chez les adolescentes ?

0.4.2. Questions de recherche spécifiques

De la question de recherche générale découle trois questions spécifiques.

QR1 En quoi le corps sédimenté potentialise l'angoisse de perte d'objet d'amour ?

QR2 Comment le corps de désir accroît l'angoisse de destruction des objets internes ?

QR3 Comment le corps imaginaire intensifie l'angoisse de crainte d'envahissement ?

0.5. OBJECTIF DE RECHERCHE

0.5.1. Objectif de recherche général

Il s'agit ici d'appréhender comment le fait pour un sujet de se dépigmenter interfère dans le processus de transformation du corps et potentialise l'angoisse du féminin chez les adolescentes.

0.5.2. Objectifs de recherche spécifique

OBS1 : Appréhender en quoi le corps sédimenté potentialise l'angoisse de perte d'objet d'amour.

OBS2 : Saisir comment le corps sédimenté potentialise l'angoisse de perte d'objet d'amour.

OBS3 : Comprendre comment le corps imaginaire intensifie l'angoisse de crainte d'envahissement.

0.6. ORIGINALITE DE L'ETUDE

Cette étude se veut originale en ce sens qu'elle s'intéresse à la liminalité chez les femmes qui pratiquent la dépigmentation volontaire dans la mesure où ces femmes ne s'acceptent telles qu'elles sont et malgré leur tentative de réparation elle se trouvent toujours dans l'échec.

0.7. PLAN DE PRESENTATION DU MEMOIRE

Ce travail s'organise en trois grandes parties (cadre conceptuel et théorique, le cadre méthodologique et le cadre opératoire) comportant chacune deux chapitres. Dans la première partie intitulée cadre conceptuel et théorique, le chapitre 1 porte sur l'angoisse du féminin chez les adolescentes ; et le chapitre 2 s'articule : Corps, dépigmentation et symbolisation. Dans la seconde partie qui traite le cadre méthodologique, le chapitre 3 aborde l'hypothèse de l'étude et au chapitre 4, il s'agit de la stratégie de vérification des hypothèses. Enfin, la troisième partie porte sur le cadre opératoire clôturant ce travail donc le chapitre 5 traite de la question de l'analyse et de la présentation des résultats ; et le chapitre 6 procède à l'interprétation des résultats et les perspectives théoriques.

PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

CHAPITRE 1 : ANGOISSE DU FÉMININ CHEZ LES ADOLESCENTES

1.1. ANGOISSE DU FEMININ

1.1.1. Le concept d'angoisse

1.1.1.1. *Qu'est-ce que l'angoisse?*

Étymologiquement, le terme angoisse vient du latin *angustia* qui signifie un passage étroit, un resserrement. Au sens figuré, *angustia* signifie une difficulté ou une situation critique. Dès le moyen-âge « *anguisse* » désigne l'oppression aussi bien physique que morale. L'angoisse est un affect fondamental de l'économie humaine. En 1920, Freud écrit : « *Le terme d'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu* ». (p. 56).

Freud va reconnaître au début que l'angoisse est difficile à saisir, car elle peut être confondue avec d'autres états, ainsi qu'il l'avait montré en 1920. Il va aller du principe que l'angoisse est saisissable par les ressentis qu'elle procure. Il propose de commencer par l'appeler « *état d'affect* » (p.46), et de l'appréhender en tant que sensation qui présente le caractère de déplaisir le plus manifeste, sans que cela épuise sa qualité. En effet, il précise qu'il existe d'autres sensations avec un caractère de déplaisir qui ne sont pas synonymes d'angoisse. Il cite la peur, l'anxiété, l'inquiétude, l'effroi, les tensions, la douleur, le deuil... Néanmoins, le caractère de déplaisir de l'angoisse lui semble avoir une note particulière : il paraît associé à des sensations corporelles déterminées, issues d'organes déterminés. En considérant les changements du rythme cardiaque et de la respiration, il dit que les sensations qui concernent les organes de la respiration et le cœur, sont la preuve que l'état d'angoisse est associé à des « *processus d'éconduction* ».

❖ Peur

La peur est une émotion qui a un objet précis. Il suppose un objet défini dont on a peur. Nous ressentons la peur lorsque nous sommes en face d'un danger réel. Alors que l'angoisse est une émotion proche de la peur mais qui apparaît en absence de danger. La personne se sent angoissée, elle a l'impression de danger mais ne sait pas pourquoi. Ou, comme dans le cas de la phobie, elle ressent de l'angoisse devant un objet ou une situation objectivement dépourvue de toute dangerosité.

Nous pouvons dire que l'angoisse est une peur sans objet manifeste. Cette intense souffrance physique est souvent incommunicable. D'intensité différente elle est pourtant inhérente au fonctionnement humain. Elle peut être ressentie au niveau corporel : gorge serrée, difficulté à respirer, étouffement ou estomac noué. Mais elle est également ressentie comme une sensation de déplaisir ou comme un sentiment d'oppression. Cet état moral pénible ne parvient pas à s'élaborer psychiquement.

❖ **Anxiété**

C'est un trouble émotionnel se manifestant par un sentiment d'insécurité. L'anxiété se caractérise par un état de tension, de malaise, de terreur sentiment d'appréhension, face à un péril de nature indéterminée. Elle est souvent exprimée par le patient à travers les termes de nervosité ou de soucis. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle. Ainsi, l'anxiété est une émotion utile. C'est une réaction psychologique au stress. C'est un état qui fait partie de nos réactions d'adaptation aux stimulations extérieures en nous permettant de mobiliser notre attention, d'élever notre vigilance dans des situations de nouveauté, de choix, de crise ou de conflit.

❖ **Inquiétude**

L'inquiétude peut être définie comme « un trouble, un état pénible causé par la crainte, l'appréhension d'un danger ». Pour Larivey, l'inquiétude est une opération intellectuelle qui consiste à imaginer et extrapoler, à partir du présent une situation plus ou moins désagréable et à se soucier. La personne qui s'inquiète s'appuie sur des événements présents pour anticiper la situation appréhendée. En effet, c'est la situation actuelle qui nous amène à anticiper la future. Les personnes qui ont une forte propension à l'inquiétude ont généralement une certaine difficulté à vivre entièrement le présent.

❖ **Effroi**

Le terme d'effroi, il désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé ; il met l'accent sur le facteur surpris. Freud distingue l'état émotionnel effroi qui paraît correspondre à ce que Kernberg nomme « *état affectif paroxystique* » et que j'appelle une « *expérience de stress extrême traumatogène* ».

Autrement dit, l'état d'angoisse serait saisissable par trois éléments spécifiques :

1. Un caractère de déplaisir spécifique ;
2. Des actions d'éconduite, c'est-à-dire des tentatives de décharge vers l'extérieur. Freud reprend là un terme issu de la biologie ; on pourrait proposer aussi « externalisation », de façon à rendre compte du mouvement en jeu : mettre la tension qui crée le déplaisir à l'extérieur du soi.
3. Des perceptions de ces mouvements de décharge, par les sensations corporelles qu'ils suscitent. Ce dernier aspect permettrait de différencier l'angoisse d'autres états caractérisés par le déplaisir. En effet, dans le deuil ou la douleur, il n'y a pas de manifestations motrices particulières, suscitant un ressenti similaire.

Freud s'est toujours posé la question sur sa nature, ses relations avec les autres affects et de ses liens organiques avec les différents types de névrose. En tant qu'affect, il s'agit d'une expérience ressentie intimement par le sujet. De ce fait l'angoisse est fondée par sa qualité d'événement psychique. Si nous voulions énoncer une seule idée au sujet de l'angoisse qui la singularise au sein de l'ensemble des événements psychiques, nous serions sans doute conduits à la lier à la notion de danger. L'angoisse implique donc, pour le sujet qui la ressent, une situation de danger psychique. C'est ainsi que Freud en 1926 la définit dans l'étude récapitulative qu'il en a faite dans *Inhibition, symptôme et angoisse*. En effet, le danger auquel le sujet réagit par l'affect d'angoisse n'est pas simplement lié à sa vie psychique, mais à sa vie tout court. C'est toute son unité psychosomatique qui est concernée par la situation de danger.

➤ **Le point de vue de Freud**

Dans ses premières réflexions sur l'angoisse, Freud (1895) isole à travers de la neurasthénie plusieurs symptômes qui tournent autour de l'angoisse qu'il regroupe sous le nom de névrose d'angoisse. Considérée comme une névrose actuelle, la névrose d'angoisse serait la conséquence d'une accumulation d'une excitation sexuelle qui se transforme directement en symptôme en absence ou insuffisance d'élaboration psychique. En effet dès 1895, il détermine une origine sexuelle de l'angoisse. Freud (1915-1917), dans sa première théorie conçoit l'angoisse comme étant la résultante d'une transformation de l'affect après que la représentation de la douleur eut été refoulée. C'est-à-dire que l'angoisse surgit après le refoulement et naît

d'une énergie dite libre (libido) qui, après avoir été détachée de sa représentation, n'a pu être liée psychiquement.

Durant cette première période, Freud considère l'angoisse comme la transformation d'une partie de la libido qui a été refoulée. La première forme d'angoisse décrite par Freud est une angoisse par débordement pulsionnel, par accumulation d'une tension qui ne parvient pas à s'élaborer psychiquement (Freud, 1909, 1916, 1917). C'est le premier modèle d'angoisse dans l'œuvre freudienne : l'accumulation de libido non élaborée entraîne une stase libidinale et une augmentation de la tension dans le moi. Cette stase est ressentie comme angoisse par le moi.

Dans ce premier modèle, c'est donc le refoulement qui, par l'accumulation de libido qu'il entraîne, provoque l'angoisse. Cette angoisse ne connaît pas encore d'objet. Freud raisonne ici uniquement en terme économique. Par ailleurs, il met l'accent sur le fait que l'excitation sexuelle trouve sa source dans le soma et qu'elle nécessite un processus de transformation du pôle somatique au pôle psychique. Lorsque ce processus échoue, on entre dans le domaine des névroses dites actuelles (neurasthénie, névrose d'angoisse, hypochondrie), opposées aux psychonévroses de transfert (hystérie de conversion, névrose phobique ou hystérie d'angoisse et névrose obsessionnelle compulsive). En effet, l'angoisse était pensée comme le résultat de la non-satisfaction d'une excitation psychique en raison d'un refoulement. La pulsion censurée, privée de son destin était génératrice d'angoisse. Le refoulement se présente comme une interruption du parcours énergétique attendu. Que la pulsion soit séparée de sa satisfaction, c'est devenu le lot de l'espèce humaine, qui au fil de son développement voit s'accroître la somme des désirs auxquels la vie sociale lui impose de renoncer. L'angoisse serait alors causée par cette soustraction de la quantité d'énergie, qui isole la pulsion de son moteur. Elle serait consécutive du refoulement et s'amplifierait dans les cas extrêmes de refoulement, comme les phobies. Un sujet qui souffre d'une phobie connaît un très fort développement d'angoisse en présence du substitut qui est l'objet d'une stratégie d'évitement.

Cette première théorie de l'angoisse est insuffisante pour rendre compte des formes d'angoisse que nous rencontrons dans les névroses de transfert. De ce fait, en 1926, Freud introduit une nouvelle théorie de l'angoisse. Pour celle-ci, ce n'est pas le refoulement qui fait naître l'angoisse mais l'angoisse qui cause le refoulement. En effet, l'angoisse est plus proche de la peur (se rapporte à l'objet directement) ici c'est cet aspect que Freud va mettre en avant et identifier par l'expression signal d'où le terme angoisse signal. Ayant élaboré la théorie du moi, il situe maintenant la fonction de l'angoisse dans le processus de refoulement. Le moi

perçois un danger, interne ou externe, qui lui fait inconsciemment revivre le souvenir d'une ancienne expérience traumatique. Il relie la perception du danger actuel à ce souvenir revivifié, et produit ainsi l'angoisse qui l'affecte et qu'il subit. Le moi met ainsi en état de se défendre psychologiquement (de manière involontaire) contre le danger actuel. Ainsi, l'angoisse que génère la censure est seconde et provient d'une angoisse plus originaire. Cette idée transparaît dans les écrits de Freud lorsqu'il affirme que :

Nous avons, ce faisant, appris deux choses nouvelles : premièrement, que c'est l'angoisse qui produit le refoulement, non pas, comme nous le pensions, l'inverse, et aussi qu'une situation pulsionnelle redoutée remonte, au fond, à une situation de danger externe (Freud, 1993, pp. 172-173).

De plus, Freud se pose la question de savoir : comment nous représentons-nous maintenant un processus de refoulement sous l'influence de l'angoisse. Pour lui, le moi remarque que la satisfaction d'une revendication pulsionnelle qui émerge ferait surgir une des situations de danger dont il se souvient bien. Il faut donc que cet investissement pulsionnel soit, d'une manière ou d'une autre, réprimé, supprimé, rendu impuissant. En effet, le moi réussit dans cette tâche quand il est fort et qu'il a inclus dans son organisation la motion pulsionnelle en question. Mais le cas du refoulement consiste en ce que la motion pulsionnelle appartient encore au Ça et que le moi se sente faible. Le moi anticipe donc la satisfaction de la motion pulsionnelle suspecte et lui permet de reproduire les sensations de déplaisir qui sont au commencement de la situation de danger redoutée. Ainsi, l'automatisme du principe de plaisir-déplaisir est mis en jeu, ce qui effectue alors le refoulement de la motion pulsionnelle dangereuse.

Par ailleurs, l'angoisse est alors conçue comme un signal-affect. Elle devient le signal intentionnellement lancé au moi, afin d'influencer le processus de satisfaction. Par ce processus, le sujet est préparé à affronter des expériences traumatisantes. L'individu qui ne dispose pas des stratégies défensives de l'angoisse, pourra à ce point être surpris et saisi par une expérience de danger qu'il deviendra la victime d'une « névrose traumatique ». Au cours de cette expérience, l'individu se répètera hallucinatoirement, comme dans un rêve éveillé, le souvenir de l'accident, de l'agression subie, de la violence destructrice perçue, ainsi que l'effroi (conséquence de l'irruption d'un danger sans préparation par un état d'angoisse préalable comme le dit Freud (1925, p. 201) : « *l'homme se défend contre la terreur par l'angoisse* » ;

éprouvé à ce moment. Le refoulement qui représente une séparation de la pulsion avec elle-même, renvoie-le-moi à une séparation plus fondamentale, au danger premier, celui d'une séparation avec lui-même. La pulsion angoisse car elle réveille l'image mnésique de ce premier danger qui met directement en cause l'intégrité du moi. Le refoulement devient alors une forme de la répétition. En refoulant, la psyché répèterait la première angoisse de séparation. Elle tient celle-ci des premières expériences de la séparation : le trauma de la naissance, l'angoisse d'être séparé des parents par la punition, et surtout le complexe de castration. Par la suite, il semble que toutes les menaces de séparation quelles qu'elles soient, seront anxiogènes.

De ce qui précède, il ressort que l'angoisse est toujours une angoisse de séparation. C'est un point important, car Freud fera de la séparation, le seul contenu représentatif que l'inconscient peut donner à la mort. L'inconscient qui ignore la mort, a comme seule intuition de la cessation de la vie celle qu'il tire de son expérience de la séparation ou fragmentation. C'est pourquoi il dira de l'angoisse de mort qu'elle est « l'analogon de l'angoisse de castration ». Mourir pour l'inconscient signifierait avoir à se séparer de soi. C'est là une image, qui ne fournit à la mort qu'un contenu négatif, mais qui suffit à engendrer de l'angoisse :

Dans l'inconscient, il ne se trouve rien qui puisse donner un contenu à notre concept d'anéantissement de la vie. La castration devient pour ainsi dire représentable par l'expérience quotidienne de la séparation d'avec le contenu intestinal et par la perte du sein maternel vécue lors du sevrage ; mais quelque chose de semblable à la mort n'a jamais été vécu ou bien n'a laissé, comme l'évanouissement, aucune trace décelable (Freud, 1925, p. 246-247).

De plus, l'angoisse renvoie à une situation désagréable d'étranglement et d'étouffement. Elle peut se définir comme « *une émotion pénible, sentiment d'atteinte et d'appréhension vague d'un danger imminent mais imprécis ; et des sensations physiques de constrictions et d'oppressions* » (Baily, 1995). L'angoisse, sentiment d'imminence, fait référence à l'attente d'un événement destructeur, d'anéantissement. Il fait voir la désolation du monde ravagé non pas par un événement mais paradoxalement par une seule imminence. Avec Freud, l'angoisse est le signe de ce qui dans le Moi, n'a pas de représentation.

En effet, l'adolescente insatisfaite de son corps n'a pas de représentation de celui-ci, ce qui fait en sorte qu'elle reste dans la quête perpétuelle de ce corps qu'elle désire, ce corps idéal

et dans l'espoir d'atteindre cet idéal, elle fait recours aux produits cosmétiques en vue d'atténuer cette souffrance excessive ou cette montée de l'angoisse. Or, par la représentation, l'adolescente est protégée de l'angoisse.

Lorsque l'on fait face à une situation difficile ou par contre qu'on voit que les autres font face à un événement dont on n'a pas la représentation, on est angoissé : l'angoisse ne trompe pas. Ainsi, l'angoisse face à la mort est un phénomène universel. Roch cité par Diligent (1989) dit de l'angoisse qu'elle repose sur trois conditions :

- Le sentiment d'imminence d'un danger à venir, accompagné de fantasme qui intensifient toutes les images et les dramatisent ;
- L'attitude d'attente devant le danger, véritable état d'alerte, qui oriente le sujet vers un
- sentiment de catastrophe ;
- Le sentiment d'impuissance totale et d'anéantissement devant le danger.

La mort peut en effet stimuler la production du fantasme, d'images dramatiques ; elle représente un danger pour la vie de l'être humain et finalement qu'un sentiment particulier d'impuissance accompagne l'idée ou la réalité de la mort pour l'être humain (Flavie, 2020, p. 44).

➤ **Le point de vue de Klein**

D'après Klein, l'angoisse serait au cœur de la réalité psychique et se retrouverait à l'origine de la vie psychique. Elle serait au centre du développement et reste inséparable des fantasmes précoces qui la traduisent et la motivent raison pour laquelle elle reste une situation de danger.

Klein différencie deux sortes principales d'angoisse dans ses travaux de (1935 à 1940 puis de 1940 à 1948) : l'angoisse de persécution et l'angoisse dépressive mais la distinction entre ces deux formes d'angoisse n'est en aucune façon bien tranchée. La différenciation entre les deux formes de l'angoisse est valable tant du point de vue théorique que du point de vue pratique. L'angoisse de persécution se rapporte surtout à l'anéantissement du moi ; l'angoisse dépressive se rapporte surtout au mal fait aux objets aimés internes et externes par les pulsions destructrices du sujet. L'angoisse dépressive aurait des contenus multiples, par exemple : l'objet bon est blessé, il souffre, il est dans un état de détérioration, il se transforme en un objet mauvais ; il est anéanti, perdu, et il ne sera plus jamais là. Aussi, l'angoisse dépressive est étroitement liée à la culpabilité et à la tendance à réparer. Pour elle, l'angoisse dépressive et la culpabilité apparaissent avec l'introjection de l'objet comme un tout.

En ce qui concerne la position schizoparanoïde qui précède la position dépressive elle conclut que quoique les pulsions destructrices et l'angoisse de persécution dominent pendant la première phase, l'angoisse dépressive et la culpabilité jouent déjà un rôle dans les toutes premières relations objectales du bébé, dans sa relation avec le sein de sa mère et pendant la position schizoparanoïde lors des trois ou quatre premiers mois, les processus de clivage culminent, y compris le clivage du premier objet (du sein) et des sentiments du bébé à son égard. La haine et l'angoisse de persécution s'attachent au sein frustrateur (mauvais), tandis que l'amour et la sécurité s'attachent au sein gratificateur (bon). Cependant, même à ce stade, ces processus de clivage ne sont jamais pleinement efficaces.

En effet, le moi tend à s'intégrer et à synthétiser les différents aspects de l'objet et il semblerait y avoir des états transitoires d'intégration même chez des bébés très petits qui deviennent plus fréquents et plus durables à mesure que le développement progresse, dans lesquels le clivage entre le sein bon et le sein mauvais est moins marqué. Dans ces états d'intégration, il se produit une certaine synthèse entre l'amour et la haine pour les objets partiels, ce qui donnerait naissance à l'angoisse dépressive, à la culpabilité, et au désir de réparer l'objet aimé endommager avant tout le sein bon. C'est-à-dire que l'apparition de l'angoisse dépressive à la relation avec les objets partiels sont liés. Pour elle, il n'y a pas de changement dans mon opinion puisque la base de l'angoisse dépressive est la synthèse entre les pulsions destructrices et les sentiments d'amour à l'égard d'un objet et cette modification aurait un incident sur le concept de position dépressive. En effet, pendant la période de trois à six mois, il se produit un progrès considérable dans l'intégration du moi. Des changements importants s'opèrent dans la nature des relations objectales du bébé et dans ses processus introjectifs. Le bébé perçoit et introjecte la mère comme une personne de plus en plus complète. Ceci implique une identification plus pleine et une relation plus stable avec elle. Quoique ces processus soient encore surtout centrés sur la mère, la relation du bébé avec son père (et les autres personnes de son entourage) souffrent des transformations semblables, et le père s'établit lui aussi dans son psychisme comme une personne totale.

En parallèle, les processus de clivage diminuent d'intensité et se rapportent surtout à des objets complets, alors que dans le stade antérieur ils portaient essentiellement sur des objets partiels. Les aspects contrastants des objets et les sentiments, les pulsions et les phantasmes envers eux, qui sont en conflit les uns avec les autres, se rapprochent dans le psychisme du bébé. L'angoisse de persécution persiste et joue son rôle dans la position dépressive, mais elle diminue en quantité, et l'angoisse dépressive devient plus importante que l'angoisse de

persécution. Puisque c'est une personne aimée (intériorisée et extérieure) qu'il sent endommagée par ses pulsions agressives, le bébé souffre de sentiments dépressifs intensifiés et plus durables que les expériences fluctuantes d'angoisse dépressive et de culpabilité du stade antérieur. Le moi plus intégré serait confronté de plus en plus avec une réalité psychique très pénible les plaintes et les reproches provenant de la mère et du père intériorisés et endommagés, qui sont maintenant des objets complets, des personnes et se sent obligé sous la pression d'une souffrance plus grande à élaborer cette réalité psychique pénible. Cela mène à un besoin prioritaire de préserver, de réparer, de faire revivre les objets aimés : à la tendance à la réparation. Le moi fait grand appel à la défense maniaque, comme à une autre méthode, bien souvent simultanée, pour se défendre contre ces angoisses. Le Moi du jeune enfant n'étant pas constitué et les relations d'objets (le soi, l'objet et l'affect) n'étant pas distinctement délimitées, l'absence maternelle et/ou l'insatisfaction des besoins primaires provoquent un sentiment d'impuissance ainsi qu'une abolition du vouloir et du pouvoir. Dans ces conditions, le nourrisson connaît une impression de discontinuité et cette expérience est souvent vécue comme le sentiment atroce d'être vidé de sa substance, non pas d'une humeur, si essentielle soit-elle, et ceci sans recours et sans fin.

Avec l'évolution de l'enfant, la survenue de la puberté et la recherche d'identification, les progrès décrits n'impliquent pas seulement d'importants changements qualitatifs et quantitatifs dans les sentiments d'amour, dans l'angoisse dépressive et la culpabilité, mais aussi une nouvelle combinaison de facteurs qui constitue la position dépressive.

En vue de déterminer les processus par lesquels l'angoisse dépressive, la culpabilité et le désir de réparation se produisent elle fait comprendre que la base de l'angoisse dépressive est, le processus par lequel le moi synthétise des pulsions destructrices et des sentiments d'amour envers un seul objet et le sentiment que le mal fait à l'objet aimé est causé par les pulsions agressives du sujet, paraît être l'essence de la culpabilité. (Le sentiment de culpabilité du bébé peut s'étendre à tout mal qui arrive à l'objet aimé même le mal fait par les objets persécuteurs du sujet.) Alors, le désir d'annuler ou de réparer ce mal résulte du sentiment que le sujet l'a causé, c'est-à-dire de la culpabilité. La tendance réparatrice peut donc être considérée comme une conséquence du sentiment de culpabilité. Pour elle, il semble que l'angoisse dépressive, la culpabilité et la tendance réparatrice soient vécues seulement lorsque les sentiments d'amour pour l'objet prédominent sur les pulsions destructrices. En d'autres termes, nous pouvons supposer que la répétition d'expériences dans lesquelles l'amour surpasse la haine ou, en fin de compte, dans lesquelles la pulsion de vie surpasse la pulsion de mort est une condition

essentielle pour la capacité du moi de s'intégrer lui-même et de synthétiser les aspects contrastants de l'objet.

Dans ces états ou ces moments, la relation avec l'aspect mauvais de l'objet, de même que l'angoisse de persécution, se sont affaiblies. Cependant, durant les trois ou quatre premiers mois de la vie, époque à laquelle (selon mes idées actuelles) l'angoisse dépressive et la culpabilité prennent naissance, les processus de clivage et l'angoisse de persécution culminent. L'angoisse de persécution interfère donc très vite avec le progrès vers l'intégration, et les expériences d'angoisse dépressive, de culpabilité et de réparation ne peuvent être que de nature transitoire. Il en résulte que l'objet aimé et endommagé peut se transformer insensiblement en un persécuteur et que le désir de le réparer ou de le faire revivre peut devenir le besoin d'apaiser un persécuteur et de se le rendre propice. Mais, même pendant le stade ultérieur, la position dépressive, dans laquelle le moi plus intégré introjecte et établit progressivement en lui une personne totale, l'angoisse de persécution persiste. Pendant cette période, le bébé ressent non seulement de la peine, de la dépression et de la culpabilité, mais aussi de l'angoisse de persécution en rapport avec l'aspect mauvais du surmoi, et les défenses contre l'angoisse de persécution existent à côté des défenses contre l'angoisse dépressive. Bref, la différenciation entre les angoisses dépressives et les angoisses de persécution est fondée sur un concept limite.

Cependant, dans la pratique analytique, un certain nombre de chercheurs ont trouvé que la différenciation entre l'angoisse de persécution et l'angoisse dépressive est utile pour la compréhension et le démêlement des situations émotionnelles. Cela signifie que l'angoisse de persécution et les défenses ont été renforcées pour échapper au fardeau insupportable de la culpabilité et du désespoir. La distinction conceptuelle entre l'angoisse dépressive, la culpabilité et la réparation d'un côté, et l'angoisse de persécution et les défenses contre elle de l'autre, n'est pas seulement utile dans le travail analytique, mais elle a aussi de plus larges applications. Elle éclaire de nombreux problèmes relatifs à l'étude des émotions et du comportement humain.

En fin de compte, pour Klein, des processus qui mènent à l'angoisse et à la culpabilité seraient l'interaction entre l'agressivité et la libido, la fusion et la polarité des deux pulsions.

1.2. LE FEMININ

La notion de féminin recouvre, depuis Freud, des significations multiples, parfois opposées. Pour lui, le féminin en tant que polarité sexuelle n'existant qu'à la puberté, sert à définir et à rendre compte de certains traits caractéristiques de la femme.

Imaginairement, le féminin se lie à la castration, au manque, au "rien", au "non-être des processus qui mènent à l'angoisse et à la culpabilité que l'objet primaire contre lequel se dirigent les pulsions destructrices est celui de la libido, et que c'est donc l'interaction entre l'agressivité et la libido – en fin de compte, la fusion et la polarité des deux pulsions – qui cause l'angoisse et la culpabilité. Un autre aspect de cette interaction est l'adoucissement des pulsions destructrices par la libido. L'équilibre optimum dans l'interaction entre la libido et l'agressivité implique que l'angoisse qui provient de l'action continue de la pulsion de mort, bien qu'elle ne soit jamais éliminée, soit contrebalancée et tenue en lisière par le pouvoir de la pulsion de vie", à l'objet", à la mort. Non représentable, innommable, insaisissable, il rappelle le lieu "maternel", l'horreur et la fascination de l'origine ; menace planant sur toute une vie, espace sans limite, il est la part de soi, de la "nature" vouée au refus. Selon Freud et Winnicott, le féminin serait dans un au-delà du principe du plaisir, du pulsionnel, de l'action et du mot. Le féminin serait et surtout le féminin-maternel aux dires de Winnicott, McDougall et Stoller. Pour eux, ce lieu de l'être serait confondu à son origine et en tant que tel, point de départ du vivant.

Pour Freud, il en va ainsi quand il affirme qu'au début du stade phallique il y a du masculin mais pas de féminin raison pour laquelle il n'existerait pas de libido féminine. Il ne dit pas que le féminin n'existe pas, il affirme que le sujet de l'inconscient ignore le féminin. En effet, le mot féminin désigne une absence et un rapport de l'être à cette absence, comme expérience d'une mort anticipée. Or, cette absence est visible au niveau du sexe de la femme qui la représente et se produit au sein de l'indifférenciation primitive (narcissisme primaire) dans le manque de la mère. La mère se fait absence en vertu de son propre manque et de son désir de femme pour l'homme.

1.2.1. Femme et biologie

Parler de femme renverrait aux caractéristiques biologiques en rapport avec la femme telles que les modifications hormonales comme la poussée mammaire, les premières règles, la grossesse, l'allaitement et la ménopause. On retrouve ces signes chez la plupart des femmes et ces signes 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. Ces changements importants exposent la personne à des pertes, des séparations, des remaniements et une remise en question de l'image du corps, du sentiment identitaire. Ces différentes désorganisations remettent en cause l'équilibre libidinal narcissique et /ou objectal.

1.2.2. La féminité selon l'approche psychopathologique

La féminité correspondrait à l'ensemble des attitudes, conduites, caractères, rôles et fonctions sociales définissant la femme selon les textes freudiens. Elle serait le produit des normes, valeurs et modèles culturels transmis par les parents et acquises par identifications ou intériorisations secondaires.

D'après Freud, la tendance bisexuelle serait attribuée plus à la femme qu'à l'homme à cause des particularités psychiques comme la virilité et la phase féminine aboutissant à un destin maternel. Pour lui, la féminité accomplie désigne l'accès à l'égard du père une attitude passive-réceptive et le remplacement de l'envie du pénis par le désir de l'enfant. En effet, cette attitude est visible au niveau des règles sociales et sa constitution qui contraignent la femme à refouler ses instincts agressifs d'où la formation des tendances fortement masochiques qui vont réussir à érotiser les tendances destructrices dirigées vers le dedans. Donc la féminité consistera en un renversement en leur contraire de toutes les tendances antérieures dites masculines de la fille faisant apparaître le féminin comme le contraire, double négatif du masculin. C'est la raison pour laquelle il affirme que le masochisme est essentiellement féminin. En ce qui concerne le remplacement de l'envie du pénis, il s'agit de la poursuite du désir phallique et d'une quête narcissique bref le féminin à ce niveau a trait au maternel. De ces diverses attitudes, le sujet devient objet du désir de l'autre dans le renoncement du statut qui le faisant désirant.

Selon Freud dans les nouvelles conférences, la féminité se caractérise par un penchant vers des buts passifs. En effet, il pense qu'il est parfois nécessaire de déployer une grande activité pour atteindre des buts passifs raison pour laquelle il existe du fait de son rôle dans la fonction sexuelle chez la femme une tendance marquée aux comportements et aux buts passifs. Cette tendance qui s'accroît ou s'atténue serait en lien avec ce caractère exemplaire de la vie sexuelle plus ou moins étendue ou limitée dans chaque cas et influencé par la société ce qui montre qu'il existe un lien entre la féminité et la vie pulsionnelle. La découverte de la différence anatomique des sexes entraîne chez le garçon l'angoisse de castration et chez la fille le

complexe de castration. Cette différence déterminera plus tard le devenir féminin car comme le dit Freud elle s'avère moins agressive, moins opiniâtre, moins infatuée et plus avide de tendresse, plus docile et plus dépendante que le garçon. Également, il semblerait que la fille soit plus intelligente, plus vif que le garçon, mieux disposé à l'égard du monde extérieur et subisse en même temps un plus fort investissement objectal. Toutefois, sur le plan sexuel, ces différences dépendent des variations individuelles.

Chez les filles, le premier objet c'est la mère ou le substitut et les premiers investissements objectaux proviennent de la satisfaction des besoins vitaux essentiels. En effet, ces sentiments libidinaux de la mère pour la fille s'expriment par des désirs oraux, sadiques anaux et phalliques. Ces désirs très ambivalents vont traduire des émotions actives ou passives qualifiés soit de virils soit de féminins sont à la fois tendres et agressivement hostiles après avoir été transformés en représentations angoissantes. Mais à la phase œdipienne, la fille reporte son amour sur son père qui n'est rien d'autre que ce fantasme de séduction par le père était, chez la femme le complexe d'œdipe typique. Ce fantasme en réalité, qui fut provoqué par la mère éveillera les premières sensations génitales voluptueuses en donnant aux enfants les soins corporels. Il s'agira ici d'une véritable transformation s'effectuant sous le signe de l'hostilité ; l'attachement de la mère se transformant en haine parfois très forte qui peut subsister toute la vie et être chez certaines soigneusement surcompensée. Avec l'évolution chez le père, les modifications des désirs sexuels à travers les stades, le renoncement capital se produit à la période phallique au moment où la mère interdit la masturbation source de de volupté à laquelle elle-même a induit l'enfant s'accompagnant très souvent d'un vif mécontentement, de sévères menaces voire l'impossibilité de satisfaire des désirs sexuels et le complexe de castration.

Le complexe de castration naît de la vue des organes génitaux de l'autre sexe lorsque la fille s'aperçoit de la différence et l'importance de ces organes. Pour la fille, la mère lui aurait causé un préjudice car elle aurait bien voulu « avoir un machin comme ça ». Cette envie prendra le dessus sur elle dans la formation de son caractère et laissera des traces ineffaçables ce qui amènera la femme à la quête perpétuelle et inlassable dans toute son existence de ce désir du pénis qui a une indéniable importance. Marquant l'évolution de la fillette vers un tournant décisif, la découverte de la castration aboutit à trois voies : d'abord l'inhibition sexuelle ou à la névrose qui consiste à la petite fille qui vivait comme un garçon de se livrer à la masturbation clitoridienne en associant la satisfaction qu'elle se procurait à ses désirs actifs, qui sont centrés sur la mère jusqu'à ce qu'elle soit sur l'influence de l'envie du pénis pour cesser de trouver son plaisir dans la sexualité phallique ; ensuite la modification du caractère, à la formation d'un

complexe de virilité qui est l'attitude des parents ou encore de l'individu lui-même face à la découverte ou la non découverte de cette masturbation, la réaction des parents ou leur tolérance, la réaction du sujet lui-même à réprimer ou non à son onanisme et la féminité normale : elle s'instaure lorsque la petite fille cesse la masturbation clitoridienne, renonce à son activité phallique, la passivité prend le dessus, le penchant pour le père devient prédominant, l'activité phallique supprimée et quand le refoulement n'a pas été exagérée. Plus tard quand l'évolution s'opère normalement, la fille passera de l'objet paternel au choix d'objet objectal définitif. Néanmoins, l'instauration de la féminité reste à la merci des troubles provoqués par les manifestations résiduelles de la virilité primitive.

Il a été attribué à la féminité en outre, un narcissisme plus développé qui influence le choix objectal chez la femme qui est le besoin d'être aimé ce qui expliquerait pourquoi les femmes qui se dépigmentent car elles veulent plaire, séduire, être désiré. Aussi les rapports sociaux rendent compte du choix objectal des femmes qui est fonction de leur idéal narcissique. L'idéal dont il est question dans le cadre de ce travail serait juste un moyen pour les femmes de s'appuyer sur les boites d'huiles afin de plaire, d'être aimé, d'atteindre cet homme élu ressemblant à son père, d'atteindre ce machin qui nous a été dépossédé depuis l'enfance.

1.3. TRANSFORMATIONS MORPHOLOGIQUES A LA PUBERTE

1.3.1. Adolescence

Étymologiquement, adolescence vient du latin « *adolescere* » qui signifie « grandir ». C'est une période de passage qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est l'âge où chaque individu doit pouvoir « se soucier de lui-même » (Marcelli & Braconnier, 2008, p.3). En effet, les filles (10.5/11 ans) accèdent à cette période avant les garçons (12/13 ans). En d'autres termes, le sujet développe à son propre égard une connaissance de soi et de ses limites à l'intérieur desquelles la capacité à « prendre soin de soi » est un facteur fondamental de santé, physique et mentale, actuelle et future (Marcelli & Braconnier, 2008). Elle est caractérisée par des transformations physiques ou physiologiques, comportementales, psychologiques ou psychoaffectives et sociales.

1.3.2. Tanner et le développement pubertaire

Établissant la transition entre l'enfance et l'âge adulte, la puberté se définit comme l'ensemble des transformations physiques, psychiques, mentales et affectives. Sur le plan physique, elle est marquée par l'acquisition des caractères sexuels secondaires et l'accélération

de la croissance staturale ainsi que par la maturation de la fonction sécrétoire gonadique et l'acquisition des fonctions de reproduction. S'agissant des transformations psychiques, nous avons l'autonomie et la différenciation par rapport aux parents. Sur le plan mental, nous avons le développement de la pensée opératoire formelle permettant les nouvelles acquisitions scolaires et en ce qui concerne le plan affectif nous avons, le début des comportements sociaux et sexuels qui intègrent la période de l'adolescence. Ainsi, ces différences s'expliquent par le niveau de réflexion sur soi, les capacités cognitives et les caractéristiques de la personnalité, comme le style d'attribution ou les modalités défensives (Alsaker, cité par Tanner, 2007).

Par ailleurs, la puberté selon Tanner (2007) correspond à la maturation rapide de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique, aboutissant au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction, et de la fertilité. Les modifications de l'apparence physique de l'adolescent agissent comme un signal et déclenchent les réactions de l'entourage, indépendamment de ses propres souhaits (Brooks-Gunn & Warren, 1989). Les différents stades du développement pubertaire sont définis selon la classification de Tanner repris par Inserm (2007) portant sur les caractères sexuels secondaires.

Classification de Tanner des stades de développement pubertaire

Pilosité pubienne garçons et filles

P1 Absence de pilosité

P2 Quelques poils longs sur le pubis

P3 Pilosité pubienne au-dessus de l'hypophyse

P4 Pilosité pubienne fournie

P5 La pilosité s'étend à la racine des cuisses et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon

Développement mammaire

S1 ou B1 Absence de développement mammaire

S2 ou B2 Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole

S3 ou B3 La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole

S4 ou B4 Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire), saillie de l'aréole et de mamelon sur la glande

S5 ou B5 Aspects adultes, disparition de la saillie de l'aréole.

Le développement pubertaire renvoie donc à un caractère unique, en faisant appel à des aspects biologiques et sociaux. Il se produit également lors d'une période de la vie marquée par de multiples transitions : évolution importante des relations avec les parents, engagement intense dans les relations avec les pairs, transitions dans l'environnement scolaire lors du passage vers l'école secondaire.

➤ **Chez le garçon**

Le premier signe de la puberté chez le garçon est l'augmentation du volume testiculaire qui se produit en moyenne vers l'âge de 12-13 ans. Les autres signes de maturation pubertaires qui apparaissent sont le développement de la pilosité pubienne et axillaire, l'augmentation de la taille de la verge.

Chez le garçon, la puberté se situe pour un âge osseux de 13 ans correspondant à l'apparition du sésamoïde du pouce.

➤ **Chez la fille**

Chez la fille par exemple, la première manifestation pubertaire est le développement des glandes mammaires qui commence en moyenne à partir de 10,5/11 ans. Viennent ensuite le développement de la pilosité pubienne et axillaire, les modifications de la vulve et enfin les premières règles (ménarche) qui apparaissent en moyenne autour de 13 ans, entre 2 et 2,5 ans après l'apparition des premiers signes pubertaires. Leur date de survenue est considérée comme physiologique entre 10 et 15,5 ans. La puberté chez la fille se situe pour un âge osseux de 11 ans (10 à 12 ans) correspondant à l'apparition du sésamoïde du pouce.

Toute chose qui permet à Melgosa (1999) repris par Konlack, Mgbwa et Konlack (2011) de constater que les bouleversements corporels de la puberté peuvent produire chez l'adolescent la sensation de chaos psychique. Ils remettent en cause l'identité constituée dans l'enfance et stabilisée pendant la période de latence. La majorité des adolescents peuvent y puiser force de vie, vitalité et volonté de se saisir de la nouvelle vie d'adulte qui s'annonce et entrer dans cette période avec enthousiasme. D'autres plus fragiles peuvent ressentir inquiétude, anxiété, angoisse et avoir besoin de soutien durant cette période.

1.3.3. Claës et les tâches développementales

De nombreux auteurs en psychologie comme Corey, Blos et Tryon ont adopté le concept de tâche développementale pour rendre compte des réalités nouvelles qui s'imposent à tous au cours d'une même période de l'existence, et cela avec une certaine urgence, puisque l'accomplissement de ces tâches favorise la croissance et l'accès à un stade supérieur du développement, alors que l'échec hypothèque l'avenir. Le terme de « tâche » renvoie à une idée majeure montrant que l'individu n'est pas un spectateur passif des changements qui s'opèrent, mais un acteur engagé activement dans la construction de sa propre vie. L'éclosion de la puberté qui inaugure l'adolescence entraîne des changements significatifs sur le plan biologique, morphologique et psychologique. La maturation de l'appareil génital et l'apparition des caractères sexuels secondaires constituent les aspects les plus spectaculaires de ces transformations. La morphologie corporelle se transforme rapidement et radicalement pour adopter les caractéristiques sexuées de l'adulte. L'avènement de la puberté précipite les changements qui s'effectuent sur le plan personnel et social. L'individu doit abandonner sa condition d'enfant et faire face à diverses tâches développementales comme se construire une image corporelle sexuée et s'engager sur le plan des relations allo sexuelles. L'adolescence entraîne également d'importants changements dans l'univers social et relationnel des individus, ce qui se traduit par des modifications substantielles et des exigences nouvelles. En effet, il s'agit de modifier le type de rapports qu'on entretient avec les parents, de développer des relations de proximité et d'intimité avec les pairs et de s'engager dans des relations amoureuses. Cette période se caractérise également par des nouveautés sur le plan de la pensée : l'accès à l'abstraction et à des formes nouvelles de raisonnements va favoriser des interrogations nouvelles sur soi, sur l'avenir, sur la représentation, et la signification de l'univers. L'identité se construit autour d'enjeux fondamentaux, comme le choix professionnel, les croyances et les valeurs. Cette tâche qui clôture l'adolescence, permettra au jeune adulte de se définir, d'opter pour un système de croyances et de valeurs et de se situer par rapport à autrui.

Selon Claës (2010), le concept de tâches développementales fait appel à ces réalités nouvelles qui s'imposent à tous les individus au cours d'une même période de la croissance ; avec une certaine urgence ; et imposent certains accomplissements (acteur > spectateur). Ces tâches développementales sont classifiées dans un tableau comportant quatre rubriques :

Enfance : c'est une période cruciale chez un enfant car elle permet non seulement de poser les bases nécessaires au bien-être et à l'apprentissage mais aussi de former les futurs adultes ; la société de demain.

9 à 14 ans – Puberté : il s’agit ici du questionnement des rapports au corps car l’individu s’interroge sur son corps, ce qu’il voit ce qu’il ressent, les différentes transformations qui s’effectuent sur son corps.

12 à 14 ans – Vie sociale : c’est un moment de questionnement des rapports avec autrui car l’individu s’interroge sur son entourage, ses amis, il se demande si ce qui lui arrive se reproduit également sur les autres.

13 à 20 ans – Identité : nous avons ici le questionnement de l’individu sur les rapports à soi car l’individu s’interroge sur lui-même, à qui il s’identifiera et cherche à s’affirmer, à prendre des décisions en tant qu’individu propre « je » différent des autres. S’agissant des tâches développementales en rapport avec le corps, Claes (2010) suggère à cette période (de 9 à 14 ans – Puberté) les activités ci-après : Adopter une identité de genre (endosser les rôles de son sexe) ; Construire une image corporelle sexuée (le corps se sexualise et idem pour le désir); S’engager dans les relations allo sexuelles (progressivement dans l’intimité sexuelle).

Ainsi, la construction de l’image corporelle sexuée conduit parfois à des comportements sexués exacerbés, maquillage excessif, etc. Le questionnement de l’identité de genre est posé : est-ce que l’adolescent s’identifie à son genre ? L’irruption de la puberté est une effraction du corps qui se sexualise ; et l’engagement progressif dans l’intimité sexuelle conduit l’adolescent à découvrir son corps. Émerge alors la question de la normalité. Aujourd’hui la tolérance à la frustration est plus difficile.

1.3.4. Répercussion psychologique

Selon l’étude de Marjorie (2013), la période de l’adolescence est désormais reconnue comme un temps de passage spécifique. Cette période semble être à la « mode » au point où nous sommes témoins d’une société actuelle qui pourrait bien prôner le modèle adolescent comme le seul qui vaille ; envahissant, par ses aspects tentaculaires, le monde des adultes. Elle pense que l’adolescence éternelle serait devenue objet de désir ainsi, cette résistance, à se savoir, à se dire adulte, risquerait d’anéantir les spécificités psychiques liées à certaines périodes de la vie. Pourtant le processus d’adolescence est une véritable spécificité qui ne peut être ignorée, ni même rattachée à l’image fantasmatique d’une crise qui ne ferait de ce temps de passage qu’un espace-temps bruyant.

Selon Freud repris par Marjorie (2013), un tel passage ébranlerait le fonctionnement psychique. En effet, le temps qui lui précède, l'enfance, est entendu comme l'élaboration des fondations psychiques. Ainsi, l'adolescence vient dans la continuité de ce qui a déjà été acquis, ce qui amène à citer Kestemberg qui écrit que « si tout se joue pendant l'enfance, tout se rejoue à l'adolescence », temps de réactivation pour les conflits mis en sourdine en phase de latence : là où ça se noue.

Elle fait comprendre que l'adolescence peut s'entendre comme un temps de reviviscences pour des conflits en état de veille durant la période de latence et que ce qui ressurgit à l'adolescence prend ainsi l'allure de « répliques » dans l'après coup d'un séisme. En conséquence, l'adolescent s'expose à une période de ruptures, d'expériences inattendues souvent sources d'angoisse et dont l'issue au conflit nous acheminerait vers différentes « voix » d'expression. Or, comme le dit Freud dans « inquiétante étrangeté », l'étrangeté fait peur lorsqu'il expose cette traversée de métamorphose puisqu'il s'agit d'un fonctionnement encore inconnu qui s'impose au sujet.

En effet, à la puberté qui concerne la métamorphose physique, s'associe le phénomène pubertaire concernant, pour sa part, la métamorphose psychique, puisant dans les processus plus anciens la qualité de sa traversée actuelle. Particulièrement, deux processus initiés dans la période de l'enfance trouveront à se rejouer à l'adolescence, à savoir, le « second processus de séparation-individuation » décrit par Peter Blos et la réactualisation du complexe d'Œdipe théorisé par Freud repris par Marjorie (2013). Par contre, les tensions de l'enfance vont créer des fractures sur le terrain psychique du sujet, des tensions internes et inconscientes, sortes de galeries souterraines d'où s'extraient des résidus de conflits archaïques et non élaborés. Si le premier processus témoigne de la mise à distance des parents qui tombent brutalement de leur piédestal, les adolescents puisant désormais en dehors de la sphère familiale leurs idéaux à atteindre ; le second apporterait l'éclairage nécessaire à sa compréhension : les élans de tendresse connus pendant la phase phallique à l'égard du parent de sexe opposé tandis que le parent de même sexe suscite rivalité et rejet (le tout teinté d'un amour, d'où l'ambivalence des sentiments) se réactivent à la différence prêté, et non des moindres, que cette réactivation tient lieu dans un corps désormais pubère et mature sexuellement. Face à ce danger qui menace et ces changements, les repères vacillent et l'adolescent serait en quête d'une identité qui lui permettrait de s'aventurer sur les chemins de l'initiation.

À ce propos, Françoise Dolto repris par Marjorie (2013) propose l'expression de « complexe du homard » pour qualifier les bouleversements que connaissent les adolescents en affirmant : « *Les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps-là, ils sont très en danger. Pour les adolescents, c'est un peu la même chose.* » Ainsi, tout traumatisme subi pendant cette période d'extrême vulnérabilité que constitue l'enfance, laisserait une marque faisant office de cicatrice indélébile que la nouvelle carapace viendra recouvrir sans jamais ne pouvoir effacer. À cet effet, le « Ça », à entendre comme le pôle pulsionnel par excellence mais aussi profondément inconscient, s'inscrit désormais dans l'histoire d'un sujet en continuelle mutation. Ainsi logé entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence se présente comme un passage relevant d'un fonctionnement psychique caractéristique de cette période obscure qui garde son sceau de mystère malgré les tentatives de théorisation.

D'après Marjorie, pour comprendre les mouvements à l'œuvre chez ces adolescents, il faut s'attacher à décrire, au préalable, les représentations caractéristiques de l'adolescent « tout venant » pour réaliser que la population dont il s'agit dans cet écrit a pu souffrir d'une carence en matière de « famille intérieure », ce modèle qui supporte et donne sens aux interdits et à la place que chacun occupe et dans cette étude par ailleurs il s'agirait de cette carence sur le plan affectif qui donnerait lieu à ce sentiment d'être vidé de sa substance, d'être dépossédé. Ces adolescents « types » ainsi confrontés à ce temps de passage nous apparaissent tour à tour sous les allures : d'« adolescents à vif » traduisant cette période bruyante où le « ça » (pulsionnel) explose littéralement, sorte d'effraction pour l'enveloppe qui s'effrite sous l'impulsion de la métamorphose ; d'« adolescents mutants » qui témoignent d'un changement de forme traduit par Freud en ces termes « d'inquiétante étrangeté », sentiment qui implique, davantage qu'un défaut de familiarité, l'étrangeté de ce qui, dans notre environnement, devrait nous être familier : « l'inquiétante étrangeté surgit quand quelque chose s'offre à nous comme réel » ; d'« adolescents dépossédés » davantage pensés par le groupe (sorte de seconde peau psychique) soutenant un idéal désormais posé en dehors de la cellule familiale : l'Idéal du Moi celui d'un groupe solidaire en relais de l'image parentale désacralisée. Les parents tombent de leur piédestal et cette « désidérialisation » prend l'allure du « meurtre parental forme d'observation éducative. Dans le cadre de cette étude, les adolescentes vivants ce sentiment d'étrangeté soutiennent un idéal du moi posé dans l'ailleurs et aimeraient atteindre cet idéal raison pour laquelle elles font recours aux boîtes d'huile qui représentent des objets transitionnels dans lesquels elles se réfugient pour se désarmer de leur carapace et pour atteindre leur but qui serait

un corps unifié, désiré. L'espace transitionnel est une « troisième aire », c'est un espace qui se situe entre la réalité extérieure et la réalité interne, un espace paradoxal parce qu'il n'est ni dehors ni dedans.

Pour Winnicott, c'est un espace d'illusion, un espace paradoxal, intermédiaire, qui se situe entre la réalité externe et interne, entre le subjectif et l'objectif. Elle se situe entre le subjectivement conçu et l'objectivement perçu. Il s'agit donc là d'un paradoxe, qu'il faut accepter comme tel : « Il faut accepter qu'un paradoxe soit toléré et qu'on admette qu'il ne soit pas résolu. On peut résoudre le paradoxe si on fuit dans un fonctionnement intellectuel qui clive les choses, mais le prix payé est alors la perte de la valeur du paradoxe ». (Winnicott, 1971, p.4). Pour lui, l'utilisation d'un objet symbolise l'union de deux choses désormais séparées en un point, dans l'espace et dans le temps, où s'inaugure leur état de séparation. C'est ainsi que l'individu va passer d'une angoisse archaïque où le corps et l'intégrité même du sujet sont mis en danger, à une angoisse de séparation où la relation à l'autre et la capacité « à se différencier » alimentent l'angoisse, à une angoisse symbolisée, « métaphorisée » au travers de « l'angoisse de castration ».

CHAPITRE 2 : CORPS, DÉPIGMENTATION ET SYMBOLISATION

2.1. CORPS

La notion de corps a toujours intéressé et éveillé la curiosité de la communauté scientifique. Nombreuses disciplines ont abordé cette notion : la biologie, la psychanalyse.

2.1.1. Corps et biologie

Étymologiquement, le mot corps vient du latin « corpus » qui, dès l'origine « est pris dans le sens de l'opposition « corps-âme », opposé à anima ou animus, et désigne non seulement l'organisme vivant mais aussi le corps inanimé, le cadavre. Des définitions du corps données par la médecine en le décrivant du corps atomique à partir cadavre aux plus récentes il ressort un trait commun de ce corps somatique qui est pris comme une machine car on peut le mettre en pièces détachées. C'est aussi une machine homéostatique.

Deux modèles ont été empruntés pour décrire ce corps selon Valas (1985) :

- Le premier est celui de la machine thermodynamique, soit la machine à vapeur de Papin (année). Son équilibre est assuré par la mise en jeu de forces tensionnelles compensatrices, régulatrices physico-chimiques complexes. Bichat (année) s'en inspire lorsqu'il définit « la vie comme l'ensemble des forces qui résistent à la mort ».
- Le second modèle se sert de la cybernétique pour définir le corps. Pour elle, c'est l'interrelation entre les systèmes qui constituent ce corps, soit les systèmes immunitaires, génétiques, hormonaux, etc. étant assurée par des réseaux de communications ou circulent des messages véhiculant un certain quota d'informations nécessaires au bon fonctionnement de la machinerie dans son ensemble. L'équilibre homéostatique ne dépend plus des forces tensionnelles mécaniques ici mais de la distribution de l'énergie à travers ces réseaux.

2.1.2. Corps et psychanalyse

La psychanalyse a été créée par Freud à partir des manifestations et des plaintes exprimées dans et par le corps des patients hystériques. Corps et psychisme sont étroitement liés. C'est un malentendu de dire que la psychanalyse privilégie le langage, le discours et laisse de côté la notion de corps. La notion de corps pour la psychanalyse est marquée par le langage. Notre histoire et notre corps sont une « fiction » pour la psychanalyse et pour nous.

En 1895, Freud découvre la sensibilité particulière des corps hystériques aux représentations inconscientes ce qui montre qu'il y a déplacement de l'énergie et l'inscription des pensées inconscientes au niveau de leur corps. Ainsi, il fait appel au concept de conversion pour montrer qu'il y a déplacement de l'énergie libidinale et inscription des pensées inconscientes au niveau du corps de ces patientes hystériques. Pour Freud, ce déplacement de l'énergie et inscription des pensées, renverraient à un traumatisme du passé, un événement réel de la vie du sujet. Seulement, cet événement réel n'a pu être abrégé c'est-à-dire vécu émotionnellement dans son caractère pénible. Il soutient l'idée que les symptômes hystériques sont d'origine traumatique, provoqués par des causes sexuelles à partir de l'enfance et qu'un affect pénible est douloureux pour le psychisme. Le sujet actionne donc un mécanisme de défense pour se débarrasser de cette représentation indésirable mais cet affect refoulé persiste à trouver une manière de s'exprimer par le corps. Les manifestations corporelles et somatiques des hystériques ont des significations symboliques. Les symptômes corporels des hystériques sont des représentations déformées et refoulées par des mécanismes psychiques de défense, par le déplacement et la condensation : « la défense atteint son but qui est de repousser hors de la conscience la représentation inconciliable ». Par-là Freud démontre un des mécanismes psychiques de défense : « la tentative de refouler une représentation c'est à partir de ses théories sur le psychisme et son concept d'inconscient que la psychanalyse s'est constituée, en rupture avec le regard scientifique. Cette clinique n'est plus marquée par le regard objectif de la médecine, mais par l'écoute du sujet et de sa singularité. Freud a donc abandonné le catalogue nosographique et le savoir préalable du médecin sur la maladie. Un changement que Freud a apporté pour la clinique c'est qu'il « subvertit les frontières couramment admises du normal et du pathologique ». Pour lui, chaque sujet a un rapport particulier avec sa maladie et sa souffrance, selon sa perception de ce qui l'affecte, de ses affects inconscients, de ses inscriptions psychiques. Le corps est imbriqué dans le psychisme. De ce constat, nous arrivons à une dénaturalisation du corps. Le corps n'est plus une donnée logique comme le croit la médecine scientifique, au contraire il est une construction psychique tout au long de nos vies et de nos relations, de ce que nous faisons avec les traits des vécus corporels, affectifs et relationnels sont inconciliable » pour le Moi.

À cet effet, il précise en 1905 que les représentations refoulées parlent dans le corps. Également, que les symptômes au niveau du corps des hystériques sont des messages codés véhiculés par l'individu à qui voudrait bien les entendre, espérant et craignant tout à la fois qu'autrui puisse les décoder. Freud fait le passage du corps anatomique à un corps symbolisé.

Le corps de la psychanalyse n'est pas le corps organique de la « médecine scientifique », mais le corps entre le psychique et le somatique, ce que nous pouvons constater avec la théorie de pulsions freudienne. Le concept de pulsion vient en contrepoint du concept d'instinct, car la pulsion dénature le corps biologique, elle l'insère dans le contexte culturel « [...] Le but de la sexualité n'est pas la procréation. La sexualité humaine n'est au service que d'elle-même. » Si la pulsion est un concept fondamental pour pouvoir penser le corps, sa source est organique et son impact est responsable de la formation des représentations psychiques.

Freud partant, au début de son œuvre, de la pulsion comme excitation interne, quasi organique (je pense au plaisir d'organe qui caractérise les premières élaborations sur la pulsion), aboutit au terme de son parcours à conférer à la pulsion un sens, c'est-à-dire un but orienté.

Selon Freud, les pulsions se situent entre le psychique et le corporel : « Le concept de "pulsion" nous apparaît comme un concept limite entre le psychisme et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issu de l'intérieur ».

En 1905, Freud avance le concept de pulsion et le définit en 1915 comme la limite entre le psychique et le somatique. Autrement dit, la pulsion est essentielle et moteur du psychisme de l'individu en ce sens qu'elle est : « un concept frontière entre animique et somatique, comme représentant psychique des stimuli de l'intérieur du corps parvenant à l'âme comme une mesure de l'exigence de travail imposé à l'animique par suite de corrélation avec le corporel » (cité par UCFP, p. 169). En effet, pour Freud (1915) la pulsion est un représentant psychique de ce qui vient de l'intérieur du corps, certes mais sa source c'est-à-dire « ce processus somatique dans un organe ou une partie du corps, dont le stimulus dans la vie d'âme se trouve représenté par la pulsion ». Il identifie que la source de la pulsion est somatique (source) appartient à un corps bien spécifique qui est le corps anatomo-physiologique. En d'autres termes, il congédie purement et simplement le corps de la théorie psychanalytique.

Par ailleurs, la pulsion est l'invention freudienne la plus remarquable et importante après celle de l'inconscient mais aussi obscur à cause de l'insuffisance de trouver la satisfaction souhaitée. En effet, l'objet ne sera jamais l'objet qui complète totalement le vide produit par le manque de satisfaction, rend compte pour celui-ci du statut pour l'être humain de la perte

originaires de jouissance impossible à récupérer. À cet effet, Freud (1923, 1926) révèle que le corps est le support du fonctionnement mental. Donc tout être humain pense avec son corps.

2.1.3. Schilder et le corps

Schilder parle de la constitution du corps en abordant deux principaux registres : le schéma corporel et l'image du corps (Freud). Il définit le schéma corporel dans les années 1950 comme l'image tridimensionnelle (3 D) que chacun a de soi-même et ce grâce à la coordination de différentes parties de son corps. Ce registre est formé à partir d'indices moteurs. Pour lui, le schéma corporel est un schéma standard de notre corps, chaque nouvelle posture correspondant à un mouvement vient se greffer sur ce modèle de référence. À cet effet, le schéma corporel est considéré comme l'enveloppe externe, la partie visible dans le miroir de l'individu. C'est une représentation mentale que l'individu se fait de son corps, de son physique. En ce qui concerne le deuxième registre du concept de « corps » c'est Schilder qui fut le premier à donner une théorisation de l'image du corps. À partir des travaux des neurologues comme Bonnier et Head, (1911) il partage sa pensée selon laquelle il existerait un système de prise des informations sensorielles au sein de l'appareil neurophysiologique. Ainsi, il emploie le terme image du corps et à l'assimiler à celle du schéma corporel : « le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons ainsi l'appeler « image du corps » terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que la sensation pure et simple et autre chose qu'imagination » (Schilder, 1950 cité par Pireyre, 2011, p 32). Il va également assimiler l'image du corps à un modèle postural en constante transformation et en continuelle élaboration à partir des changements de position du corps dans l'espace et des autres perceptions.

Bien plus, pour Schilder l'image du corps se construit dans la relation à l'autre, il lui confère ainsi une importance intersubjective raison pour laquelle le sujet serait incapable de se construire une image du corps si le sujet n'avait pas de contacts sociaux.

Il va intégrer de plus le concept de libido sa conception de l'image du corps car il avance que celle-ci peut se fixer sur des zones corporelles précises dont les orifices, car ce sont d'importantes sources de sensations. Ainsi, le sujet va pouvoir investir successivement différentes zones de son corps grâce à la libido qu'il apparente à l'énergie.

En 1950, Schilder précise que l'image du corps est l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. Autrement dit, l'image du corps se construit à travers l'expérience sensorielle et émotionnelle. Selon lui,

(1950) « notre attitude à l'égard des différentes parties de notre corps peut être déterminée par l'intérêt que lui porte notre entourage (...) leurs paroles et leur action peuvent aussi nous influencer en dirigeant notre attention sur telle ou telle partie de leur corps et du notre » (Schilder cité par Pireyre, 2011, p 32). Ainsi, dans la formation de l'image du corps, non seulement la dimension affective est abordée mais le rôle d'autrui également car l'autre renvoie une image qui va contribuer à faire évoluer la propre image du corps du sujet.

Bien que Schilder ait abordé les notions d'image du corps, schéma corporel et modèle postural, il reste encore tout de même des confusions. C'est Dolto (1984) qui va venir clarifier ces imprécisions à sa suite.

Un modèle postural du corps. « Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-mêmes en constante transformation. Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s'enregistrer sur ce schéma plastique, et l'activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle. Il s'ensuit une connaissance immédiate de la posture, dès que cette relation est établie. » Autrement dit, le modèle postural est en continuelle élaboration à partir des changements de position du corps dans l'espace et des autres perceptions. Les recherches de Damasio congruent cette conclusion. Plus loin : « Le modèle postural du corps dépend de la rémanence du tonus. » « C'est surtout le tonus des réflexes posturaux et de redressement qui influe sur le modèle postural du corps. » « Il est certain que les flux toniques qui traversent notre corps changent continuellement la connaissance que nous en avons à chaque instant. » Le rôle des informations périphériques est reconnu : « Il ne peut y avoir de modèle postural qu'avec un apport suffisant de données fournies par l'appareil périphérique. » Le modèle postural du corps est donc très fortement corrélé au tonus. Il implique le recueil des informations fournies par la périphérie du corps. Schilder, en résumé, pose les bonnes questions mais apporte de la confusion en assimilant les termes « schéma corporel », « image du corps » et « modèle postural du corps ».

Ainsi, la libido, en plus d'investir successivement certaines zones du corps dans le cadre du développement, peut « se poser » finalement ailleurs que sur les zones génitales, faisant preuve, pour Schilder, d'un caractère itinérant. En filigrane, on lira que l'image du corps est la résultante d'un fonctionnement sensoriel normal investi au fil du développement par la libido. Mais Schilder n'en reste pas là. Il nous fait remarquer qu'il peut y avoir « transfert d'une partie du corps sur une autre. Une partie du corps peut en symboliser une autre. »

Schilder prolonge sa conceptualisation en parlant de l'implication du facteur social dans l'image du corps. On construit l'image du corps uniquement grâce aux contacts avec les autres. « Une image du corps est toujours d'une certaine façon la somme des images du corps de la communauté, en fonction des diverses relations qui y sont instaurées. Les rapports avec les images du corps des autres sont déterminés par les facteurs de distance spatiale et de distance affective. » L'image du corps est en constante évolution. Même si elle est fondamentalement résultante de l'histoire personnelle, elle reste modelée en permanence par l'appartenance au groupe. D'où l'importance, pour Schilder, de considérer l'implication de la beauté dans l'image du corps. On constatera que la théorie de Schilder, si elle se révèle totalement dépassée et, pire, floue, a le mérite d'avoir posé le problème avec les connaissances disponibles à l'époque et de mettre en valeur le rôle de la libido dans le développement et l'évolution de l'image du corps. On retiendra donc que le fonctionnement sensoriel est investi par la libido et que certaines parties du corps peuvent « se substituer » inconsciemment à d'autres. Ses divergences avec Freud (refus de reconnaître l'existence de la pulsion de mort entre autres) et ses positions de principe sur l'analyse personnelle lui ont certainement gravement nuï. Il porte très probablement une certaine responsabilité dans l'imprécision théorique dans laquelle nous nous trouvons, encore aujourd'hui, quant aux concepts théoriques de schéma corporel et d'image du corps. Cette imprécision, Dolto l'a clarifié.

2.1.4. Dolto et le corps

L'enseignement freudien a incité Dolto à distinguer, chez les enfants, l'« image du corps » et le « schéma corporel ».

Selon Dolto (1984), le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quelque soient le lieu, l'époque et les conditions dans lesquelles il vit et le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus. En effet, il est évolutif dans le temps et dans l'espace et se structure par l'apprentissage et l'expérience. Le schéma corporel est une réalité de fait contrairement à l'image du corps qui est imaginaire. Elle précise que ce schéma peut donc être indépendant du langage. C'est dire que le schéma corporel d'un individu est le même que ceux de son groupe d'appartenance, mais peut être différent d'un groupe à l'autre. C'est le lieu où s'expriment les pulsions. Le schéma corporel est réel, et indépendant du langage. Ainsi, la notion du schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce humaine, est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine et qui se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience. Autrement dit, le schéma corporel

est parfois assimilé à la notion du « corps vu ». Cette notion est utilisée en opposition au « corps vécu » utilisé pour désigner l'image du corps. Quant à l'image du corps, Dolto (1984) propose elle aussi, une théorisation de l'image du corps mais, contrairement à Schilder (1950), elle va clairement la distinguer du schéma corporel. Sa démarche va être celle de s'intéresser principalement à la construction de l'image du corps durant la prime enfance : de la naissance jusqu'à l'accès au langage. Selon elle, le schéma corporel serait en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine.

Par contre, l'image du corps est propre à chacun : « elle est liée au sujet et à son histoire. Elle serait la synthèse vivante des expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. » (Dolto, 1984, p. 16). De ce fait, l'image du corps s'éloigne d'une dimension purement anatomique : c'est « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant ». L'image du corps se structurerait par la communication entre le sujet et la trace. Car, elle s'actualise dans toute expression langagière, mimiques ou gestes, composition pour l'enfant : chez les enfants qui ne peuvent pas parler directement de leurs rêves ou leurs fantasmes comme le font les adultes dans les associations libres, l'image du corps est pour le sujet une médiation pour les dire. Ainsi, ces deux concepts s'articulent entre eux précise Dolto (1984, p. 23) :

C'est lui, ce schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité » et « c'est grâce à notre image du corps portée par notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.

Poursuivant l'analyse de l'image du corps, Dolto (1984) souligne qu'elle est une image composite. En effet, elle va distinguer trois modalités d'une même image du corps : « image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution » (Dolto, 1984, p. 49). Par ailleurs, ces modalités sont « reliées entre elles, à tout moment, maintenues cohésives par l'image dynamique » (Dolto, 1984, p. 57). En d'autres termes, l'image du corps est une synthèse vivante des trois images reliées entre elles par les pulsions de vie, elles-mêmes actualisées dans l'image dynamique. Ces images reliées par les pulsions de vie sont : L'image de base serait ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « mêmeté d'être », c'est-à-dire dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance. Cela malgré

les mutations de sa vie, les déplacements imposés à son corps et en dépit des épreuves qu'il est amené à subir. Cette image serait constitutive du « narcissisme primordial », ce qui anime son désir de vivre et qui surviendrait avant la naissance, dans le désir des géniteurs qui l'ont conçu. En effet, l'image de base correspond à un triple sentiment de rester stable dans l'espace ; rester le même dans le temps, dans l'espace et rester consistant face à l'altérité des êtres et des choses. Ainsi, c'est une image statique, contrairement aux images de base évoluant, spécifiques et propres à chaque stade : image de base respiratoire, olfactive-auditive, puis une image de base orale et enfin une image de base anale. C'est l'image la plus fragile, puisque c'est le lieu où s'affrontent les pulsions de vie contre les pulsions de mort. L'image fonctionnelle serait plus dynamique, elle porterait vers l'action. C'est par elle que le « sujet vise à l'accomplissement de son désir ». Ce phénomène correspond à un manque localisé dans le schéma corporel qui devient moteur du désir. Le sujet rechercherait alors, de manière active, la satisfaction pulsionnelle dans la relation à son environnement et à l'autre. Ainsi, si le lieu des pulsions est le schéma corporel, le lieu de leur représentation est l'image du corps. L'image érogène servirait à ouvrir « la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique ». Ainsi, l'image érogène peut être exprimée par des mimiques, des actes et des mots. Cette image serait en lien avec le plaisir ou le déplaisir ressenti dans la relation à l'autre. Ainsi, ces trois composantes de l'image du corps se métabolisent, se transforment et se remanient. Elles sont reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce qu'elle appelle l'image dynamique. Cette dernière correspond au désir d'aller vers un but et à la persévération dans un avenir. Pour Dolto (1984), l'image inconsciente du corps s'exprime dans l'acte graphique ou plastique, dans la communication langagière, dans les mimiques et dans les gestes. Pour Lacan (1949), c'est l'image du corps réel qui peut s'extérioriser dans l'image-action : regard, les mimiques, la posture et les gestes spontanés. Dès lors, reste à savoir de manière concrète comment se forme l'image du corps. Sa théorie nous incite à considérer ce bébé grandissant en appétence pour entrer en relation, comprendre le monde qui l'entoure et accéder son autonomie, sous réserve que sa « mêmeté » ne se trouve pas altérée repris par Marinopoulos en (2016).

Or c'est un long voyage que celui de la croissance, avec ses défis, ses moments de séparation où il faut renoncer au connu pour aller vers l'inconnu. Où il faut quitter l'ancrage corporel, s'éloigner, mouvoir son corps et abandonner les bras sécurisants et « contenant » de l'adulte winnicottien, qui a accepté sa mission auprès de l'enfant. Des étapes décisives, accompagnées de mots qui donnent vie et sens au vécu de l'enfant. « Des mots dont cet enfant

n'a pas le vocabulaire, l'objet transitionnel est peut-être le lexique, non déchiffrable, promu à représenter l'entière du sujet qui s'intuitionne dans sa relation d'objet-corps potentiellement érogène et dans sa relation fonctionnelle encore fusionnelle à "la mère" (l'adulte dont dépend la survie de l'enfant). »

Dans ces mouvements de croissance, l'objet transitionnel est nécessaire à l'enfant : il l'articule aux images tactiles des zones de base (fonctionnelle et érogène, orale et olfactive). Par-delà la distance des corps, il garde les perceptions de l'odeur et de la voix de l'adulte sécurisant, qui continue d'exister pour l'enfant. De ce fait, il apaise son appréhension lors des séparations, en conservant la mémoire de leur relation. Il le protège des brisures et préserve son sentiment de « mêmeté ». Ainsi, la mère partie, l'enfant garde en lui, soutenu par l'objet choisi, le continuum des perceptions répétées et reconnues émanant d'elle. Il reste entier au cœur de ce lien relationnel qui le caractérise et ne se détruit pas.

Dolto associerait et étendrait la notion d'« objet transitionnel » à celle de « mêmeté ». Elle parle d'ailleurs, à ce propos, d'objets « mamaïsés », « qui font surgir en l'enfant, par associations de fantasmes, la présence sécurisante mémorisée de sa mère ». Cette précision, au vu de sa théorie de l'image du corps, donne du sens à l'existence d'un objet « mamaïsé » avant l'âge de 4 mois, période à laquelle Winnicott fait intervenir l'objet « transitionnel ». Autre pédiatre prestigieux, Winnicott décrit la manière dont cet objet matériel, choisi par le nourrisson « dans son environnement immédiat », lui permet d'établir une transition entre la relation primitive au sein maternel et la constitution d'objets dans le monde extérieur ; et devient une part de l'enfant, tout en restant extérieur à lui. Cet objet autre, « porteur de mêmeté », nous renvoie vers l'enfant grandissant, avec ses besoins psychiques inscrits dans une connaissance de sa vie intérieure et de sa complexité.

Pour elle, l'image du corps se construit et se remanie tout au long du développement de l'enfant et les castrations symboligènes représentent des étapes importantes et structurantes dans ce développement. Elles dépendent de la maturation psychoaffective de l'enfant et correspondent aux étapes successives de découverte et d'investissement des zones fonctionnelles du corps. Au contact de l'environnement, l'enfant se trouve obligé d'abandonner un certain mode de fonctionnement et de satisfaction. Cet interdit du pulsionnel l'introduirait au symbolisme et à la civilisation. L'image du corps se développe avant l'âge de trois ans et l'accès au stade du miroir amorce son refoulement. A partir de ce moment, l'enfant reconnaît son image dans le miroir parce qu'il simultanément l'image de la personne à ces côtés. A cet

instant, l'enfant sait qu'« il ne peut plus se confondre avec une image fantasmatique de lui-même ». L'enfant réalise alors qu'il est semblable aux autres humains, qu'il en est un parmi eux. C'est ainsi qu'il découvre l'écart qui existe entre l'image et son Moi. Dès lors, elle avance que « le paraître se met à valoir, parfois à prévaloir sur le ressenti de l'être » (Dolto, 1984, p. 158). Ces événements entraînent un refoulement de l'image du corps par l'image spéculaire, elle devient alors totalement inconsciente.

Dans le même sens selon Gibello (1984), le schéma corporel précède l'image du corps dont l'élaboration dans l'expérience du miroir. La perception du corps lui-même renvoie aux premières expériences de l'enfant avec sa mère. L'espace étant à l'origine une surface sans profondeur, l'enfant ne peut accéder à un espace tridimensionnel que s'il peut établir une distance entre lui et l'autre. Ce passage, selon Ali (1990) se réalise à partir du moment où l'enfant se rend compte que ses fantasmes agressifs à l'égard de l'objet (la mère) ne le détruisent pas, et que cet objet est toujours source de satisfaction. L'expérience de l'image du corps est donc avant tout de l'ordre du corps. Celle-ci est commune au corps réel et à l'image spéculaire de celui-ci, permettant à l'enfant de se reconnaître dans son image reflétée par le miroir. La constitution et l'évolution tout au long de la vie de l'image du corps sont étroitement liées à la libido narcissique. Schématiquement, nous pouvons distinguer au cours du développement libidinal : le corps de l'oralité où dominent les thèmes de morcellement, d'introjection et de projection ; le corps de l'analité où l'enfant commence à élaborer la distinction entre le monde extérieur et le monde intérieur ; et le corps de la période phallique, période pendant laquelle l'enfant accède à l'identité sexuelle et achève l'unité émotionnelle du corps par l'intermédiaire de l'identification au parent du même sexe.

Par ailleurs, le développement de l'image du corps du nouveau-né est expliqué par Lefebure (1994) à travers des schémas : le dessin de l'enfant, le langage sans parole. En effet, l'image statique du nourrisson n'existe pas, il se sent un avec sa mère. Son image du corps et son schéma corporel sont confondus, l'enfant n'est pas capable de symboliser son expérience. Bien plus, lorsque l'enfant est nouveau-né, il reçoit de sa mère ce qui est positivement narcissique mais également ce qu'elle peut renvoyer de négatif. Sa mère est aussi son premier miroir, qui lui renvoie une certaine image de lui. L'enfant construit alors son image du corps en fonction de ce qu'on a valorisé ou dévalorisé chez lui, quant à ses désirs, ses affects et aux interdits auxquels il est normalement soumis. Au départ les relations mère-enfant sont fusionnelles, et elles vont peu à peu se transformer pour installer une distance interne-externe qui va permettre à l'enfant de créer un espace psychique. En définitive, cet article nous permet

de comprendre que l'enfant est aujourd'hui considéré comme un être de relation et non un objet ce qui lui permet de s'humaniser et d'être sociable. Également, que l'enfant quitte d'un objet « mamaisé », présenté, touché par les parents pour un objet plus rassurant qui assure sa défense contre l'angoisse qui lui permet d'accéder à l'objectivité : c'est l'objet transitionnel de Winnicott. Ceci dit, place à la conception du corps chez Anzieu.

2.1.5. Le corps et Anzieu (Moi-peau)

Dans le moi-peau, Anzieu (1985) formule une théorie du moi-peau dont l'instauration répond aux besoins d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien être de base. Il se fonde sur les travaux de ses prédécesseurs tels que Freud avec sa notion d'appareil psychique, Winnicott avec l'objet transitionnel, d'une part et d'autre part, Bion avec la fonction alpha et beta, Bick avec l'objet contenant.

Selon la première perspective axée sur le sujet particulier, Freud (1895) ; le corps est le support du fonctionnement mental du sujet, « le moi est avant tout un moi-corporel il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui –même la projection d'une surface » (double rôle) (Freud, 1923, p. 26). Autrement dit, le moi dérive des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut être considéré comme la projection mentale de la surface du corps, et comme représentant de la superficie de l'appareil psychique. (P106). Ce qui permet de comprendre que la vie psychique du sujet particulier se développe sur la base des désirs, des fantasmes, des souvenirs ainsi que leur rapport avec la réalité.

Selon Winnicott (1951), « un bébé ça n'existe pas mais qu'existe une relation bébé – environnement, mettant en exergue l'existence en soi d'un environnement qui serait pure extériorité. Pour le bébé, le sein fait partie de l'environnement tout autant que l'environnement fait partie de lui : l'environnement n'est pas ce qui l'entoure, mais aussi ce qui est conservé en lui de ses qualités antérieurement éprouvées. Winnicott développe le concept de phénomène transitionnel en identifiant que la mère, en raison de l'immaturité motrice et affective du bébé, est, pour le bébé, l'auxiliaire indispensable et dévouée qui médiatise ses échanges avec le monde extérieur. C'est elle qui joue le rôle de discrimination, filtrant les stimuli de l'environnement à un moment où le nourrisson est lui-même incapable d'assurer sa protection. La mère joue donc un rôle de barrière pare-excitante qui préserve son enfant jusqu'à ce que celui-ci puisse prendre le relai grâce à la maturation de ses fonctions corporelles.

Winnicott (1962) examine également l'importance du contact avec la mère pour l'intégration du moi dans le temps et dans l'espace. Cette intégration du moi dépend du

Holding (désigne tous les moyens qui donnent au moi naissant de l'enfant. La mère et l'enfant sont tous imbriqués sur un plan psychique, puisque l'enfant s'appuie totalement sur sa présence. Le soutien, le portage fournis par la mère comprend les soins quotidiens adaptés à l'enfant, le protégeant contre les expériences angoissantes.

Le Holding est à la base de l'intégration du moi en un tout unifié). Le Handling aussi est la manière dont l'enfant est traité, manipulé, soigné par sa mère. Il permet l'installation de la psyché (ensemble des phénomènes psychiques formant l'unité personnelle) dans le soma (corps) ainsi que le fonctionnement du développement mental. L'instauration par le moi de la relation d'objet dépend de la présentation par la mère des objets (sein, biberon, lait) à travers lesquels le nourrisson va pouvoir trouver la satisfaction de ses besoins. « Le moi se fonde sur un moi corporel, mais c'est seulement lorsque tout se passe bien que la personne du nourrisson commence à se rattacher au corps et aux fonctions corporelles, la peau étant la membrane-frontière. » (Winnicott, 1962, p.53). Bien que cette perspective soit centrée sur le sujet particulier, elle annonce tout de même l'idée d'une réalité extérieure, ce qui fonde la seconde perspective.

Pour la seconde perspective, la vie psychique ne peut se développer que sur la base des formations métapsychiques ou groupales dans lesquelles le sujet est inséré et où il va contribuer. De ce point de vue, Bion (1962) a construit à travers le modèle contenant-contenu montre que l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience. Le contenu projeté est appareillé au contenant à condition que ceux-ci entretiennent une relation commensale ou chacun tirant profit de l'autre pour sa propre croissance. Ainsi, le contenant contenu formé est réintrojecté par le bébé et se développe jusqu'à devenir le propre à penser du bébé sa propre. Cette fonction qu'accomplit l'objet (la mère) pour le bébé est appelé la fonction alpha et, elle constitue le premier pas dans l'activité de pensée. Le bébé clive et projeté une partie de sa personnalité en détresse dans l'objet, celui-ci contient cette expérience émotionnelle, cette partie de la personnalité du bébé expulsé, et dans la rêverie commence le processus de formation du symbole et de la pensée. Ainsi, l'objet contenant transforme les éléments bêta, éléments bruts projetés, en éléments alpha, éléments disponibles pour la pensée. Car Bion (1962, p.34.) précise :

Les éléments alpha sont des impressions sensorielles mises en image, que l'on peut assimiler par la psyché, elles sont organisées et réutilisables. La fonction alpha traite des phénomènes, des impressions sensorielles au-delà de ce que l'on peut penser.

Cette fonction est liée aux rêves, aux souvenirs ou aux pensées oniriques. Les éléments bêta sont des impressions sensorielles non assimilées. La fonction bêta correspond à la gestion des émotions brutes qui sont encaissées et qui cherchent à être assimilées.

À travers les notions de contenant-contenu, fonction alpha, rêverie maternelle, Bion (1962) propose un modèle d'identification projective normale, non toxique, au service de la communication, et parle d'espace psychique, d'espace mentale, d'espace émotionnel et d'espace de la pensée. La notion d'objet contenant est également abordée par Bick (1960). Bick décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé en identifiant la nécessité d'un objet contenant, auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau. Ainsi, elle précise que le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non intégré comme la recherche effrénée d'un objet qui peut tenir l'attention, et de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité. L'objet optimal est alors le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère.

Bick examine comment cet objet contenant est éprouvé comme peau. Elle décrit la manière dont les perturbations de cette fonction peuvent conduire au développement d'une formation d'une nouvelle peau, par laquelle la dépendance envers l'objet est remplacée par une pseudo-indépendance, en particulier en créant un substitut à cette fonction de contenant-peau. Le nourrissage représente l'expérience prototype du rassemblement à l'intérieur de la peau. La jonction entre les différentes modalités sensorielles, entre le portage, l'enveloppement, le bain de paroles et la plénitude interne donne au bébé un sentiment moïque primaire (sentiment d'être). Mais, lorsque cette expérience de rassemblement interne est défaillante, le bébé s'accroche à des sensations, à des objets-sensations qui maintiendront provisoirement l'illusion d'un rassemblement. Ce qui permet de comprendre que l'objet contenant et la fonction contenante s'organisent à partir de la sensation, la fonction contenante s'étaye sur le corps ou la peau.

En se servant du contexte de nourrissage et en identifiant trois types d'expériences concomitantes que fait le bébé c'est-à-dire, celle d'un contact différenciateur par le mamelon dans la bouche et l'incorporation, celle d'un centre de gravité par la réplétion, et celle d'importantes stimulations tactiles par le fait d'être tenu, porté, serré contre le corps de la mère, manipulé, le tout dans le bain de paroles et de communication. Ces expériences conduisent le

bébé à différencier une surface comportant une face externe et une face interne, distinguant le dehors du dedans, et un volume dans lequel il se sent baigné. C'est cette surface qu'Anzieu (1985) appelle interface, et ce volume donne à l'enfant la sensation d'un contenant. Ainsi, à l'occasion des expériences de contact de son corps avec le contact de sa mère et dans le cadre de la relation sécurisante d'attachement avec elle, le bébé acquiert la perception de la peau comme surface, ce qui engendre d'une part la notion de limite entre l'intérieur et l'extérieur, et d'autre part un sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle. Ce sentiment d'intégrité donne au moi une enveloppe narcissique et un bien être de base, d'où le concept de moi-peau.

Par moi-peau, Anzieu (1985, p. 61) désigne « *une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* » cela permet de comprendre que tout s'organise à partir de la sensation. Autrement dit, le moi-peau est une partie de la mère qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner. Il est un des noyaux anticipateurs du Je consistant en la sensation-image d'un phallus interne généralement parentale qui assure l'espace mentale. Car l'appui sur cet espace permet la mise en place des mécanismes de défense les plus archaïques comme le clivage ou l'identification projective. Cet appui n'est possible que si sont assurées des zones de contact étroits et stables et à la périphérie de son psychisme, un encerclement par le psychisme de la mère. Ainsi, tous les processus de pensée ont une origine corporelle. C'est donc la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire par la spécificité des processus de pensée et par les angoisses et les inhibitions correspondantes. Autrement dit, les fonctions du moi-peau et de l'enveloppe psychique en général, s'étayent sur les fonctions de la peau. Anzieu (1985) souligne que l'étayage renvoie à une relation métaphorique non pas analogique. Il s'agit de la peau au sens d'« être bien dans sa peau », et non pas de la peau de l'anatomiste ou du dermatologue.

2.1.6. La fonction de pare-excitation

- **La fonction de pare-excitation ou la constance** : il s'agit de la fonction de protection des agressions de l'autre et des stimuli du monde externe que Freud (1900) nomme pare excitation : frontière permettant de protéger le psychisme humain de toutes les agressions ou stimulations violentes venant de l'extérieur. En effet, la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, jusqu'à ce que le Moi en croissance du bébé trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction donc cette fonction sera d'abord assurée par la mère avant de s'étayer sur la peau propre de l'enfant. Il s'agit ici pour la mère de protéger l'enfant contre

les excès d'excitation. Comme défaillance ou excès de la fonction de pare-excitation, on retrouve deux types de moi-peau, un moi-poulpe qui indique qu'aucune fonction du moi-peau n'est acquise et un moi-crustacé qui montre une carapace rigide qui empêche toutes les autres fonctions de se mettre en place. En cas d'excès au niveau de cette fonction de la part de la mère, l'enfant peut ne pas connaître la possibilité ni la nécessité d'en venir à un auto-étayage.

Freud (1926) avait déjà entrevu l'importance du rôle de la mère, comme pare-excitant face à l'envahissement du nourrisson par les premières manifestations de l'angoisse : « Lorsqu'il n'a pas aperçu la mère cette unique fois, il se comporte comme si il ne devait plus jamais la revoir, et cela nécessite des apprentissages d'expérience consolants répétés, jusqu'à ce qu'il ait appris qu'à une telle disparition de la mère a coutume de succéder sa réapparition. Ainsi, il peut alors ressentir de la désirance, pour ainsi dire qui n'est pas accompagnée de désespoir. » (Freud, 1926, p. 203)

2.2. LA DEPIGMENTATION

Le décapage (« mordançage ») sur le vocable camerounais, consiste à appliquer des mélanges caustiques réalisés à partir de produits domestiques (dentifrice, détergents, déboucheurs, shampooing, soude caustique, javel, ciment, sable etc.). Pour produire une brûlure dont l'effet dépigmentant persiste grâce à un traitement d'entretien par les dermocorticoïdes. Il se distingue par son caractère ponctuel et une pratique parfois ritualisée avant un mariage par exemple (Mbemba, Ondongo cité par Petit 2007).

La dépigmentation volontaire débute généralement chez l'adolescent ou l'adulte jeune et peut se poursuivre plusieurs dizaines d'années. Certaines filles y sont initiées par leur mère dès la grande enfance. (Petit, 2007). On peut comprendre que ce phénomène implique le corps avec Petit lorsqu'il dit que l'expression « Dépigmentation Volontaire » désigne une pratique par laquelle une personne, de sa propre initiative, s'emploie à diminuer la pigmentation mélanique physiologique de sa peau.

Le corps peut encore être le théâtre via le comportement, le jeu et l'implication de l'acte et du mouvement, de nombre de pathologies dites « des limites », du côté des troubles des conduites, de l'agir et des pratiques à *risques, des expériences extrêmes, voire des addictions : autant de tableaux* articulant très directement le lien corps/psyché et l'expression corporelle de désordres psychiques. Des études ont été menées dans ce sens sur ce phénomène par plusieurs auteurs comme Brullman (2010) dans son étude sur Anatomie d'une illusion : Désir de chirurgie

esthétique, psyché à corps perdu aborde les rapports de l'âme et du corps tels qu'ils apparaissent dans le désir de chirurgie esthétique. Il s'appuie sur un cas clinique qui montre qu'il y a parfois une confusion entre le corps objet de l'anatomie et le corps sujet « affecté » de la vie fantasmatique. Il s'agit du cas d'une jeune adolescente de quatorze ans exprimant un désir de rhinoplastie, qui fera apparaître certains enjeux inconscients contenus dans ces demandes. Elle montrera particulièrement comment « s'incarne », à l'adolescence, ce désir de reconstruction corporelle en lien avec les remaniements pulsionnels internes et les inévitables transformations physiques. Pour lui, le corps est mis sur la sellette comme s'il y avait correspondance entre le reflet de l'image et le moi.

Brullman s'appuie sur les travaux de Françoise Coblence pour montrer que la théorie psychanalytique grâce à la prise en compte des forces inconscientes en jeu a favorisé une meilleure intelligibilité des liens de l'âme et du corps. Aussi, il s'appuie sur les écrits de Freud de 1938 sur la notion d'étendue utilisée dans l'expression « psyché est étendue, n'en sait rien » recouvert par celle de corporelle, la formule devenant « psyché est corporelle, n'en sait rien » à laquelle elle adjoint une autre formule complémentaire : « la forme est sexuelle, ne le sait pas ». Françoise Coblence ici dans ses travaux a pour but de souligner l'ancrage corporel de psyché dans la théorie psychanalytique après relecture des textes de Freud fondées sur l'étayage du corps.

Il s'appuie sur les travaux de Freud, 1938 et ses travaux sur la notion de reflet et de miroir avec la constitution du narcissisme primaire. Lorsque « le corps tout entier... » Et que psyché y tisse peu à peu sa trame de Freud (1923, p.264) : « le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui-même la projection d'une surface » pour donner un sens aux dires du patient lorsqu'elle dit « ce nez, ces seins... ce n'est pas moi ». Ceci fait donc apparaître la question du moi est au cœur de la demande de chirurgie esthétique et qu'il y a confusion « à tous les étages entre un moi très fragile au narcissisme défaillant et un double idéal décalé.

Il se base sur les travaux de Michel Fain qui dit dans son travail qu'il y aurait une parenté entre l'idéal du moi et le moi avec ce qu'il appelle « la rupture du silence du corps » caractéristique de l'hypochondrie, ces sujets concentrant toute leur libido dans cette forme corporelle haïe. Également sur ceux de Winnicott et Anzieu qui ont souligné la filiation du moi avec le corps et insisté sur la qualité de miroir de la mère : « ce qui émerge confusément dans ce miroir, ce sont les contours de la propre image de l'enfant en tant qu'elle est réfléchi par les

besoins inconscients de la mère concernant l'enfant. Et Heinz Liktenstein parlant de l'expérience première archaïque de réflexion qui émerge une identité primaire que l'on peut appelé « narcissique ».

Il ressort des analyses du psychologue sur le cas clinique observé dans son travail que la patiente serait en plein vacillement entre ses investissements narcissiques et objectaux. Elle serait à la recherche d'une image d'elle-même conforme à ses idéaux, avec la nécessité impérative de se différencier de ses images parentales fortement dévalorisées.

Aussi, son obsession du ménage à faire dans les « intérieurs » parentaux est bien significative de son autodénigrement. Elle se sent sale à l'intérieur, est dépitée par ses rencontres sexuelles car le cœur n'y est pas. Il fait comprendre que ces rencontres qu'elle convoque cependant dans un mouvement transgressif autodestructeur et que l'épisode d'anorexie mentale à 12 ans est la preuve de son angoisse face à sa poussée pubertaire.

Également, il fait comprendre que le malaise intérieur déplacé sur le nez est devenu symbolique de sa conflictualité psychique et de la dépréciation qu'elle a d'elle-même. Ce nez est le représentant visible sur le corps de son trouble intérieur. C'est ce représentant phallique inapproprié devient pour elle le lieu où converge et s'entrecroise ses diverses projections et représentations conscientes et inconscientes. Il fait comprendre que ce nez dont elle a honte, la renvoie non seulement à sa ressemblance avec son père, mais en deçà, aux résurgences inconscientes incestueuses d'une relation œdipienne dont elle n'a pas fait le deuil. Aussi, la mise à distance de son père par le changement de lieu de vie n'a pas pu jusqu'à présent, remplacer les objets parentaux de l'enfance par de nouvelles relations de l'amour en accord avec sa vie pulsionnelle adolescente. Et son désir de chirurgie comme ses aventures sexuelles hasardeuses avec des inconnus, qui lui donnent l'illusion d'être moins en manque, sont à entendre comme des élans pulsionnels venant en réponse inadéquate aux remaniements de son moi et de son idéal du moi. Il se pose donc la question si cette reconstruction nasale n'est pas avant tout une restauration de sa vie affective. Trois ans après la fin de son traitement, la fille n'évoqua pas son nez en rendez-vous, elle désirait de manière ponctuelle parler d'une relation amoureuse avec des sentiments de tendresse, de sexualité une autre façon d'exprimer comment le lien transférentiel avait permis une harmonie retrouvée entre sa vie d'âme et son corps.

À partir de cette étude nous pouvons comprendre que les adolescentes qui se dépigmentent seraient en plein vacillement entre leurs investissements narcissiques et objectaux et seraient à la recherche d'une image d'elles-mêmes conforme à leurs idéaux, avec la nécessité

impérative de se différencier de ses images parentales fortement dévalorisées. Aussi, leur obsession, à toujours continuer à utiliser ces boîtes d'huiles malgré la connaissance des méfaits de ce phénomène sont des signes d'autodénigrement vis-à-vis de leur corps, et des tentatives de réparations de leur image en vue d'être en adéquation avec leurs idéaux bien que ces réparations soient autodestructeurs.

D'autres auteurs comme, Kouotou et al ont réalisé une étude sur la dépigmentation volontaire : pratiques et complications dermatologiques rencontrées chez les commerçantes de Yaoundé-Cameroun en vue de déterminer l'ampleur du phénomène de dépigmentation afin de contribuer à la prévention de l'utilisation des produits cosmétiques dépigmentant. Pour cela, ils ont fait une étude transversale et descriptive dans les principaux marchés de Yaoundé auprès des commerçantes consentantes âgées d'au moins 24 ans utilisant des produits dépigmentant. D'après cette étude, il ressort que les 104 commerçantes reçues en consultation utilisaient les composés comme l'hydroquinone (62,7%), les dérivés mercuriels (28,4%) et les dermocorticoïdes (25,8%). Il y avait (74,2%) qui étaient à la quête d'une belle peau et (68,6%) qui étaient à la quête d'une peau douce.

Sur ces 104 femmes, 101 présentaient des complications dont les troubles pigmentaires (72,3%), l'acné (52,47%), les désordres trophiques (24,8%), les infections (14, 9%), les accidents allergiques (10,9%), et les dermatites (5,9%) étaient celles plus fréquentes. Avec ces différentes atteintes cutanées et pourcentages, la dépigmentation volontaire est fréquente au Cameroun et témoigne des risques majeurs encourus.

Dans la même lancée, Wamba et Mouliom mènent une étude sur les perceptions de la dépigmentation volontaire de la peau chez les lycéennes au Cameroun. Pour eux, la dépigmentation volontaire constitue une pratique courante en Afrique et au Cameroun en particulier. D'après leur étude, ce phénomène présente un danger pour la santé, en termes de risque avéré de développement des maladies dermatologiques. Pourtant, le nombre de personnes qui se livrent aux pratiques de la dépigmentation volontaire de la peau ne cesse d'augmenter dans les villes malgré le fait qu'elles soient parfois informées et sensibilisées. Leur étude se propose de partir des connaissances et des perceptions qui entourent les pratiques de la dépigmentation volontaire de la peau en des stratégies éducatives et de formation pouvant être mise à la disposition des professionnels de la santé et de l'éducation et utilisées comme mesures préventives auprès des jeunes filles scolarisées.

Dans cette étude, ils se sont basés sur une enquête ethnographique faisant appel à des entretiens qualitatifs de groupe, l'étude a concerné 40 filles âgées de 14 à 20 ans recrutées à l'aide de l'échantillonnage par choix raisonné. Il ressort que les filles ont des connaissances mitigées des conséquences de la dépigmentation volontaire de la peau sur la santé et possèdent, par contre, une bonne connaissance de la prévention de celle-ci pouvant donner lieu, par l'intermédiaire d'actions de sensibilisation, par l'éducation, à des actions de prévention pour diminuer voire éradiquer la dépigmentation volontaire de la peau.

2.3. LA SYMBOLISATION

Roussillon considère la symbolisation comme un travail qu'effectue la psyché pour mettre en représentation (en forme) et en sens l'expérience subjective vécue du sujet. Elle permet la production de représentations de chose à partir du représentant psychique de la pulsion et la production de représentation de chose dans l'appareil de langage et des représentations de mot.

L'adolescence étant une période de crise, il comporte une exigence de travail psychique de réorganisation caractérisant le travail de l'adolescence. Des auteurs comme Roman et Dumet présentent l'adolescence comme le temps privilégié du corps en acte ; un temps de renégociation, au lieu du corps, des engagements subjectifs, sur fond de réactualisation des fantasmes meurtriers et incestueux comme le dit Jeammet, (1980) et Gutton, (1991,1996). Ils mettent en évidence la place de l'agir dans le processus de la symbolisation à partir de différentes configurations cliniques de l'agir comme la violence adressée, la violence destructrice, la violence sexuelle, la violence retournée sur le corps de l'adolescent, en forme de restriction ou inversement d'abus alimentaire, d'automutilation et/ ou de mouvement suicidaire en faisant l'hypothèse que ces agir se trouvent nécessairement porteurs d'un sens à décrypter dans le cadre de la spécificité de la mobilisation des processus de symbolisation/ de symbolisation à l'adolescence.

Ils pensent, la remise en question des processus de dégagement instaurés à la fin de la période œdipienne suite au développement de l'adolescence redessine le lien entre le corps et la psyché afin de remettre à niveau l'équilibre psychosomatique du sujet. Ils utilisent comme premier modèle celui de Jeammet, (1980) et Gutton, (1991,1996) proposé sous le concept de « processus adolescent » qui est dominé au plan processuel par la dynamique du couple passivité/activité. Pour ce modèle, l'adolescence est comprise comme un temps de

renégociation, au lieu du corps, des engagements subjectifs, sur fond de réactualisation des fantasmes meurtriers et incestueux. Selon eux, l'investissement de l'agir se propose comme modalité de contrôle défensif face au vécu passif des transformations corporelles et face au risque que comporte le lien au sein de la famille, ils jugent important également d'interroger la fonction, de ces agirs dans le « travail de subjectivation » à l'adolescence (Cahn, 1998) en faisant l'hypothèse que les agirs sont porteurs d'un sens à décrypter dans le cadre de la spécificité de la mobilisation d'un processus de symbolisation/ dé symbolisation à l'adolescence. Différentes configurations des cliniques de l'agir sont évoqués dans leur travail dans le but de comprendre dans quelle mesure ces agirs se soutiennent et/ ou invalident le processus de subjectivation à l'adolescence et comprendre également comment la dynamique dans la logique de Winnicott dans une approche processuelle met l'accent sur la fonction centrale de l'agir dans le travail de la symbolisation.

En s'appuyant sur les travaux de Freud (1923) pour qui « le moi est avant tout un moi-corps », ils disent que l'adolescence peut être considéré comme le temps privilégié des corps en acte, mais peut largement être considéré le corps comme le support de l'expérience subjective, c'est-à-dire comme le point d'ancrage des différentes modalités d'être au monde du sujet. Il s'agit ici, d'envisager de quelle manière le corps en tant que support du double expérience-exigence-pulsionnelle et moteur, se présente comme pivot du processus de subjectivation. Le corps en acte pourrait donc figurer une compréhension de l'inscription du travail de la symbolisation à la charnière de l'intrapsychique et de l'intersubjectif. Deux temps particuliers de la vie psychique sont mis en évidence dans la formulation des corps en acte : le temps de l'adolescence et le temps de la petite enfance.

Le temps de l'adolescence renvoie à la place qu'occupent les agirs à la période du développement pour le sujet et pour le groupe : violences auto-et/ hétéro-agressives, dans le registre de la violence sexuelle ou d'autres formes transgressives, violence de l'automutilation et / ou des mouvements suicidaires, parfois déguisés, masqués, sous des formes diverses de pratiques addictives. Celui de la petite enfance par contre renvoie au rôle que joue la motricité dans la relation d'objet dans la logique de Marty et Fain (1955) et le jeu dans le sillage de Winnicott. Pour Winnicott (1957), l'agir est à comprendre dans le déploiement de la capacité du jeu chez l'enfant. Il parle de « faire » : « pour contrôler ce qui est au dehors, on doit faire des choses, et non seulement penser ou désirer, et faire des choses, cela prend du temps. Jouer, c'est faire ». Cet agir chez l'enfant instaure le contrôle, contribue à la délimitation du dedans et du dehors et soutient la pensée de l'enfant. Marty et Fain (1955) dans le même sillage mettaient

déjà l'accent sur l'existence chez le tout petit d'une « forme pulsionnelle initiale de la motricité dont l'enfant va s'éloigner progressivement, en lien avec un objet de plus en plus intériorisé ».

Pour Winnicott, l'agir à l'adolescence serait trop exclusivement marqué par un destin défensif, voire, par un destin de déliaison en vue d'investir une conception plurivoque de l'agir à l'adolescence ou dans la problématique persistante de l'adolescence chez l'adulte qui comporterait, y compris dans la mise en œuvre de ces logiques de l'extrême qui caractérisent l'adolescence, un versant symbolisant. Pour Roman et Dumet (2009), si la crise pubertaire et l'irruption, voire le déferlement pulsionnel qui l'accompagne, tendent à submerger les processus de symbolisation, les agir adolescents, ou corps en acte de symbolisation des processus, pourraient être considérés comme présentant une structure/ fonction biface : tout à la fois, ils constituent la trace de l'attaque des processus de symbolisation et la marque d'une reprise élaborative, s'inscrivant dans le travail de subjectivation adolescent.

Pour mieux comprendre la place de l'agir dans le processus de symbolisation, leurs analyses s'appuient sur quatre histoires cliniques, dont trois portent sur la problématique de l'adolescence et l'une sur la dominance de signes de l'adolescence dans la période post adolescente.

Ces différents cas permettent de lire l'échec de l'intériorisation des conflits ou l'œuvre d'une compulsion de répétition destructrice. Pourtant leurs différents agissements sont sous tendus par les conflits intrapsychiques de leurs auteurs qu'ils actualisent tout en réfléchissant au sens du miroir. À ce titre, le corps est bien une surface de projection comme le dit Freud (1923), Sami-Ali (1986,1987) et Dumet (2005) ce qui pourrait passer pour une modalité de décharge des conflits semble donc aussi réflexion, c'est-à-dire reflet « retour et renvoi au sujet de ce qu'il a été extériorisé, incarné, inscrit et transcrit dans une réalité matérielle, ici charnelle, avant de pouvoir s'en ressaisir de l'intérieur ». De plus, Freud et M'Uzan avaient déjà signalé que la répétition contenait toujours en puissance les germes de l'élaboration. « La compulsion de symbolisation » comme le qualifie Groddeck (1969) est l'œuvre dans et sous la compulsion de répétition. Les agirs étant considérées comme des formes d'évacuation de ce qui n'est pas représentable psychiquement dans le somatique, il faut reconnaître que les expressions comportementales et corporelles à côté de la mentalisation constituent des formes de résolution des excitations.

Actuellement avec la recrudescence du phénomène de la dépigmentation qui amène à s'interroger sur les raisons d'une telle pratique et les travaux de Roman et Dumet sur des corps

en acte. De symbolisation/symbolisation à l'adolescence nous montre que les agissements (utilisation des boites d'huile qui sont des objets transitionnels) chez ces femmes est une façon pour elles d'évacuer de réduire la tension de l'angoisse qui les déborde , d'évacuer ce qui n'est pas représentable psychiquement dans leur somatique (le désir d'être belle , d'être apprécié, de plaire , de séduire).

PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Dans le présent chapitre, nous aborderons dans un premier temps la question de recherche, et dans un second temps, l'hypothèse générale et les hypothèses de recherche.

3.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE

L'adolescence est une période de passage qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est l'âge où chaque individu doit pouvoir « se soucier de lui-même » (Marcelli & Braconnier, 2008, p.3). À cette période, le sujet développe à son propre égard une connaissance de soi et de ses limites à l'intérieur desquelles la capacité à « prendre soin de soi » est un facteur fondamental de santé, physique et mentale, actuelle et future (Marcelli & Braconnier, 2008). Elle est caractérisée par des transformations physiques ou physiologiques, comportementales, psychologiques ou psychoaffectives et sociales car pendant la puberté il y a des transformations physiques, psychiques, mentales et affectives. Sur le plan physique, elle est marquée par l'acquisition des caractères sexuels secondaires et l'accélération de la croissance staturale ainsi que par la maturation de la fonction sécrétoire gonadique et l'acquisition des fonctions de reproduction. S'agissant des transformations psychiques, nous avons l'autonomie et la différenciation par rapport aux parents. Sur le plan mental, nous avons le développement de la pensée opératoire formelle permettant les nouvelles acquisitions scolaires et en ce qui concerne le plan affectif nous avons, le début des comportements sociaux et sexuels qui intègrent la période de l'adolescence.

Ainsi, ces différences s'expliquent par le niveau de réflexion sur soi, les capacités cognitives et les caractéristiques de la personnalité. Suite à des réflexions, certains auteurs ont mis l'accent sur l'importance de la connaissance du corps propre par le sujet. Le "Corps représenté" est un corps construit suite à un mode de représentation et de perception. C'est aussi le rapport qu'établit le sujet avec son propre corps et qui sera projeté vers l'extérieur pour être perçu. Pendant la puberté, le corps sera en "séisme" et cette représentation sera difficile au début mais pourra se stabiliser vers la fin de l'adolescence. Le "Modèle postural" du corps sera formé avec de grandes difficultés d'où il faudra associer un ensemble de mouvements accomplis pour donner une signification au sujet et par la suite, former une image du corps unifiée à l'achèvement de l'adolescence. Le corps subissant des transformations cruciales tant au niveau de sa forme qu'au niveau de ses fonctions. Il y aura perturbation de l'identité de l'individu qui le lie au monde. Le corps étant le seul repère stable de ce dernier au cours de la puberté celui-ci ou ce corps devient un champ de bataille au regard de son identité qui se construit. Vu les

changements physiologiques avec leur corollaire sur l'image qui doit être redistribuée, l'adolescente est appelée à faire le deuil de son enfance pour pouvoir reconstruire son identité. Cependant, il arrive malheureusement au terme des modifications que l'image du corps peut aboutir soit à une acceptation pour d'aucuns soit à un rejet pour d'autres ou à une représentation négative du corps et des inquiétudes corporelles.

Ces bouleversements corporels de la puberté peuvent produire chez l'adolescente la sensation de chaos psychique car ils remettent en cause l'identité constituée dans l'enfance et stabilisée pendant la période de latence. La majorité des adolescentes peuvent y puiser force de vie, vitalité et volonté de se saisir de la nouvelle vie d'adulte qui s'annonce et entrer dans cette période avec enthousiasme. D'autres plus fragiles, peuvent ressentir inquiétude, anxiété, angoisse et avoir besoin de soutien durant cette période comme dans ce travail. Pour autant, le psychisme ne peut pas se maintenir si certains de ses désirs, ses angoisses ne sont pas étayées. Ceci explique pourquoi les adolescentes qui se dépigmentent seraient en plein vacillement entre leurs investissements narcissiques et objectaux et seraient à la recherche d'une image d'elles-mêmes conforme à leurs idéaux, avec la nécessité impérative de se différencier de ses images parentales fortement dévalorisées. D'où la question de recherche de cette étude : Comment le fait de se dépigmenter interfère dans le processus de transformation du corps et alimente l'angoisse du féminin chez les adolescentes ?

3.2. HYPOTHESES DE L'ETUDE

3.2.1. Hypothèse générale

L'hypothèse de cette étude est une hypothèse de travail. Elle sert de fil conducteur. L'objectif n'est pas de la vérifier ou de la valider mais de l'éprouver. Sa formulation s'est faite à partir du cadre théorique de cette étude, à savoir les théories sur l'angoisse selon les points de vue de Freud et Klein (1952) sur l'angoisse et la culpabilité ; la notion du corps avec Freud et les postfreudiens sur les concepts de schéma corporel et image du corps, avec Anzieu (1975) sur le concept de moi-peau et la fonction de pare excitation, et Roman (2009) sur la notion de symbolisation/ dé symbolisation.

3.2.1.1. Variables de l'hypothèse générale

Afin de réaliser le travail sur le terrain, nous avons procédé à l'identification opérationnelle des variables indépendante et dépendante de notre hypothèse générale. Ainsi,

nous avons retenu comme variable indépendante (VI), image du corps et comme variable dépendante (VD) angoisse du féminin,

3.2.1.1.1. Variables de l'étude

VI : Image du corps

Modalité 1 : corps sédimenté

Indicateur 1 : contenus refoulés

Indices : Paroles, gestes, mimiques, oubli, actes manqués, lapsus, entêtement

Modalité 2 : corps de désir

Indicateur 2 : corps biologique ou peau et corps social

Indices : Teint clair, parfait, beau, compliments, rejets

Modalité 3 : corps imaginaire

Indicateur 3 : fantasmes, scénarios, imaginaires, envie d'être belle, d'être apprécié

Indices : Prendre soin de son corps, identification, amis proches, utilisation des produits cosmétiques

VD : Angoisse du féminin

Modalité 1 : angoisse de perte d'amour de l'objet

Indicateur 1 : choc, déni, tristesse

Indices : peur de ne plus avoir le même produit, inquiétude de ne plus jamais retrouvé le produit, fuite avec le regard, rumination des propos

Modalité 2 : angoisse de destruction des objets internes

Indicateur 2 : identification projective, projection, rejet

Indices : crainte de perdre l'objet interne, l'espoir d'un minimum de contrôle sur les objets externes.

Modalité 3 : Angoisse de crainte d'envahissement

Indicateur 3 : refoulement, attitudes oppositionnelles

Indices : crainte d'être envahi par l'objet

Tableau 1 : Récapitulatif des variables, modalités et indicateurs

Variables	Modalités	Indicateurs	Indices
VI : Image du corps	VI1- corps sédimenté	-contenus refoulés	Paroles, gestes, mimiques, oubli, actes manqués, lapsus, entêtement
	VI2- corps de désir	-corps biologique (peau) -corps social	-Teint clair/parfait, beau, Les dires des autres (compliments, rejets)
	VI3- corps imaginaire	-fantasmes, scénarios imaginaires -Envie d'être belle - Envie d'être apprécié par l'autre -Envie d'être apprécié par soi-même - Envie de séduire l'autre -Envie d'appartenance	-Prendre soin de son corps -Identification -Amies proches -Utilisation des produits cosmétiques
VD : Angoisse du féminin (Freud)	VD1- Angoisse de perte d'amour de l'objet	-Choc -Déni -Tristesse	-peur de ne plus avoir le même produit -inquiétude de ne plus jamais retrouvé le produit -mal à l'aise -fuite avec le regard -ruminant des propos
	VD2- Angoisse de destruction des objets internes	-Identification projective -Projection -Rejet	-crainte de perdre l'objet interne -l'espoir d'un minimum de contrôle sur les objets externes
	VD3- Angoisse de crainte d'envahissement	-Refoulement -Attitudes oppositionnelles	Crainte d'être envahi par l'objet

3.2.2. Hypothèses spécifiques

HS1 : Le corps sédimenté alimente l'angoisse de perte d'objet d'amour chez les adolescentes qui se dépigmentent.

HS2 : Le corps de désir potentialise l'angoisse de destruction des objets internes chez les adolescentes qui se dépigmentent.

HS3 : Le corps imaginaire alimente l'angoisse de crainte d'envahissement chez les adolescentes qui se dépigmentent.

3.3. RAPPEL DE L'OBJECTIF GENERAL

3.3.1. Objectif général

L'objectif de notre étude est d'appréhender comment le fait pour un sujet de se dépigmenter interfère dans le processus de transformation du corps et potentialise l'angoisse du féminin chez les adolescentes camerounaises.

3.3.2. Objectifs spécifiques

Il s'agit ici :

-d'appréhender en quoi le corps sédimenté potentialise l'angoisse de perte d'objet d'amour

- de saisir comment le corps sédimenté potentialise l'angoisse de perte d'objet d'amour.

-comprendre comment le corps imaginaire intensifie l'angoisse de crainte d'envahissement.

3.4. TYPE DE RECHERCHE

Notre recherche, qui s'appuie sur un paradigme compréhensif, est de type qualitatif. Évidemment, nous cherchons dans cette étude à appréhender comment le fait pour un sujet de se dépigmenter interfère dans le processus de transformation du corps et potentialise l'angoisse du féminin chez les adolescentes camerounaises.

3.4.1. Méthode de recherche : méthode clinique

Étymologiquement, le terme clinique vient du latin « klinè » ou du grec « klinikos », signifiant « lit ». La méthode clinique se comprend en ce sens comme une approche thérapeutique qui se fait au chevet du lit du malade. Elle vise « la compréhension de la maladie mentale du point de vue du vécu du malade et non celui de la maladie. » (Tsala Tsala, 2006, p. 137). À travers cette méthode, le malade est au centre de l'approche clinique à travers son vécu de la maladie. La méthode clinique, vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir une masse importante d'informations et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Ici, une importance particulière est accordée au discours subjectif de la maladie. Ainsi, la psychologie clinique place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas désobjectiver ou nier la subjectivité inhérente à la situation. La compréhension du discours des personnes en souffrance s'est enrichie tout au long de l'histoire des savoirs médicaux, philosophiques et psychanalytiques. Au regard de ce qui précède sur la spécificité de la méthode clinique, nous pouvons donc noter en partant dans le sens de Tsala Tsala (2006) que la méthode clinique est celle qui considère l'individu concret dans sa situation actuelle, par rapport à son histoire personnelle ; elle vise à le comprendre et le décrire sans le référer à d'autres individus. Elle a également une visée thérapeutique : ce qui veut dire qu'elle soigne avec ses moyens, différents de celles de la médecine (Tsala Tsala, 2006). Bien que l'objet de la méthode clinique soit l'être humain, il n'est pas seulement un simple objet d'observation mais c'est un sujet car celui qui donne sens à son vécu dans une situation donnée. Pris dans ce sens, la méthode clinique est le recueil de faits par observation, entretien, échelles, tests et analyse des productions du sujet et vise à comprendre la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation (Pédinielli, 1999). Elle repose toujours sur un système de référence à l'instar de la psychanalyse, le cognitivisme, la phénoménologie et bien d'autres. Également, elle fixe des règles rigoureuses ainsi que des étapes fondamentales. Dans ce sens, trois éléments fondamentaux à observer dans une démarche clinique ont été définis par Tsala Tsala (2006). Il s'agit de :

➤ **L'espace ou le cadre de la rencontre** : il doit être neutre et clairement déterminé et organisé, dépourvu des éléments habituels de la vie quotidienne du sujet et ceux pouvant actualiser chez lui des souvenirs plus ou moins traumatisants.

➤ **Le temps** : il est indispensable dans la méthode clinique, il se présente comme une condition sine qua non de l'écoute. L'observation du temps de rendez-vous est toujours

significative pour le patient. La durée de séances est définie à l'avance pour limiter les bavardages inutiles.

➤ **La mise en scène** : elle concerne les rituels d'entrée et de sortie et aussi les honoraires. En effet, le choix de cette méthode dans cette étude est dû au fait qu'elle est une démarche qui se définit avant tout par une prise en compte de la singularité et de la totalité de la situation. Effectivement dans cette recherche, nous envisageons élucider la singularité des sujets qui se dépigmentent, comment le processus de transformation du corps potentialise leur angoisse. Aussi, nous voulons appréhender ce processus dans sa globalité et la méthode clinique est la méthode par excellence pour ce cas, car elle insiste au sens de Hatchuel (2005) sur « la diversité et non sur la régularité. » (Hatchuel, 2005, p. 5). Nous nous efforçons donc tout au long de cette recherche, à comprendre la situation de chaque participant à l'étude de façon globale en tenant compte de ses multiples dimensions individuelles à travers ses expériences. C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour une étude de cas qui est la modalité fondamentale utilisée par la méthode clinique.

3.4.1.1. L'étude de cas

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, comportements ou les événements ; enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel (Hersen & Barlow, 1976 ; Woodside & Wilson, 2003). Ainsi, ses grandes forces sont bien sûr de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte, d'offrir la possibilité de développer des paramètres historiques, d'assurer une forte validité interne, c'est-à-dire que les phénomènes relevés sont des représentations l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation (Woodside & Wilson, 2003). La combinaison de ces quatre finalités est aussi possible. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment (Eisenhardt, 1989 ; Kidder, 1982) ; l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses ; la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les authentiques de la réalité étudiée. Bref, c'est une méthode adaptable tant au contexte qu'aux caractéristiques du chercheur.

L'étude de cas comme méthode de recherche comporte aussi des faiblesses dont il faut toujours être conscient quand on l'utilise. D'abord, elle est onéreuse en temps et pour le chercheur et pour les sujets. Ensuite, la validité externe de ses résultats pose problème, une étude de cas pouvant difficilement être reproduite par un autre chercheur. Finalement, elle

présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats qu'elle permet d'obtenir. En effet, il est peu probable que des études comparables soient menées pour généraliser la théorie qu'une étude de cas a permis d'induire ou pour rendre ses résultats applicables à toute une population (Lecompte & Goetz, 1982 ; Lucas, 1974 ; McMillan & Schumacher, 1984 ; Whyte, 1963 ; Worthman & Roberts, 1982).

Par ailleurs, une autre raison d'avoir choisi l'étude de cas dans cette recherche est qu'elle permet de rendre compte des jeux de facteurs en présence, notamment chez les adolescentes déscolarisées qui ont une mauvaise représentation de leur corps et qui développent des stratégies pour atténuer l'angoisse qui les habite en vue de remédier à la situation. Aussi, elle est mieux indiquée pour appréhender la complexité de la montée inlassable, perpétuelle de l'angoisse chez ces adolescentes déscolarisées qui se dépigmentent, ainsi que sa richesse.

3.5. SITE DE L'ETUDE

La clinique Bastos est une structure située dans l'arrondissement de Yaoundé 1^{er} pas loin de la total Nlongkack face au lycée de Nkol-Eton. Cette structure est construite à deux niveaux avec deux entrées bien distinctes. Elle est peinte en rose gris et le portail est de couleur chocolat. C'est une clinique médicale moderne avec la meilleure équipe de généralistes et spécialistes. Elle dispose d'un plateau technique sophistiqué. Aussi, elle a un laboratoire bien équipé pour les tests, la radio et l'échographie, l'ECG. Elle est opérationnelle 24h/24 et dispose d'un générateur de secours. Au sein de cette structure, nous avons une grande salle d'attente avec une secrétaire, une salle d'attente pour les infirmiers de grandes chambres modernes propres et climatisés, des bureaux climatisés, des toilettes modernes propres, des télévisions dans les chambres d'hospitalisations, des lits sophistiqués également pour les malades, les gardes malades et les infirmiers. On y retrouve des vérandas, balcons des petites terrasses pour se détendre prendre de l'air. Au niveau des bureaux, il y a des sièges adaptés pour mettre les clients à l'aise.

Par ailleurs, cette clinique offre plusieurs services de manière générale et spécifiques :

De manière générale, ils accueillent des personnes en urgences 24h/24, les consultations de médecine générale se passent tous les jours ; la chirurgie générale la médecine dentaire, l'imagerie qui se fait 24h/24, le laboratoire d'analyse médicale 24h/24, l'hospitalisation 24h/24 et kinésithérapie.

Précisément, nous avons des services spécialisés en imagerie comme la radiographie, l'échographie. La médecine spécialisée se faisant sur rendez-vous on retrouve des services spécialisés de :

- | | | |
|----------------|---------------------------|--------------------------|
| -Psychiatrie | -Orthopédie | -Gynécologie obstétrique |
| -Cardiologie | -Ophtalmologie | -Rhumatologie |
| -Pneumologie | -Neurologie | -Hématologie |
| -ORL | -Hépto-gastro-entérologie | -Endocrinologie |
| -Traumatologie | -Pédiatrie | -Dermatologie |
- Médecine du sport

3.5.1. Activités menées dans la structure

Dans la clinique Bastos, on retrouve des activités comme :

- Les prélèvements
 - Sang
 - Selles
 - Urines
 - Peau
 - Génitaux
- Les examens de routine
 - Hématologie
 - Biochimie
 - Bactériologie
 - Parasitologie
 - Immunologie
 - Hormonologie
 - Virologie
 - Sérologie
 - Mycologie
- Les examens spécialisés

- Radiographie
- Échographie couleur Doppler
- Échographie
- ECG
- Mammographie
- Colposcopie Digital
- Cytologie
- CD4 /CD8
- Sémiologie
- Marqueur tumoraux

3.6. POPULATION DE L'ETUDE

La population de cette étude est constituée des adolescentes qui sont venues en consultation à la clinique Bastos Yaoundé. Ces adolescentes s'y retrouvent à cause des maladies de la peau ou présentant des problèmes en lien avec leur peau. Notre choix porte sur celles présentant un échec de dépigmentation parce que les fonctions physiques, intellectuelles et psychiques ne sont pas encore stabilisées elles ne se stabilisent qu'à l'âge adulte. À cette période (adolescence) se poursuit d'une part, le développement pubertaire et d'autres part les taches développementales surtout celles liées au corps bref la construction du sujet, du sujet du groupe et de celui plus large du lien. Ainsi, le psychisme de l'adolescente est spécifique du fait des difficultés du sujet qui a fait le djansan à accepter son corps à la base, se reconnaître, et assumer son identité. En plus, l'hypothèse sur laquelle nous travaillons rime bien avec la population de cette temporalité développementale. L'adolescence est en psychologie une période cruciale tant sur le plan physique, psychologique que social, elle est comme le temps privilégié des expressions corporelles. La remise en question des processus de dégagement instaurée à la fin de la période œdipienne, redessine chez le sujet le lien entre le corps et la psyché et remettent en construction l'équilibre psychosomatique. Ainsi, les remaniements psychiques qui s'opèrent à cette période peuvent donc avoir un retentissement important dans la réorganisation et le fonctionnement psychologique de l'adolescent. Tout notre intérêt s'est trouvé justifié pour l'examen de ces adolescentes dans une situation particulière, celle de la réintégration dans son groupe (familial, simultanément social).

3.6.1. Recrutement des participants

Après avoir été accepté à la clinique Bastos, nous avons été mis en contact avec la dermatologue de cette clinique qui nous a permis à travers son expérience dans le domaine de la peau d'entrer en contact avec cette population.

Pour Deslauriers (1991), la technique d'échantillonnage en recherche qualitative se démarque des autres recherches à cause de sa vigueur. Il précise à cet effet que la méthode d'échantillonnage qui sied à la recherche qualitative est l'échantillonnage non probabiliste car elle cherche à « reproduire le plus fidèlement possible la population globale en tenant compte des caractéristiques connues de cette dernière ». Dans le cadre de notre étude, nous avons optés pour l'échantillonnage raisonné ou par choix raisonné reposant sur une sélection de participants selon des critères d'inclusion et d'exclusion précis. Il représente la méthode de choix pour l'étude de cas. En effet, l'échantillon raisonné permet le recrutement de participants pertinents au phénomène à l'étude, à partir desquels il sera possible d'en avoir une compréhension plus approfondie (Creswell et al., 2007 ; Fortin et al., 2006 ; Stake, 1995).

3.6.2. Caractéristiques des participants

Pour des raisons d'anonymat, des noms attribués aux participants afin de garder leur identité secrète.

Participants	Yep	Cathy	Eve
Age	17	20	20
Genre	Féminin	Féminin	Féminin
Niveau de scolarité	Terminale A	Seconde G	Quatrième
Rang dans la fratrie	3 /4	3/3	4/5
Région d'origine	Ouest	Centre	Nord
Ethnie	Bangou	Bassa'a	Tikar
Religion	Catholique	Catholique	Protestante

Type de famille	Monogamie	Monogamie	Polygamie
-----------------	-----------	-----------	-----------

3.6.3. Critères de selection des participants

Dans le cadre de cette recherche, la population est constituée des adolescentes présentant un échec de dépigmentation rencontrées à la clinique Bastos. Cependant, toutes ces personnes ne sauraient prendre part à l'étude car prendre part implique une prise en compte de certaines conditions. Dans cette disposition, il semble important de définir les critères dits de sélection à savoir : les critères d'inclusion et les critères d'exclusion.

3.6.3.1. Critères d'inclusion

Sont concernées par cette étude :

- Toute personne de sexe féminin, sans distinction d'obédience religieuse, de groupe ethnique ;
- Toute adolescente âgée entre 11 à 21 ans ;
- Toute adolescente présentant un échec de dépigmentation ;
- Toute adolescente disposée à participer ;
- Toute adolescente ayant donné son consentement libre et éclairé.

3.6.3.2. Critères d'exclusion

Sont exclues dans cette étude :

- Les personnes ayant un problème de peau comme le vitiligo ;
- Certaines personnes remplissant les critères d'inclusion mais n'ayant pas accepté que l'on enregistre leur verbatim lors de la collecte des données n'ont pas été retenues ;
- Nous avons également exclu les adolescentes ne pouvant pas fournir des verbatim riche et cohérent c'est-à-dire ceux qui présentent les difficultés à s'exprimer en français.

3.7. LE TEST PROJECTIF

3.7.1. Le concept de projection

Le concept de projection est un mot polysémique. Il n'a de sens que dans le contexte là où, il est étudié. Nous rappelons ces différents contextes parce qu'on les retrouve dans l'analyse de la projection en psychologie.

Au sens étymologique, la projection vient du latin *projectare*, qui signifie projeter devant soi, procéder à un jet ou à un rejet, jeter un projectile (sens militaire). Par analogie, Freud (1895) a repris ce premier sens : la projection désigne une action psychologique qui consiste à expulser hors de la conscience les sentiments ou des affects répréhensibles pour les attribuer à autrui. Ainsi, les tests projectifs favorisent la décharge, la projection sur le matériel de tout ce que le sujet refuse de lui-même : ce qu'il ressent comme mauvais, négatif, ses points faibles, etc.

Au sens mathématique, la projection fait correspondre un point d'un objet A à un point A' sur une surface. Il y a donc conservation des propriétés de l'objet dans cette projection. Par analogie, les réponses des sujets tout comme ses réponses dans une épreuve projective sont la reproduction, la projection fidèle de cet ensemble qu'est la structure de la personnalité. L'ensemble de la personnalité se projette ainsi sur un ensemble de réponses.

Au sens physique ou optique, la projection a le sens de projeter sur un écran c'est-à-dire, l'ombre d'un objet est projeté sur un écran, relevé par agrandissement. Par analogie, le test est un révélateur, il fait le grossissement. Il s'agit d'un dévoilement, d'une mise en lumière.

Au sens psychologique, la projection est la déduction à un matériel vague, flou ou abstrait des sentiments méconnus du sujet. C'est le fait de situer dans le monde extérieur des sentiments, des pensées sans les identifier comme tels et de leur prêter une existence objective. C'est Freud, vers 1896, année où il utilise sa méthode d'investigation du fonctionnement psychique, il découvre la psychanalyse lorsqu'il s'intéresse à l'hystérie et y découvre le refoulement et le transfert qui sont deux mouvements typiques de la projection. C'est dans ce contexte qu'il découvre le mécanisme de projection sur autrui et explique les mécanismes de la paranoïa : « le sujet refoule ses désirs répréhensibles ; il devient méfiant face aux autres et projette sur les autres ses propres sentiments. » Ainsi, la projection est l'opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans les autres personnes ou des choses, certaines des qualités, des sentiments, des désirs ou des craintes qu'il méconnaît ou refuse en lui. Ce que le sujet a expulsé à l'extérieur est « retrouvé » par lui dans le monde. D'un côté, il ne s'agit pas seulement d'une simple expulsion mais d'une méconnaissance et donc d'un déplacement. Dans ce sens, la notion de projection est très souvent opposée à celle d'introjection. Et de l'autre, il s'agit là d'une défense très archaïque, qui consiste à chercher (et à trouver) à l'extérieur l'origine d'un déplaisir. Ayant repéré ce mécanisme dans l'analyse des cas pathologiques, Freud (1895) insiste à plusieurs reprises sur sa présence dans les modes de penser normaux, comme la superstition, l'animisme, la mythologie et les « conceptions de l'univers » : la difficulté à accepter ce qui est projeté me

concerne pour rendre compte du jeu des représentations et d'élaboration conscientes du sujet. Laplanche et Pontalis (1967), établissant les diverses acceptions du concept de projection, notent que celle-ci désigne, dans le sens le plus courant, l'opération par laquelle certains objets sont jetés en avant : ils sont déplacés à l'extérieur, passant du centre à la périphérie, ou du sujet vers le monde environnant. Le sujet attribue et retrouve dans les autres les traits qui lui sont propres et, de ce fait, ne perçoit du monde et de ses objets que ce qu'il en a lui-même défini et construit. Ainsi, ce processus suppose qu'il existe chez le sujet une différence entre ce qui est interne et ce qui est externe, une « bipartition au sein de la personne et un rejet sur l'autre de la partie de soi qui est refusée » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 350). Dans la projection le sujet établit une découpe dans l'univers de telle sorte que ce qui est intolérable trouve sa place et sa cause dans le monde extérieur. Dans ce travail nous avons fait usage d'un outil de collecte de données : le test de Rorschach. Ce choix se justifie par le fait que la perspective théorique qui sous-tend ce travail est résolument centrée sur les concepts psychanalytiques (image du corps, narcissisme, identifications, angoisse, affects dépressifs, etc.) dont la saisie n'est pas toujours aisée, traités souvent à tort ou à raison de subjectifs, mais dont l'analyse est révélatrice de la dynamique du sujet. Cet instrument remplit un double objectif, celui de la perception du corps comme corporéité corporelle et par ricochet, comme corporéité sociale.

3.7.2. Le Rorschach

Dans ce travail, nous donnerons une présentation générale du Rorschach et nous tenterons par la suite de donner son implication dans l'étude dans le but de cadrer la justification de son usage. Sa présentation formelle, sa passation, ses caractéristiques légitiment souvent, hélas, la crainte de son utilisation.

- Définition du Rorschach

Habituellement, le Rorschach est défini comme un test en psychologie sans faire trop référence à la triple orientation méthodologique à laquelle il renvoie. Il s'agit en même temps d'une méthode projective, d'une méthode d'évaluation et d'une méthode d'investigation de la personnalité fut-elle normale ou pathologique.

D'abord comme méthode projective, et loin d'un simple test psychologique, le Rorschach est un test qu'il faut toujours situer dans la situation rorschach elle-même. C'est-à-dire, une situation dans laquelle le sujet et le clinicien sont tous deux interpellés. Si le sujet est confronté à un matériel ambigu qu'il doit tenter de traduire en mots, c'est que le clinicien avec sa subjectivité bienveillante doit tenter de saisir l'état psychique du sujet et ses particularités

personnelles qui transparaissent dans le processus de réponses (Anzieu & Chabert, 2005 ; Castro, 2011 ; Weiner, 2003). En termes projectifs, on dit que le clinicien doit comprendre l'ensemble de la personnalité du sujet qui se projette dans l'ensemble de ses réponses.

D'après Baudin (2007, p. 33) de part et d'autre, et même si la relation est dissymétrique, le cheminement suit la même trace parallèle :

Si le sujet en passation est confronté à l'énigme du matériel qu'il va devoir tenter de traduire avec ses comportements et ses mots, le clinicien de son côté est confronté à l'énigme de l'autre, qu'il va lui aussi devoir tenter de traduire en codes et en mots. Chacun est sollicité dans ses capacités de traducteur de messages qui ne sont pas que des informations, au sens strictement cognitif et rationnel du terme : des éléments fantasmatiques infiltrent ces messages que chacun reçoit. C'est pour cela que seul un psychologue clinicien familiarisé avec son propre fonctionnement psychique, préconscient et inconscient peut saisir au plus près ses propres attentes implicites, réévaluer ses modes d'interprétation, réexaminer sans complaisance ses hypothèses diagnostiques.

Ensuite comme méthode d'évaluation de la personnalité, le Rorschach en est un par excellence. Il convoque dans son analyse en même temps des aspects qualitatifs et des aspects quantitatifs qui permettent non seulement de classer les individus par rapport à un étalon de référence, mais aussi d'identifier réellement l'existence d'un phénomène chez un individu. Cette richesse le place symétriquement par rapport à tout chercheur qui aimerait l'utiliser à partir de son point de vue théorique et de sa formation. Ce qui lui vaut, à juste titre, son appellation de test a-théorique. Actuellement, le Rorschach connaît deux orientations. Une cognitive issue de l'École Américaine d'inspiration exnérienne. L'autre psychanalytique de l'École Française de Rauch de Traubenberg, 1976 ; Chabert, 1999 ; Castro, 2011 ; etc. La psychanalyse étant la théorie de référence de ce travail, nous optons pour cette dernière orientation qui cadre bien avec les objectifs que nous voulons atteindre.

Enfin comme méthode d'investigation, le Rorschach tend toujours à résoudre un problème. Celui d'appréhender, de décrire une personne dans ses caractéristiques de stabilité, d'évolution et de dynamisme. Cet objectif, et nous dirons même plus ce besoin, que nous avons de décrire le sujet devenu déficient moteur, d'avoir une idée précise de comment il peut se comporter dans une situation ou dans une autre pouvant être comblé dans le Rorschach. Ce choix suppose de pratiquer une psychologie qui saisit le sujet en relation, en faisant prévaloir la question du sens chez le sujet. Il nous amène à privilégier l'individuel au détriment du

différentiel en nous centrant sur l'individu et oubliant de le comparer à l'autre. Or nous sommes pris là dans une dialectique presque paradoxale de l'homme avec et de l'homme sans. Il semble en effet que le psychologue clinicien projectiviste doit évidemment jouer sur les deux tableaux comme semble le confirmer ces propos de Baudin (2007, p. 39).

Pour tout futur psychologue qui s'intéresse à la psychopathologie, terminer ses études de psychologie en ayant saisi ce concept de polysémie du symptôme ou d'un comportement représente un atout majeur qui lui permettra d'aborder le normal et le pathologique du point de vue de l'expression d'une problématique et d'un conflit, axés sur le sens de la « réalité » du sujet et non pas de l'aborder comme une simple déviation par rapport à la norme.

Dans sa définition, le Rorschach apparaît comme un instrument complexe. Une complexité légitime parce qu'il est selon Chabert (1997, p. 38) un test pré-figuratif, étant marqué au niveau manifeste par une double dimension à la fois structurale et sensorielle. La dimension structurale est indiquée par la construction formelle des planches et la dimension sensorielle par les couleurs renvoyant le sujet à une dimension plus affective.

-Présentation du Rorschach

Ce test comporte dix planches renvoyant à différentes problématiques centrées sur la dimension narcissique d'une part, et relationnelle, d'autre part. Au niveau latent, le test de Rorschach permet de par son ambiguïté perceptive, de faire émerger le travail projectif associé à des représentations (Chabert, 2013, p. 50).

- Les étapes de la passation du Rorschach

Conformément aux moments de passation du test de Rorschach, nous avons procédé comme tel dans ce travail. Mais avant d'aborder ces différentes étapes, nous avons procédé à trois entretiens préalables, à visé pédagogique ou méthodologique. En effet, ces entretiens nous ont permis d'une part, d'établir le consentement, collaboration, négociation des sujets dans le but de définir un cadre (lieu et jour de rencontre, horaire, tenue, usage du téléphone ...). Bref, pour amener le sujet à se rendre disponible et coopérant. Et d'autre part, de répondre aux multiples questions de curiosité qui traversent l'esprit des participants. Ils se posent beaucoup de questions, « s'agit-il d'un test d'évaluation ou d'aptitude ? », « après le test, s'avoir ce qu'il fallait donner comme réponse ? », autant de questions qui nous ont permis en réalité d'établir la communication et la familiarisation avec le matérielle. La passation a connu quatre grands

moments : la consigne, les illusions de récurrences, les temps de passation proprement dits et l'entretien de restitution.

Au niveau de la consigne, nous nous sommes appuyés de façon générale sur celle proposée par les tenants (Anzieu & Chabert, 1961, p. 57) d'une approche psychanalytique du Rorschach. Nous invitons donc les sujets à dire « tout ce qu'ils pourraient voir dans ces planches ». Et en particulier, sur celle retenue le plus souvent dans le cadre de la clinique de l'enfant et de l'adolescent, très directement inspirée de l'ouvrage de princeps de Rorschach (1921) et reprise par Rausch de Traubenberg (1970) :

Je vais te montrer dix cartes, les unes après les autres, et je vais te demander de dire, pour chacune d'elle, qu'est-ce que cela pourrait être. Ou alors, voici dix planches, dites (moi) tout ce à quoi cela peut vous faire penser (cité par Roman, 2009, p. 47).

Mais, Il fallait aussi rassurer au sujet qu'il pouvait dire tout ce qu'il pouvait sans crainte ou sans retenu parce qu'il n'y a ni de bonnes ni de mauvaises réponses.

Les illusions de récurrence consistaient à veiller sur le fait que le sujet n'hésite pas tout de suite à parcourir toutes les planches et à vouloir donner la même réponse. Pour ainsi faire vite, et penser avoir satisfait le chercheur.

Puis sont venus les temps de passation proprement dits. Au départ de la situation Rorschach, le clinicien peut être interpellé par le sujet. Notamment en ce qui concerne le retournement ou non de la planche, les hésitations et le maintien de la relation avec le sujet que Winnicott appelle le playing (Baudin, 2006). Nous avons donc procédé à la passation spontanée planche après planche, jusqu'à la dixième, à l'enquête qui consiste à donner la justification de la réponse à l'épreuve précédente en reformulant la consigne pour rechercher le pourquoi, et nous sommes passé à l'épreuve de choix dans laquelle le sujet est invité à choisir parmi toutes les planches deux qu'il aime et deux autres qu'il aime moins en donnant les justifications y afférentes.

Enfin, l'entretien bilan ou de restitution est venu clore cette passation. Mentionnons ici qu'il s'agit d'un test passé dans le but d'une recherche et donc cette restitution n'a pas été faite aux sujets ou comme à la demande d'une expertise médico légale, mais dans le cadre d'une

analyse des données aux visées diagnostique et clinique devant aboutir, peut-être pas nécessairement, à la formulation des hypothèses en psychopathologie.

Notre choix, une fois de plus, dans cette étude pour le test de Rorschach est qu'en tant qu'instrument projectif, il constitue une technique fondée sur la projection. Il vise donc par conséquent une investigation globale et dynamique de la personnalité. La personnalité ici doit toujours être prise, pour ne pas être mal analysée, comme une gestalt jamais finie et

Permanemment en évolution. Ses composantes sont en perpétuelle interaction et forment une structure de la personnalité dont la saisie s'impose pour le clinicien. Celui-ci s'intéresse aux frontières du Moi, à l'image du corps, au narcissisme, aux identifications ; repère le niveau d'angoisse, les affects dépressifs, etc. Une fois ce travail effectué, nous procéderons aux techniques d'analyse des données recueillies.

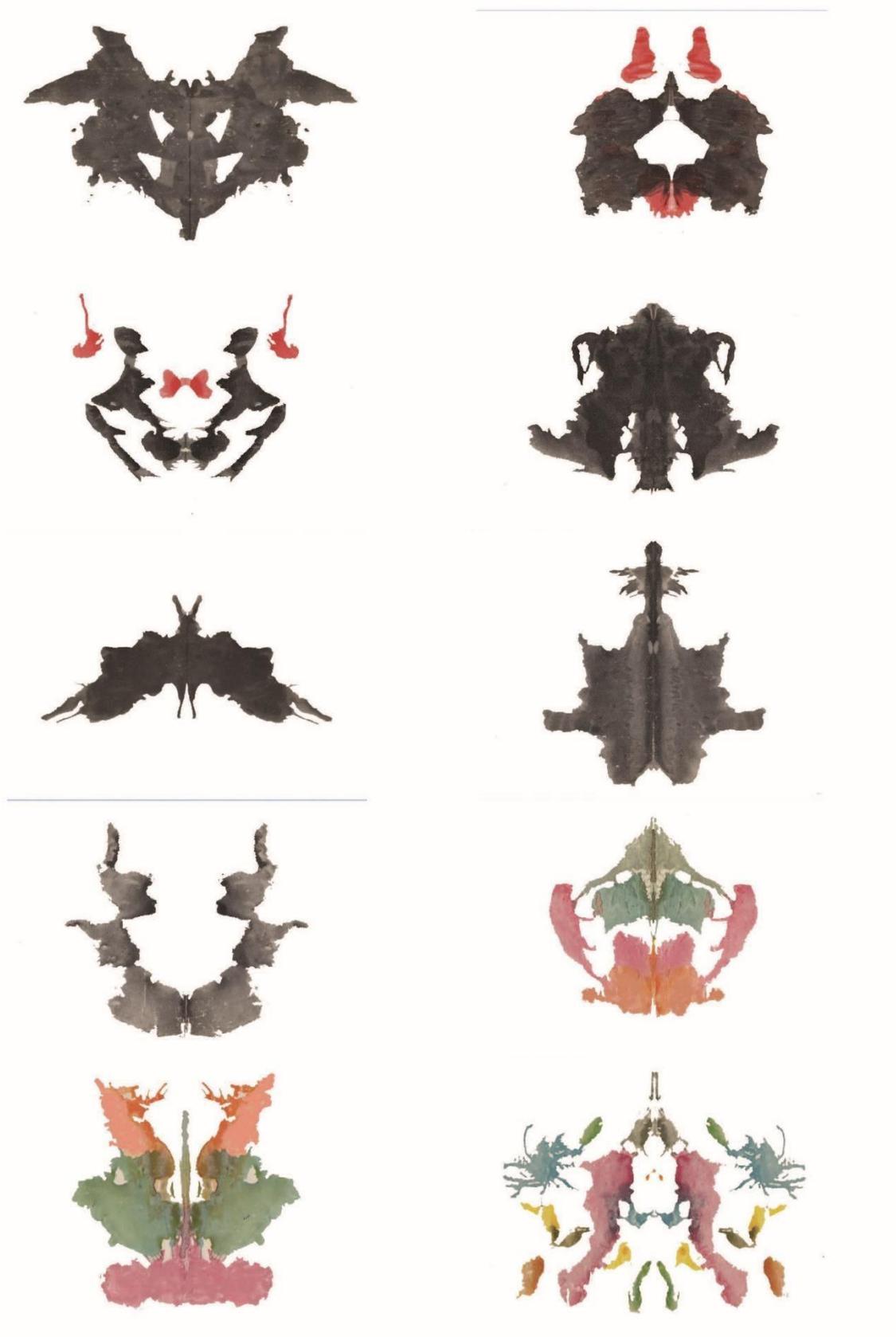


Figure 1 : les planches du Rorschach

3.8. TECHNIQUES D'ANALYSE DES RESULTATS

Comme technique d'analyse des données recueillies par le Rorschach e de contenu généralement utilisée en psychologie clinique, surtout lorsqu'il est question d'étude de cas.

3.8.1. L'analyse des cotations au Rorschach

L'analyse quantitative des cotations au Rorschach s'intéresse au psychogramme. C'est le résumé des données rorschach issus de la cotation. Il s'agit donc d'une grille sur laquelle figure uniquement des chiffres et des formules. Le psychogramme est, au sens géométrique, le résultat de la projection (Baudin, 2007 ; Chabert, 2005, Rauch de Traubenberg, 1992). La géométrie projective dans l'espace fait correspondre par projection un point d'un objet à un point sur une surface, sur différent plans. Il y a donc ici conservation des propriétés de l'objet dans cette projection. De ce point de vue, les réponses du sujet au Rorschach sont la reproduction fidèle de l'ensemble de sa personne donc de la structure. La grille de lecture analytique dont nous allons faire usage est celle que propose l'École Française (EF) de Chabert qui est notre cadre de référence. Cette grille est présentée en annexe. De manière générale, la grille d'analyse de données Rorschach (Chabert, 2005) a pris en compte les éléments métapsychologiques d'analyse suivants :

D'abord l'organisation des instances psychiques au niveau topique. Il fallait rechercher la qualité des interactions entre les instances. Ensuite, rechercher le niveau d'angoisse. S'agit-il d'une angoisse de castration, de morcellement ou d'abandon comme c'est le cas dans les états limites. De décrire le système de défense du sujet en rapport avec le mode de fonctionnement qui peut obéir soit à la décharge, soit au contrôle de la décharge pulsionnelle. Enfin, Il faudra aussi rechercher le niveau de la relation objectale qui peut être soit fusionnelle, transitionnelle ou tout simplement objectale. En procédant de la sorte, nous serons à mesure de retrouver des caractéristiques qui éclairent le fonctionnement de la personne présentant une déficience motrice acquise en nous intéressant à ses enveloppes psychiques, corporelles et narcissiques, à ses identifications pour aboutir in fine à l'orientation de sa prise en charge.

3.8.2. L'analyse de contenu des relevés psychiques

Cette méthode d'analyse est fondée sur la recherche de la signification psychologique. Elle consiste à donner une explication psychologique, significative et scientifique à chaque contenu des données recueillies. En effet, elle permet d'avoir une approche qualitative approfondie de toutes les informations produites. Celles-ci possèdent des contenus manifestes

et latents qui doivent être dégagés par l'investigation psychologique, et, qui seront développés au paragraphe relatif aux analyses et interprétations des données.

À en croire Laplanche et Pontalis (1967, p. 208), « l'interprétation met à jour les modalités du conflit défensif et vise en dernier ressort le désir qui se formule dans toute production de l'inconscient ». L'usage d'une approche qualitative d'analyse des données est de mise, compte tenu de la singularité, des spécificités et des exigences de notre méthode de recherche et de la population d'étude. Il s'agit, comme nous l'avons précisé, d'une étude de cas fondée par la recherche de la réalité individuelle, totale et concrète. Nous ne voulons pas étudier nos sujets au cas par cas de façon à établir des catégories différentielles, mais réaliser une étude clinique en identifiant des caractéristiques communes générales des sujets en situation du handicap qui témoignent de leur structuration et de leurs fonctionnements psychiques afin de décrire leur vécu et, éventuellement, envisager la possibilité d'un change : La grille d'analyse : la conception psychanalytique

Pour analyser nos données, nous nous sommes basés sur la conception psychanalytique. Nous avons essayé de les comprendre sous cet angle seulement étant donné l'orientation théorique pour laquelle nous avons opté et la nature de l'objet sur lequel nous travaillons. La psychanalyse n'est pas morte, il suffit d'en faire un usage résolument contemporain, les concepts d'un domaine, lorsqu'ils ne sont pas utilisés à l'intérieur de celui-ci perdent leur sens originel, en les restituant dans leur contexte, ils reprennent tout leur sens et leur significativité. Nous nous inscrivons dans une perspective purement psychodynamique qui se situe en dehors de la cure psychanalytique type ou de la psychothérapie psychanalytique.

La conception psychanalytique est la manière dont les psychanalystes et Freud en particulier expliquent l'émergence des faits psychiques, des symptômes, des manifestations de l'inconscient, de l'émergence des conflits, ainsi que de la manière avec laquelle on pourrait envisager l'issue favorable. L'approche Freudienne est donc nécessaire dans ce travail et ce d'autant plus qu'il s'agit d'une approche clinique et psychopathologique portant sur l'image du corps, la personne en situation de dépigmentation et sa prise en charge reste une préoccupation majeure pour la psychanalyse et la clinique.

Quelques aspects de la métapsychologie méritent donc d'être rappelés. Ils sont au centre de la lecture clinique de ce travail et de notre grille d'analyse et en constituent ses fondements. Pour toutes les informations recueillies, la compréhension ne sera possible qu'en référence au point de vue topique, dynamique et économique du fonctionnement psychique. Ces analyses

seront faites en comparaison aux développements classiques de ces différents points de vue tels que décrits par la psychanalyse elle-même.

Ainsi, du point de vue topique nous ferons attention à l'évolution des instances et leur structuration chez le sujet avec une insistance particulière sur le Moi. Du point de vue dynamique, l'analyse consistera à décrire les conflits et interactions entre les instances. Du point de vue économique enfin, il s'agira d'analyser la circulation énergétique (pulsionnelle) dans ses formes qualitatives et quantitatives à travers l'expression des mécanismes de défenses et des principes du fonctionnement psychique.

De manière plus compréhensive, en parlant de la structuration psychique des personnes en situation de dépigmentation, les éléments suivants seront pris en considération. D'abord, il faudra s'intéresser à l'organisation des instances au niveau topique. Rechercher la qualité des interactions entre les instances et le niveau d'angoisse. S'agit-il d'une angoisse de castration renvoyant aux névroses, d'une angoisse dépressive caractérisant les états limites ou d'une angoisse psychotique liée au morcellement ou à l'anéantissement. Ensuite, il faudra décrire le système de défense du sujet en rapport avec le mode de fonctionnement privilégié qui obéit soit à la décharge, soit au contrôle de la décharge énergétique. Enfin, il faudra aussi rechercher le niveau de la relation d'objet qui peut être fusionnelle, préobjectale ou objectale. En procédant de la sorte nous serons à mesure de retrouver des caractéristiques qui éclairent le fonctionnement de la personnalité en situation de dépigmentation telles que : l'image du corps, les enveloppes psychiques, le narcissisme, les identifications, etc. Des choses que vont permettre, à coups sûrs, le Rorschach.

Parvenu au terme de ce quatrième chapitre, nous retenons qu'il nous a permis de définir et d'affiner la méthodologie de notre étude. Ainsi nous avons fait usage de la démarche qualitative (méthode clinique). Nous nous sommes principalement basés sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse approfondie des phénomènes réels dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication voire de leur donner un sens a été notre type de recherche. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, deux participants ont été sélectionnés, trois adolescentes de 17, 20 et 28 ans. Les données ont été collectées à travers le test de Rorschach et la technique d'analyse de contenu des relevés psychiques axée sur le repérage des aspects métapsychologiques significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats.

Dans ce chapitre, nous présentons l'ensemble des démarches mises sur pied pour produire les données d'une part et les traiter d'autre part. Ce chapitre sera donc consacré à la présentation et à la justification du lieu d'étude, des participants, de la méthode de recherche, de la technique de collecte de données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats.

PARTIE 3 : CADRE OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNEES AU RORSCHACH

Dans le chapitre qui précède, nous avons défini la méthodologie de cette étude. Dans le présent chapitre nous aborderons la présentation et l'analyse des données. La première section est dédiée à la présentation des participants. La deuxième présentera les données recueillies de chaque participant au test de Rorschach. La troisième s'intéressera à la synthèse des analyses de cas afin de dévoiler le fonctionnement de la réalité inconsciente de ces sujets.

Parlant de l'analyse des données recueillies au Rorschach, elle exige qu'on en fasse une lecture approfondie pour s'imprégner des protocoles et des psychogrammes des sujets, ainsi que des éléments qui leur sont rattachés. La posture clinique exige aussi que la connaissance seule de ces éléments ne constitue pas en soi une garantie dans la compréhension du sujet. S'intéresser à la psychopathologie ne rime pas toujours avec être à la chasse du symptôme, il est aussi demandé de se familiariser avec son propre fonctionnement psychique, d'avoir et de garder une distance vis-à-vis de l'énigme de l'autre et du matériel qui se présente, peut-être pas toujours, dans une étrange ambiguïté. Hussain cité par Baudin (2007, p. 32) faisait remarquer à ce propos :

Pour tout futur psychologue qui s'intéresse à la psychopathologie, terminer ses études de psychologie en ayant saisi ce concept essentiel de polysémie du symptôme ou d'un comportement représente, selon nous, un atout majeur qui lui permettra d'aborder le normal et le pathologique du point de vue de l'expression d'une problématique et d'un conflit, axé sur le sens de la « réalité » du sujet, et non pas de l'aborder comme une simple déviation par rapport à la norme.

Dans la réalité, la situation Rorschach établie une relation dissymétrique dans laquelle l'un et l'autre sont interpellés chacun dans son histoire, avec ses capacités, ses faiblesses et surtout ses attentes. Pour le clinicien, l'objectif reste clair, il ne faut pas perdre de vue le vécu du sujet dans sa situation en tenant compte de vos propres assises psychiques. Ainsi, pour Baudin (2007, cité par Baliaba, 2014, p. 210) :

Chacun (le sujet et le clinicien) est sollicité dans ses capacités de traducteur de messages qui ne sont pas que des informations, au sens strictement cognitif et relationnel du terme : des éléments fantasmatiques infiltrent ces messages, que chacun reçoit. C'est pour cela que seul un psychologue clinicien familiarisé avec son propre fonctionnement psychique, préconscient et

inconscient, peut saisir au plus près ses propres attentes implicites, réévaluer ses modes d'interprétation, réexaminer sans complaisance ses hypothèses diagnostiques. C'est dans cet esprit que seront abordées les présentations qui vont suivre en essayant à chaque fois de revenir à la quête du sens que revêt le symptôme chez le sujet.

4.1. COMPTE RENDU DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Dans cette étude, trois participantes ont pris part à cette étude. Nous avons attribué des pseudonymes à ces participantes dans le but de préserver l'anonymat d'après les considérations éthiques. Nous présenterons donc dans cette section la participante Yep, la participante Cathy et la participante Eve.

4.1.1. Participante Yep

4.1.1.1. Présentation du cas

Agée de 17 ans, Yep est une élève en classe de terminale A4esp. Troisième née de sa famille et célibataire, Yep est venue consulter la dermatologue à la clinique Bastos pour un problème de dermatite péribuccale et lésions évolutives. Elle dit que ce problème dure déjà un an et se caractérise par son itérativité.

Avant d'arriver à l'hôpital, cette jeune fille a essayé à travers des moyens de trouver des solutions à son problème. À cet effet, elle utilisait un lait de toilette croyant que cela allait résoudre son problème mais hélas. N'ayant pas eu de solutions, elle a encore été inspirée par le lait de toilette de sa sœur qu'elle trouvait efficace sur la peau de sa sœur. Étant captivée par la peau de sa sœur, elle essaya aussi le lait de toilette de sa sœur (lait carotène). Malheureusement, ce moyen a plutôt fragilisé sa peau en laissant les boutons davantage avec de l'eau sortant de ces boutons lorsqu'on presse ces boutons.

Elle est une fille issue d'une famille monogamique ayant de bonnes relations avec son entourage sa famille. À l'école par contre, elle vit un calvaire scolaire car elle affirme lors de l'entretien qu'avec ses camarades c'est le conflit car ces derniers aimeraient savoir ce qui ne va pas avec son visage. Dans sa famille, les relations sont plutôt distantes depuis l'arrivée de ces problèmes. Pour elle, ces boutons ont gâché sa vie. Ce qui la rend gonflée, irritée. A la maison, elle est toujours renfermée dans sa chambre car son entourage l'évite. Elle fait comprendre que c'est le cache-nez qui l'aide même un peu lorsqu'elle sort ou alors quand elle est en présence des étrangers. L'observation faite au cours de la passation du test de Rorschach révèle que Yep

faisait beaucoup de gestes : rires, des longs silences, mimique du visage, touche son visage, ses reins, gratte la tête, renverse les planches, mains sur les yeux, essaye de voler, fait bouger la chaise...

4.1.1.2. Feuille de cotation Rorschach

Nom : **Yep**

Âge : **17 ans**

Sexe : **Féminin**

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION				
	10''						
I	1. (<>^V ; rire) je peux dire quoi là ! je vois une image que je ne peux pas trop décrire ce que c'est. (rire, retournement, mimique du visage, me regarde, silence...) je peux dire une bonne chose, un papillon			G	F	A	Ban
						+	
	2. (en riant ; rapprochement de la planche). Je peux aussi dire que c'est comme le corps d'une personne. Quand tu regardes ici au milieu ça représente la partie ci (montre son corps).	(partie entière)	médiane	D	F	H	
						+	
	02'19''						
	1'30''						
II	3. (Eloignement de la planche, retournement <>, silence, fixant la planche). Ici c'est comme... au front entre les sourcils ; ce n'est pas facile ; la planche) ici c'est comme les organes (waouh, mimique du visage. Et ça représente pour moi la peur). L'intérieur du corps par exemple.	C'est la couleur rouge du haut qui me fait penser aux organes.	G	C	Anat		
	03'20''						
	20''						
III	4. (Eloignement) ici là euh (touche la planche) c'est comme des personne qui ont tenu un truc à main si on peut dire comme ça. Ça représente pour moi la joie. C'est tout !			D	K	H	Ban
	01'43''						
IV	13''						

	5. C'est formé comme on appelle ici quoi encore là ? (<i>en touchant la partie de la planche</i>) les reins nor (<i>dépose la planche sur la cuisse, puis arrête bouge un peu</i>). Ça représente pour moi la peur.	G	F	Anat	
	<i>02'03''</i>				
	08''				
V	6. Ici c'est comme un animal qui est en train de voler (<i>elle essaya de voler aussi en plaçant ses mains comme l'animal</i>). Ça représente pour moi un bon résultat (<i>fixant le plafond, ses mains et la planche ensuite</i>).	G	k	A	
	<i>01'00''</i>		a		
			n		
	2'12''				
VI	7. (<i>Silence, incline la planche, regarde en ramenant vers elle, gratte la tête</i>). Ceci est comme la colonne vertébrale nor (<i>en riant, éloigne la planche</i>) ça montre que c'est une bonne chose pour moi (<i>fixant le plafond, touchant son menton, ses boutons autour de la bouche</i>).	D	F	Anat	Cho
	<i>03'30''</i>		+		c
	01'43''				
VII	8. (<i>Regarde, retourne, gratte la tête, éloigne, rapproche en bougeant la planche, sourit, incline la planche, regarde sa main gauche puis droite</i>). Ça là est un peu formé comme les nuages. Ça représente une très bonne chose pour moi (<i>mains sur les yeux fermés</i>).	G	Cl	Frag	
	<i>02'02''</i>		ob		
			F		
			+		
	60''				
VIII	9. (<i>Regarde, essaye d'incliner, éloigne voulant faire tomber la planche, se gratte</i>). Ça là est formé comme les organes du corps humain. C'est pas bon à voir.	G	F	Anat	
	<i>02'11''</i>		+/-		
			-		

10''

IX

Ça représente toujours pour moi une bonne chose
(*secoue la planche, sourit, regarde met la main vers
les joues sourit regarde la planche, retournement de
la planche...*). Je ne sais vraiment quoi dire.

Ref
us

30''

18''

X

10. Ici représente pour moi une personne qui a les
microbes (*secouant sa main, mains entre les cuisses,
touchant la planche, dépose la planche sur la table
main sur la joue, regardant*).

G F H

-

30''

Nombre de réponses : **10**
latence : **15 secs**

Temps de passation : **24 mn 56 sec**

Temps moyen de

Temps moyen de passation : **01 mn 60 secs**

Choix + : planche II : parce que ça ressemble à un dessin colorié ; Planche VIII : parce que j'aime bien les papillons.

Choix - : planche IV : parce que ça ressemble au micro ; planche V : parce que je déteste les chauves-souris ;

5.1.1.3. Psychogramme

PRODUCTIVITE

R = 10

T/R = 1'57''

T = 24'56''

TL moyen = 15''

TYPE D'APPREHENSION

G

70 %

D  30 %

Dd  0 %

Dbl  0 %

G = 7 D = 3 Dd = 0 Dbl = 0

G% = 70 D% = 30 Dd% = 0 Dbl = 0

DETERMINANTS FORMELS

F = 6 F+ = 3 F- = 2 F+/- = 1

F% = 60 F+% = 58

F% Elargie = 80% F+% Elargie = 69%

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 0 FC = 0 C = 1 clob = 1 E = 0

K = 1 kob = 0 kan = 1 kp = 0 FE = 0

TRI = 1 K / 1,5 C

Formule complémentaire = 1k / 0,0E RC % = 20%

CONTENUS

H = 3 Hd = 0 (H) = 0 H% = 30%

A = 2 Ad = 0 (A) = 0 A% = 20%

Obj = 0 Anat = 4 Scène = 0 Sang = 0 Bot = 0

Géo = 0 Arch = 0 Pays = 0 Sexe = 0 Frag = 1

IA = 40 BAN = 2 Sym = 0 Choc = XX Choix + : II et VIII Choix - : IV et V Refus = 1

4.1.1.4. Commentaires

La productivité est très réduite ($R = 10$) et ne permet pas une interprétation fiable des données du psychogramme. Le type d'appréhension est inversé au profit d'un G% élevé; le mode global est privilégié au détriment du mode analytique. Le recours à une saisie perceptive formelle est normatif. Cependant, ce recours à la forme semble peu efficace. La participation affective renforce le contrôle formel qui devient même plus efficace. Le type de résonance intime est coartatif. La formule complémentaire et le T.R.I. sont divergents. La réaction aux planches pastel est assez faible. La variété des contenus des réponses est limitée. Les contenus "humain" sont (statistiquement) et particulièrement utilisés. A noter une assez importante répercussion anxiogène. Les banalités (comparées au F+% faible) marquent un ancrage à minima dans le réel.

4.1.1.5. Interprétation

4.1.1.5.1. La dynamique de la passation

La productivité est très réduite ($R = 10$) ce qui permet malgré tout une interprétation fiable des données du psychogramme. La passation est lente avec très peu de commentaires. Le traitement du matériel prend du temps avec de longs temps de latence intra-discursifs, mais avec des temps de latence variables. Les réponses sont accompagnées de quelques doutes. Des silences sont nombreux, avec quelques précautions verbales. Les expressions d'affects sont présentes. La relation avec le clinicien est peu investie. Si le protocole ne montre aucun trait saillant et bruyant de souffrance psychique aiguë, il n'en demeure pas moins marqué par une certaine inhibition spontanée et une franche tension entre désirs contradictoires.

4.1.1.5.2. Les processus de pensée

La réalité externe est investie : hormis les F% et F+%, tous les autres facteurs d'adaptation du psychogramme (G%, D%, Dd, Do%, Ban, A%, H% et Dbl%) se situent en dehors des variations normales. Les contenus peu diversifiés sont proches des préoccupations corporelles (Anat). Les affects sont repérables dans leur expression verbale et la sensibilité de Yep aux qualités chromatiques du matériel est faible ($RC\% = 20\%$). Les deux kinesthésies du protocole sont de bonne qualité formelle ; ce qui traduirait un bon équilibre entre la prise en compte de la réalité externe et celle de la réalité interne. Cependant, aucune représentation ne rend compte du travail de construction, d'analyse et de synthèse, par combinaison des différentes parties de

la tâche chez Yep, ce qui témoigne d'une opération mentale rigide dans la mesure où elle se contente de s'attacher aux données du stimulus sans apporter une élaboration originale. L'absence de globalités élaborées (Go) dans tout le protocole en est une illustration.

4.1.1.5.3. *L'image du corps*

Quand tu regardes ici au milieu, ça représente la partie ci » (I) « *C'est comme des personnes qui ont tenu un truc en mains si on peut dire ça...* » (III) « *Ici représente pour moi une personne qui a les microbes* » (X). On peut cependant apercevoir une certaine stabilité identitaire des manifestations narcissiques dans l'affirmation mégalomane de la toute-puissance « *Ici c'est comme un animal qui est en* Le protocole permet d'appréhender l'intensité de la transparence de l'enveloppe corporelle à partir représentations qui laissent percevoir les organes humains : « *Ici, c'est comme les organes. L'intérieur du corps* » (II) « *C'est formé comme... les reins ; ça représente pour moi la peur* » (IV). Le contexte associatif laisse apparaître d'autres représentations où l'image du corps est frustrante ou abîmée : « *ça là, c'est formé comme les organes du corps humain. C'est pas bon à voir* » (VIII) « *Ici représente pour moi une personne qui a des microbes* » (X). L'identification primaire est également mise en branle dans le protocole. Les seules représentations humaines renvoient à des personnes, sans précision aucune : « *Je peux dire que c'est le corps d'une personne en train de voler. Ça représente pour moi un bon résultat* » (V). L'identification secondaire quant à elle est également marquée de la même instabilité. La problématique de la bipolarité sexuelle est patente. A la planche III, planche bisexuée par excellence, Yep voit « *... des personnes qui ont tenu un truc à la main...* ».

4-1-1-5-4 *Indices d'angoisse*

Ici, nous remarquons que la participante ne voit pas un corps entier mais des viscères au niveau de la planche IV par exemple « *c'est formé comme on appelle ici encore là ? Les reins nor* » aussi, au niveau de la planche VI elle dit « *ceci est comme la colonne vertébrale nor* » qui renvoie à l'Anat. (IV) traduit de l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche V de 08 secondes à 132 secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, de plaire, de séduire ce qui traduit de l'angoisse. L'indice d'angoisse ici (40) laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi.

4.1.2. Participante Cathy

4.1.2.1. Présentation du cas

C'est une jeune dame âgée de 20 ans, résidant à Soa. Elle est protestante, fiancée et étudiante en lettres moderne française. Elle est venue consulter pour apparition des tâches au niveau des cuisses (lésions). Cette maladie dure il y a un an déjà affirme t- elle car cela a commencé en février 2020.

Au cours des entretiens, elle s'est montrée très ouverte et disponible et engagée car elle souhaiterait trouver une solution à son problème. Il y a eu des moments de silence et trop d'expressions émotionnelles lors de cet entretien. En famille, elle est abandonnée à elle-même par sa fiancée. Ce dernier est devenu totalement indifférent vis-à-vis d'elle chose qu'il ne faisait pas avant. Issue d'une famille polygamique, l'observation lors de la passation du test montre que Cathy est très émotive : mimique du visage, mains sur les yeux ; les joues, ferme les yeux, silences, touche ses cuisses ; poitrines, regarde son bras, retournements...

4.1.2.2. Feuille de cotation Rorschach

Nom : **Cathy**

Âge : **20 ans**

Sexe : **Féminin**

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION		
	20''				
	1. (silence, ferme les yeux, rit, main sur les yeux, (main à la joue, mains sur les yeux, trop de mimique, main sur la bouche). Je vois le dessin ; je ne parviens pas à comprendre ce que ça signifie. je vois le dessin...		G	F+/-	Div
I	2. Bon c'est l'appareil génital ici. Comme s'il y a les parties malades. (touche en disant voici les tâches pas de même couleur et, si c'est noir sombre c'est la couleur noir ; Pose la planche sur la table). ça c'est le travail weeh Seigneur je ne connais pas ce que ça signifie	(Partie médiane entière gris foncé)	D	F-	Sex
	04'19''				

1'08''

3. (><, *touche la planche du doigt*) Je vois toujours (*rouge bas*) D F+ Sex
l'appareil génital, toujours les fesses ou c'est l'anus
ici là. (*ferme les yeux, bouge son corps*) c'est la partie
génitale mais il y a aussi les parties malades et ce n'est
pas coloré de la même façon. Les parties malades sont
colorées en je ne sais pas (*main sur les yeux, la joue*)
ou c'est orange (*main sur la joue regardant la
planche*).

04'02''

III	27''				
	4. (<i>Se retire pour bien regarder, revient devant tapote la planche</i>) Le corps humain voici la tête, les mains, le tronc pardon (<i>en riant</i>) les pommelles pas colorées de la même façon. Le dos malade. (<i>Elle arrache la planche encore et touche les deux extrémités.</i>)	(<i>la partie noire latérale</i>)	D	F+	H

01'07''

33''

5. (*Ouvre la bouche, touche ses seins*) La poitrine. G F- Hd
(*balaie avec sa main au-dessus de la planche*) avec
aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la
même façon (*mimique du visage*) les parties malades
sont colorées en blanches (*rit, secoue la tête c'est tout
et jette la planche sur la table*).

01'06''

60''

6. (*Rit, soupire, rentre en arrière pour bien s'asseoir, met la planche entre ses cuisses*) C'est le dos d'une personne coloré en noir (*en touchant son dos, secoue la tête, met la main à la joue*). (partie médiane entière) D F+/- Hd
7. (*main à la joue, mimique du visage*). Une partie du (Côte entière) D F+/- Hd
corps humain (*soupire, sourit*) je ne connais plus (*ekie
Seigneur se couche sur la table <>, dépose sur la
table*).

3'00''

12''

8. (*Eeah là alors, l'acteur meurt ici ; c'est quoi ça ? touche sa poitrine ; met la main à la joue, touche son cou*). C'est aussi une partie du corps humain, de la tête jusqu'au niveau du ventre. G F+/- Hd
- VI 9. (*touche ses oreilles, n'est pas coloré de la même façon*) la colonne vertébrale ; la maladie se trouve au niveau de la colonne vertébrale colorée en blanche (*touche ses yeux*) jette la planche dans le sens contraire. Ça représente une partie malade. (toute la ligne médiane entière) D F- Hd

03'25''

52''

10. (*Touche sa main avec son doigt, touche la planche <> éloigne, regarde son bras*) Ici, je n'ai pas trouvé de parties malades. Une partie du corps humain la tête jusqu'à ce niveau ; la poitrine (*en touchant ses épaules, sourit, mimique du visage, jeux de yeux, touche la joue, le nez semble abattue*) colorée de la même façon (L'autre ci est compliqué hein (*réfléchit, regarde vers le ciel met la planche sur la table, regarde plus, croise les bras pour mieux voir, tapote son bras en regardant la planche, tousse*)). (les deux 1^{er} et 2^e tiers) D F+/- Hd
- VII

04'22''

50''

11. (*Mimique du visage, <>^v.*) une partie du corps humain qui débute par le cou jusqu'à la poitrine. (gris en haut) D F+/- Hd
12. Je vois aussi le cœur, les poumons et la poitrine est coloré de la même façon, les côtes ne sont pas colorées de la même façon. (2^e tiers bleu) D FC+ Hd
- VIII 13. Sur le côté, c'est comme le caméléon qui est coloré en rose. (partie rose latérale) D FC+ A
14. Ici là en orange, ce sont les poumons. C'est tout. (orange inférieur) D F- Hd

03'10''

60''

15. (*dépose sur la table, secoue la planche, <>∨∧, hum, (brun en haut) mains sur la joue*) Ici ce sont les cuisses et les pattes de l'oiseau (*mimique, ferme les yeux*). Les cuisses sont colorées de la même façon et les pattes (*secoue ses pieds au sol, touche, gratte les yeux en touchant, silence, tousse*)

IX

16. En bas, là c'est l'appareil génital de l'oiseau qui est (*partie rose entière*) coloré en rose (*froisse le visage avec la main à la joue, met le petit doigt sur la bouche fixe la planche, gratte les oreilles, secoue les pieds avec la main sur le joue, éloigne la planche, mains sur la tête, le compteur est bloqué Seigneur, rit, casse les doigts ; dépose la planche sur la table*).

06'03''

02'03''

17. (<>, *secoue la tête, ∧∨, regarde encore ; se recule ; place la planche sur ses cuisses pour mieux voir, tousse retourne la planche retourne gratte la tête, baisse la tête, retourne plusieurs fois la planche ; maugrée*) Ici là, je ne connais même pas ; ou c'est la partie ci (*en touchant son ventre, lance la main sur la planche*) une partie du corps humain qui débute par le cou et se termine par le ventre, c'est ce que je vois.

X

18. Je vois les côtes colorées en rose. (*rose latérale*)

19. Je vois l'insecte dessiné (*en touchant*) les insectes (*bleu latéral*) dessinés des deux côtés colorés en bleu vert citron.

20. A ce niveau je vois la poitrine, c'est aussi coloré en (*bleu médian*) bleu (*ferme les yeux en caressant son ventre ; silence, tsuip, touche la planche*) une partie du corps humain (*regarde à droite à gauche, tousse dépose la planche, regarde la planche*).

09'00''

Nombre de réponses : 20
latence : 15 secs

Temps de passation : 24 mn 56 sec

Temps moyen de

Temps moyen de passation : **01 mn 60 secs**

Choix + : planche II : parce que ça ressemble à un dessin colorié ; Planche VIII : parce que j'aime bien les papillons.

Choix - : planche IV : parce que ça ressemble au micro ; planche V : parce que je déteste les chauves-souris ;

4.1.2.3. Psychogramme

PRODUCTIVITE

R = 20

T/R = 1'57"

T = 24'56"

TL moyen = 15"

TYPE D'APPREHENSION

G  20 %

D  80 %

Dd  0 %

Dbl  0 %

G = 04

D = 16

Dd = 00

Dbl = 00

G% = 20

D% = 80

Dd% = 00

Dbl% = 00

DETERMINANTS FORMELS

F = 15

F+ = 02

F- = 07

F+/- = 06

F% = 75

F+% = 33

F% Elargie = 100% F+% Elargie = 40%

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 0	FC = 5	C = 0	clob = 0	E = 0
K = 0	kob = 0	kan = 0	kp = 0	FE = 0

TRI = 0 K / 2,5 C**Formule complémentaire = 0k / 0,0E RC % = 50%****CONTENUS**

H = 1	Hd = 12	(H) = 0	H% = 65%	
A = 2	Ad = 1	(A) = 0	A% = 15%	
Obj = 0	Anat = 0	Scène = 0	Sang = 0	Bot = 0
Géo = 0	Arch = 0	Pays = 0	Sexe = 3	Frag =

IA = BAN = 0 Sym = 0 Choc = XX Choix + : II et VIII Choix - : IV et V

75

4.1.2.4. Commentaires

La productivité est bonne (R = 20) ce qui permet une interprétation fiable des données du psychogramme. La saisie perceptive est essentiellement formelle. Cependant, ce recours à la forme semble peu efficace. La participation affective renforce le contrôle formel qui devient même plus efficace. La résonance intime est de type extratensif pur. La formule complémentaire et le T.R.I. sont divergents. La réaction aux planches pastel est forte. Les contenus des réponses sont variés. Les contenus "humain" sont (statistiquement) particulièrement utilisés. À noter une assez importante répercussion anxieuse.

4.1.2.5. Interprétation***4.1.2.5.1. La dynamique de la passation***

La productivité est bonne (R = 20) ce qui permet une interprétation fiable des données du psychogramme. La passation est très lente (plus de trois quarts d'heure) avec quelques commentaires. Le traitement du matériel prend du temps avec de longs temps de latence intradiscursifs. Les réponses sont directes. Des silences sont nombreux, avec quelques précautions

verbales. Les expressions d'affects sont présentes. La relation avec le clinicien est peu investie. Si le protocole ne montre aucun trait saillant et bruyant de souffrance psychique aiguë, il n'en demeure pas moins marqué par une certaine inhibition spontanée et une franche tension entre désirs contradictoires.

4.1.2.5.2. *Les processus de pensée*

La réalité externe est très peu investie : hormis les G% et F%, tous les autres facteurs d'adaptation du psychogramme (D%, F+%, Do%, Ban et Dbl%) se situent en dehors des variations normales. Les contenus sont assez faibles et très proches des préoccupations corporelles (Sex). Les affects sont repérables dans leur expression verbale et la sensibilité de Cathy aux qualités chromatiques du matériel est très forte (RC% = 50%). Aucune kinesthésie dans le protocole ; ce qui traduit une absence d'expression pulsionnelle et un déséquilibre entre la prise en compte de la réalité externe et celle de la réalité interne. D'autre part, aucune trace d'un travail de construction, d'analyse et de synthèse, par combinaison des différentes parties de la tâche, n'est visible chez Cathy, ce qui témoigne d'une opération mentale figée dans la mesure où elle se contente de s'attacher aux données du stimulus sans apporter une élaboration originale. L'absence de G élaboré dans tout le protocole en est une illustration.

4.1.2.5.3. *L'image du corps*

Le protocole permet d'appréhender l'intensité de la fragilité de l'image du corps dans la dynamique identificatoire. Certaines représentations sont explicites, comme la perception d'une image du corps abîmée : « *Bon c'est l'appareil génital ici. Comme s'il y a les parties malades.* » (I), « *Je vois toujours l'appareil génital, toujours les fesses ou c'est l'anus ici là ; c'est la partie génitale mais il y a aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la même façon.* » (II) ou « *La poitrine avec aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la même façon les parties malades sont colorées en blanches* » (IV) « *La colonne vertébrale ; la maladie se trouve au niveau de la colonne vertébrale colorée en blanche* » (VI). Le contexte associatif laisse apparaître d'autres représentations où l'image du corps est tronquée ou parcellaire : « *Le corps humain voici la tête, les mains, le tronc pardon les pommelles ne sont pas coloriées de la même façon* » (III), « *c'est aussi une partie du corps humain, de la tête jusqu'au niveau du ventre* » (VI), « *Une partie du corps humain, la tête jusqu'à ce niveau, la poitrine* » (VII) « *Une partie du corps qui débute par le cou jusqu'à la poitrine. Je vois aussi le cœur, les poumons et la poitrine...* » (VIII) « *Ici, ce sont les cuisses et les pattes de l'oiseau...* » (IX) « *Une partie du*

corps qui débute par le cou et se termine par le ventre, c'est ce que je vois. Je vois les côtes colorées en rose, à ce niveau je vois la poitrine, c'est aussi coloré en bleu » (X).

5-1-2-5-4 indices d'angoisse

La participante Cathy ne voit pas un corps entier mais des viscères au niveau de la planche II par exemple « je vois toujours les fesses ou c'est l'anus ici là », au niveau de la planche I elle dit « Bon c'est l'appareil génital » et au niveau de planche IV « la poitrine » qui renvoie à Hd (12) laisse apparaître l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche V de 12 secondes à 135 secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, d'être aimé, de séduire. Il y a aussi une prédominance des couleurs, noir, noir sombre dans les contenus du Rorschach Cathy ce qui traduit de l'angoisse. Ceci laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi.

4.1.3. Participante Eve

4.1.3.1. Présentation du cas

Jeune femme âgée de 20 ans avec deux enfants, Eve est une ménagère veuve issue d'une famille polygamique résidant à la barrière. D'une expression très joyeuse, elle est venue consulter pour boutons sur le visage. Ce problème remonte depuis son enfance dans la jeunesse. Au cours des entretiens, cette femme était ouverte, et très active dans son comportement. Par rapport à son problème, elle n'est pas rejetée autour d'elle bien qu'il n'y ait pas trop d'entente dans sa famille. Un peu réservée, au début des entretiens mais à la suite, elle a commencé à s'ouvrir tout doucement. Elle était très émotive coopérante. Lors de la passation au test elle transpirait beaucoup, touche sa tête, main à la joue, gratte le pied, regarde.

4.1.3.2. Feuille de cotation Rorschach

Nom : EVE

Âge : 20 ans

Sexe : Féminin

Pl.	PASSATION	ENQUETE	COTATION			
	43''					
I	1. (<i>silence</i>) je vois le cœur avec quatre bars et un petit rectangle au milieu.	<i>Tout ça !</i>	G	F-	Anat	
	2. (<i>gratte les cuisses, regarde</i>) Au niveau de la tête je vois un truc comme deux antennes qui sont posées au-dessus de deux cartes.	<i>(saillie supérieure latérale)</i>	Dd	Kp	Ad	Sym
	03'00''					
	05''					
	<i>Dessin !</i>					
II	3. Je vois, c'est comme la poule.	<i>(grande partie latérale)</i>	D	F-	A	
	4. Au pied de cette poule, il y a un dessin colorié en rouge.	<i>(rouge bas)</i>	D	F+/-	Art	
	5. Au-dessus de la poule, je vois deux masques coloriés en deux traits blancs coloriés sur chaque masque et tout autour de la poule couleur panaché en rouge noir.	<i>(Rouge haut extérieur)</i>	Go	FC	Obj	Sym
	03'26''					
III	16''					
	6. Je vois les nuages en découpe avec au milieu deux points rouges ; il y a des nuages au-dessus de nuages teintes en rouge de chaque côté à gauche et à droite.	<i>(les deux parties noires latérales + rouge extérieur en haut + rouge médian)</i>	Go	F-C	Frag	
	<i>C'est tout !</i>					
	02'09''					
	09''					
IV	7. (<i>gratte le pied, dessin</i>) Je vois un bois, au milieu duquel il y a un fer.		Go	F+/-	Bot	

8. Au-dessus du fer, il y a un truc si je peux dire comme le micro ou le bonbon (touche de la main le bas de la planche). *(Petite tache blanche au-dessus de la partie médiane inférieure)* Dd F- Obj

9. A côté, il y a un truc qui est suspendu comme le bras d'une personne. *(Saillie latérale supérieure)* D F+ Hd

03'00''

12''

V 10. Je vois un truc comme la chauve-souris avec les pattes et les oreilles. G F+ A Ban

40''

20''

11. Je vois un nuage en bas ; *(Les deux grandes parties latérales)* D F+ Frag

12. Au milieu, il y a le fer. *(Toute la ligne médiane entière)* D F+/- Obj

VI

13. Je vois aussi un point comme le cœur peint en blanc ; *(Petites taches claires dans l'axe médian haut)* Dd F- Anat

14. . En haut et au-dessus du fer, c'est comme s'il y a une poupée. *(partie supérieure englobant papillon D6 et tete D7)* D F- Obj

1'30''

15''

15. On dirait un nuage formé comme l'étoile. G F+/- Frag

16. En bas des nuages, il y a un fer. *(centre du 3^e tiers)* D F- Obj

VII

17. Je vois comme s'il y a la tête d'une personne. *(1^{er} tiers supérieur)* D F+ Hd

60''

05''

	18. Je vois comme le papillon.	<i>(Tiers bleu)</i>	D	F+	A	
	19. En haut, je vois une personne qui a une partie de son corps à demi.	<i>(Gris et bleu 1^{er} et 2^e tiers)</i>	D	K	H	
	20. A côté, il y a deux animaux avec une patte de devant qui soutient un enfant des deux côtés.	<i>(partie rose latérale)</i>	D	Kan	A	
VIII	21. Au milieu, il y a un truc comme une fusé qui monte vers le ciel.	<i>(axe médian dans gris et bleu)</i>	Dd	Kob	Obj	

2'20''

10''

	22. Je vois un truc comme un nuage.		G	F-	Frag	
	23. Au milieu, je vois un fer qui est comme la bougie.	<i>(Grand axe médian)</i>	D	F+	Obj	
IX	24. Des deux côtés, je vois les canards qui lèvent leur poitrine.	<i>(Les deux D verts latéraux vus ensemble)</i>	D	Kan	A	Sym
	25. Au-dessus, il y a une personne qui perche sur sa tête.	<i>(Brun en haut)</i>	D	K	H	

1'21''

15''

	26. Je vois un nuage formé comme un fut...	<i>(Gris latéral en haut)</i>	D	F-	Frag	
	27. Je vois des trucs comme les chenilles (<i>touche sa tête</i>).	<i>(vert médian entier, en bas)</i>	D	F-	A	
X	28. il y a aussi un truc comme une bouteille avec un bouchon au rein.	<i>(Lacune supérieure entre gris et haut)</i>	Dbl	F-	Obj	
	29. Au-dessus, il y a un truc comme une bougie.	<i>(Gris médian, en haut colonne médiane seule)</i>	Dd	F+	Obj	
	30. A coté comme s'il y a avait deux araignées.	<i>(Bleu latéral)</i>	D	F+	A	Ban

01'60''

Nombre de réponses : **30**
latence : **15 secs**

Temps de passation : **24 mn 56 sec**

Temps moyen de

Temps moyen de passation : **01 mn 60 secs**

Choix + : planche II : parce que ça ressemble à un dessin colorié ; Planche VIII : parce que j'aime bien les papillons.

Choix - : planche IV : parce que ça ressemble au micro ; planche V : parce que je déteste les chauves-souris ;

4.1.3.3. Psychogramme

PRODUCTIVITE

R = 30

T/R = 1'57"

T = 24'56"

TL moyen = 15"

TYPE D'APPREHENSION

G  23 %

D  57 %

Dd  17 %

Dbl  3 %

G = 07

D = 17

Dd = 05

Dbl = 01

G% = 23

D% = 57

Dd% = 17

Dbl% = 3

DETERMINANTS FORMELS

F = 22

F+ = 08

F- = 10

F+/- = 04

F% = 73%

F+% = 45%

F% Elargie = 93% F+% Elargie = 43%

FACTEURS AFFECTIFS

CF = 0	FC = 2	C = 0	clob = 0	E = 0
K = 2	kob = 1	kan = 2	kp = 1	FE = 0

TRI = 2 K / 1,0 C

Formule Complémentaire = 4k / 0,0E RC % = 43%

CONTENUS

H = 2	Hd = 2	(H) = 0	H% = 13%	
A = 7	Ad = 1	(A) = 0	A% = 27%	
Obj = 9	Anat = 2	Scène = 0	Sang = 0	Bot = 1
Géo = 0	Arch = 0	Pays = 0	Sexe = 0	Frag = 5

IA = 13 BAN = 2 Sym = 3 Choc = XX Choix + : II et VIII Choix - : IV et V

4.1.3.4. Commentaires

Nombre de réponses du protocole : 30

La productivité est bonne ; ce qui permet une interprétation fiable des données du psychogramme. Le mode analytique détails et petits détails est prédominant. La saisie perceptive est essentiellement formelle. Cependant ce recours à la forme semble peu efficace. La participation affective renforce le contrôle formel qui devient cependant moins opérant. La résonance intime est de type introversif mixte, mais peu exprimée. La formule complémentaire et le T.R.I. sont divergents. La réaction aux planches pastel est forte. A noter une très grande variété des contenus, les contenus "animal" étant peu utilisés. A noter une assez importante répercussion anxiogène. Les banalités (comparées au F+% faible) marquent un ancrage à minima dans le réel.

4.1.3.5. Interprétation

4.1.3.5.1. La dynamique de la passation

La productivité est bonne ($R = 30$) ce qui permet une interprétation fiable des données du psychogramme. La passation est lente avec quelques commentaires. Le traitement du matériel prend du temps avec de longs temps de latence intra-discursifs, mais avec des temps de latence variables. Les réponses sont directes. Des silences sont nombreux, avec quelques précautions verbales. Les expressions d'affects sont présentes. La relation avec le clinicien est peu investie. Si le protocole ne montre aucun trait saillant et bruyant de souffrance psychique aiguë, il n'en demeure pas moins marqué par une certaine inhibition spontanée et une franche tension entre désirs contradictoires.

4.1.3.5.2. Les processus de pensée

La réalité externe est investie : hormis les Dd%, A% et F+%, tous les autres facteurs d'adaptation du psychogramme (G%, D%, F+%, Do%, Ban, H% et Db1%) se situent dans les variations normales. Les contenus sont assez diversifiés et très loin des préoccupations corporelles (Obj, Frag). Les affects sont repérables dans leur expression verbale et la sensibilité d'Eve aux qualités chromatiques du matériel est bonne ($RC\% = 50\%$). La plupart des kinesthésies du protocole sont de bonne qualité formelle ; ce qui traduit un bon équilibre entre la prise en compte de la réalité externe et celle de la réalité interne. D'autre part, plusieurs représentations rendent compte du travail de construction, d'analyse et de synthèse, par combinaison des différentes parties de la tâche chez Eve, ce qui témoigne d'une opération mentale dynamique dans la mesure où elle ne se contente pas de s'attacher aux données du stimulus mais apporte une élaboration originale. La présence de plusieurs globalités élaborées (Go) dans le protocole en est une illustration.

4.1.3.5.3. L'image du corps

Bien que le processus de pensée chez Eve semble bien investi, son protocole permet d'appréhender l'intensité de la fragilité de l'image du corps dans la dynamique identificatoire. Certaines représentations sont explicites, comme la perception d'une image du corps trouée :

« *si c'est le cœur, il y a quatre bars et un petit rectangle au milieu* » (I). Le contexte associatif laisse apparaître d'autres représentations où l'image du corps est parcellaire : « *Je vois les nuages en découpe. Au milieu, deux points rouges. Il y a des nuages et au-dessus des nuages teintes en rouge de chaque côté à gauche et à droite* » (III). Si l'on peut apercevoir une certaine stabilité identitaire chez Eve (« *Je vois un truc comme la chauve-souris avec ses pattes et les oreilles* » (V)), il n'en demeure pas moins vrai que sa représentation du corps est teintée d'une angoisse de désintégration patente : « *La côté, il y a un truc qui est suspendu comme le bras d'une personne* » (IV).

4-1-3-5-4 Les indices d'angoisse

La participante Eve ne voit pas à tous les niveaux un corps entier mais des viscères également au niveau de la planche I par exemple « je vois le cœur avec quatre bars et un petit rectangle au milieu », au niveau de la planche VI elle dit « je vois aussi un point comme le cœur peint en blanc » qui renvoie à Anat. (2) laisse apparaître l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche IV de 09 secondes à secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, d'être aimé, de séduire. Ceci laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi.

4.1.4. Synthèse des données de l'examen psychologique

En général, les sujets présentent des caractéristiques différentes au niveau des trois catégories de présentation du psycho gramme. Les localisations chez la première participante sont plus globales (G) ce qui implique une faible symbolisation (R = 10) et ne permet pas une interprétation fiable des données du psycho gramme. Par conséquent le mode d'appréhension est inversé au profit d'un G% élevé ; le mode global est privilégié au détriment du mode analytique. Elle aurait donc des difficultés d'élaboration importante de la pensée sous le mode rigide. Par contre chez la deuxième et la troisième participante, les localisations sont détaillées. Notamment chez Cathy et Eve, elles ont respectivement 80 % et 57 % de (D) contre 20% et 23% de leurs réponses globales (G). Cela se confirme dans la pauvreté du discours chez la première avec le nombre de réponses (R= 10) par contre chez la deuxième et la troisième participante (R= 20 et 30). Dans les déterminants, les valeurs normales admises montrent que

F% doit être compris entre 55 et 65% et F+% compris entre 70 et 80%. Les valeurs en dessous de la norme sont observées avec les F+% chez les cas Cathy (33%) et Eve (45%). Les valeurs F% de nos sujets vont dans le sens de la norme avec (60%) chez Yep, (75%) chez Cathy et (73%) chez Eve). Par rapport à la représentation de l'image du corps chez ces cas on a chez Yep, Cathy et Eve. En ce qui concerne le cas de Yep : *Quand tu regardes ici au milieu, ça représente la partie ci* » (I) « *C'est comme des personnes qui ont tenu un truc en mains si on peut dire ça...* » (III) « *Ici représente pour moi une personne qui a les microbes* » (X). On peut cependant apercevoir une certaine stabilité identitaire des manifestations narcissiques dans l'affirmation mégalomane de la toute-puissance « *Ici c'est comme un animal qui est en* Le protocole permet d'appréhender l'intensité de la transparence de l'enveloppe corporelle à partir représentations qui laissent percevoir les organes humains : « *Ici, c'est comme les organes. L'intérieur du corps* » (II) « *C'est formé comme... les reins ; ça représente pour moi la peur* » (IV). Le contexte associatif laisse apparaître d'autres représentations où l'image du corps est frustrante ou abîmée : « *ça là, c'est formé comme les organes du corps humain. C'est pas bon à voir* » (VIII) « *Ici représente pour moi une personne qui a des microbes* » (X). L'identification primaire est également mise en branle dans le protocole. Les seules représentations humaines renvoient à des personnes, sans précision aucune : « *Je peux dire que c'est le corps d'une personne en train de voler. Ça représente pour moi un bon résultat* » (V). L'identification secondaire quant à elle est également marquée de la même instabilité. La problématique de la bipolarité sexuelle est patente. A la planche III, planche bisexuée par excellence, Yep voit « *... des personnes qui ont tenu un truc à la main...* ». Le cas de Cathy par contre montre que le protocole permet d'appréhender l'intensité de la fragilité de l'image du corps dans la dynamique identificatoire. Certaines représentations sont explicites, comme la perception d'une image du corps abîmée : « *Bon c'est l'appareil génital ici. Comme s'il y a les parties malades.* » (I), « *Je vois toujours l'appareil génital, toujours les fesses ou c'est l'anus ici là ; c'est la partie génitale mais il y a aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la même façon.* » (II) ou « *La poitrine avec aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la même façon les parties malades sont colorées en blanches* » (IV) « *La colonne vertébrale ; la maladie se trouve au niveau de la colonne vertébrale colorée en blanche* » (VI). Le contexte associatif laisse apparaître d'autres représentations où l'image du corps est tronquée ou parcellaire : « *Le corps humain voici la tête, les mains, le tronc pardon les pommelles ne sont pas coloriées de la même façon* » (III), « *c'est aussi une partie du corps humain, de la tête jusqu'au niveau du ventre* » (VI), « *Une partie du corps humain, la tête jusqu'à ce niveau, la poitrine* » (VII) « *Une partie du corps qui débute par le cou jusqu'à la poitrine. Je vois aussi le cœur, les poumons et la*

poitrine...» (VIII) « Ici, ce sont les cuisses et les pattes de l'oiseau... » (IX) « Une partie du corps qui débute par le cou et se termine par le ventre, c'est ce que je vois. Je vois les côtes colorées en rose, à ce niveau je vois la poitrine, c'est aussi coloré en bleu » (X). Celui d'Eve par ailleurs montre sur le cas d'Eve : Bien que le processus de pensée chez Eve semble bien investi, son protocole permet d'appréhender l'intensité de la fragilité de l'image du corps dans la dynamique identificatoire. Certaines représentations sont explicites, comme la perception d'une image du corps trouée : « si c'est le cœur, il y a quatre bars et un petit rectangle au milieu » (I). Le contexte associatif laisse apparaître d'autres représentations où l'image du corps est parcellaire : « Je vois les nuages en découpe. Au milieu, deux points rouges. Il y a des nuages et au-dessus des nuages teintés en rouge de chaque côté à gauche et à droite » (III). Si l'on peut apercevoir une certaine stabilité identitaire chez Eve (« Je vois un truc comme la chauve-souris avec ses pattes et les oreilles » (V)), il n'en demeure pas moins vrai que sa représentation du corps est teintée d'une angoisse de désintégration patente : « La côté, il y a un truc qui est suspendu comme le bras d'une personne » (IV).

4.2. PRESENTATION ET ANALYSES DES RESULTATS DE L'ETUDE

Plusieurs variables ont permis l'élaboration de l'entretien et d'organiser la collecte des données. Il s'agit des données relatives à l'image du corps comme le corps sédimenté, le corps de désir et le corps imaginaire et des données relatives à l'angoisse du féminin.

4.2.1. Le corps sédimenté

Dès la naissance le nourrisson reçoit des stimuli qui demandent des réponses ; c'est de cette manière que le complexe de l'enfant s'organise.

L'épreuve du miroir est un des moments de la castration symboligène dans lequel l'autre à la fonction de soutenir ce vécu de l'enfant par le biais du symbolique. Les théories sur l'épreuve du miroir de Dolto renvoient aux théories de Winnicott où l'image du corps se constitue à partir du soutien du regard maternel. Nous retrouverons cette idée chez Lacan dans ses théories sur le stade du miroir où la constitution de l'image du corps est possible grâce au désir de l'Autre. L'épreuve du miroir est un moment structural qui permet au sujet de se construire, ou non, une image de soi et d'avoir une représentation de son corps. Dolto se réfère au stade du miroir comme étant une épreuve existentielle, une des étapes de la constitution du sujet, de son image et de son corps. Lorsque le bébé remarque son image dans le miroir : « c'est décidément une épreuve. Je pense à un enfant qui tout un coup voit surgir son image reflétée

dans un miroir qu'il n'avait pas jusque-là remarqué. ». La personne qui l'accompagne à ce moment-là est le médiateur de cette épreuve, c'est lui qui atteste que cette image est bien celle de l'enfant. Si l'enfant est tout seul ou si personne n'occupe cette fonction médiatrice, il peut se trouver dans un état de perplexité extrême et perdre ses références. Il est important à ce moment que l'adulte le nomme et médiatise cet événement : « oui c'est toi ». L'adulte aide l'enfant à symboliser cette expérience, sa présence est importante pour que l'enfant compare son image à celle de l'adulte, il regarde et constate cette différence. Le bébé découvre cette image par rapport à l'autre : « L'enfant prend conscience qu'il a un corps dès lors que cette conscience est conjointe à celle de l'Autre quant à ce même corps, dès lors qu'il se sait regarder. Il sait que son corps est le lieu d'une visibilité partagée. » C'est à partir du miroir que l'enfant se rend compte que son image n'est pas totale ; cette expérience est vécue comme une blessure symbolique.

En effet, lors de l'entretien on remarque chez la majorité de ces cas que leur problème aurait un lien dans l'enfance, dans la période pubertaire. Par exemple, le cas Eve affirme : « *depuis la jeunesse ces boutons étaient déjà là. A l'âge de la puberté puisque c'était déjà trop visible mais ces derniers temps ça sort beaucoup ça sort ça repart* ». Aussi elles ne maîtrisent pas vraiment cette survenue croissante de problèmes de leur corps c'est la raison pour laquelle elles disent par exemple chez le cas Yep : « *ah je ne sais pas moi* » « *j'ai constaté qu'au fur et à mesure les boutons sortaient je continuais de presser* » « *je pense que ça avait commencé par les boutons* » chez le cas Cathy on retrouve ceci : « *hum je sais même* » « *ah ! depuis un temps j'ai des boutons et les tâches* » « *... je ne me souviens plus des noms de ces produits hein* » « *j'ai fait des hôpitaux* ».

Ce corps sédimenté se laisse apparaître au Rorschach à travers les réponses de Yep à la planche IV lorsqu'elle dit « c'est formé comme on appelle ici encore quoi là ? les reins nor » et à la planche VI quand elle dit « ceci est comme la colonne vertébrale nor »

4.2.2. Le corps de désir

Après avoir recensé ces travaux, Freud nous fait comprendre à travers son postulat que le narcissisme est un investissement libidinal du moi. En effet, pour lui, la libido peut être investie par le sujet sur lui-même ou alors vers l'extérieur. Quand l'énergie est investie sur le sujet, on parle de libido du moi et lorsqu'elle est investie sur un objet on parle de libido d'objet ou objectale. Cela est perçue dans le texte lorsqu'il parle d' « un investissement originaire du moi ; plus tard une partie en est cédée aux objets, mais fondamentalement, l'investissement du moi

persiste et se comporte envers les investissements d'objets comme le corps d'un animalcule protoplasmique envers les pseudopodes qu'il a émis ». A travers ces mouvements (investissements et désinvestissements), l'auteur dit que plus l'une absorbe, plus l'autre. Bien plus, l'auteur nous fait comprendre que dans la vie amoureuse des êtres vivants, l'homme et la femme sont différents car la femme est plus narcissique ce qui implique le choix d'objet narcissique et l'homme s'appuie beaucoup plus sur un support ce qui implique le choix d'objet par étayage d'où la différence fondamentale entre l'homme et la femme. Nous devons mentionner que ces différents choix d'objet ont plusieurs modalités à savoir selon le type narcissique on a : a) ce que l'on est soi-même ; b) ce que l'on a été soi-même ; c) ce que l'on voudrait être soi-même ; d) la personne qui a été une partie du propre soi ; et selon le type par étayage on a : a) la femme qui nourrit ; b) l'homme qui protège.

En effet, ces participantes ont toutes des désirs d'être plus belle, attirante, sans tache ce qui se justifie dans les différents éléments de leur discours. Le cas Yep par exemple dit « *que j'allais avoir une peau belle, lisse, propre sans boutons* » « *voyant ma grande sœur qui avait une peau sans problèmes* » « *d'autres m'évitent soit disant que c'est contagieux* » « *les camarades sont toujours en train de me poser les questions sur mes boutons...* » « Car même en route les gens me regardent bizarrement » et le cas Eve dit dans le même sens : « *ça m'arrangeait d'abord la peau sans problème* » « *ma peau était fraîche, propre* » « ... *ça me décapait jusqu'à ce que je m'en rende compte à travers les remarques de mon entourage* » « *ceux qui me croisaient me posaient des questions* ». Ceci est visible dans les planches du Rorschach plus précisément au niveau de la planche V lorsqu'elle dit « *ici c'est comme un animal qui est en train de voler* » « *ça représente pour moi un bon résultat* » ce qui laisse apparaître ce corps qu'elle aimerait avoir, atteindre.

4.2.3. Le corps imaginaire

Le moi idéal fait référence au souvenir de la petite enfance l'idéal du moi fait référence à la projection dans l'avenir et face aux pulsions qui surviennent il y a une sorte de tri et toute pulsion qui fait obstacle à la réalisation de cet idéal sera refoulé. Dans le moi idéal il n'y a pas la capacité de refoulement différemment de l'idéal du moi qui devient la condition même du refoulement. L'idéal du moi se forme par le fait que le moi a une certaine estime de soi qu'il ne voudrait pas perdre et pour garder cet estime il va donc se former un idéal qui sera alors à la mesure de son action donc l'estime de soi est la condition de la formation du surmoi pour l'atteindre le moi va développer la capacité d'auto observation et d'autocritique qui sont le

propre de la conscience morale ce qui veut dire que la conscience morale est perçue du côté de l'idéal du moi et non du moi idéal. Il y'a des individus qui fonctionnent sous le mode idéal du moi avec la capacité de refoulement et d'autres individus qui n'ont pas la capacité de refoulement car ils fonctionnent sous le mode du moi idéal et les motions pulsionnelles subissent des destins donc des conflits avec la culture l'individu peut croire et cela interfère sur son comportement et que l'être se soumettent aux exigences qui en découlent ou alors qu'il adhère à ces règles si l'individu trouve que cela ait un sens pour lui pour que cela fasse obstacle à certaines pulsions au cas où il n'adhère pas alors cela ne dérange en rien ses pulsions. Il peut même arriver que l'individu adhère à une règle de manière inconsciente. Des perturbations peuvent survenir l'individu qui ne parvient pas n'a pas soit atteint ou vu en lui émerger un moi suffisamment fort pour affronter le complexe d'œdipe d'où la structure psychotique ou borderline. Si un enfant n'a pas acquis le sevrage par exemple, le moi existentiel et différentiel ne vont pas émergé et il va tomber dans la structure psychotique donc il ne peut vivre l'Œdipe il ne peut refoulé il reste dans le déni incapable de construire l'instance qui va jouer la censure, à partir de la réalité externe car il sera dans le cadre de la structure psychotique mais dans le cadre de la structure borderline c'est un enfant qui aura certes acquis le sevrage mais étant séduit va perdre la capacité de vivre l'œdipe il tombe dans la forclusion ou le clivage il ne peut connaître la réalité extérieur telle qu'elle car il aura tendance a clivé entre le bon et le mauvais objet ces deux individus ne peuvent donc se faire un idéal. Il y a une différence entre l'idéal du moi et la sublimation il ne suffit pas que l'individu sublime pour atteindre l'idéal du moi ou qu'il ait l'instance de l'idéal du moi donc un individu qui n'a pas la capacité de prendre en compte la réalité extérieure ne pourra atteindre cet idéal.

Ce corps imaginaire est perceptible dans le discours des cas ici présents ce qui les amène à recourir à des produits pour leur corps. Chez Cathy par exemple elle dit : « *...je suis entrée en contact avec les personnes qui fabriquent les huiles qui éliminent les tâches et boutons* » « *j'ai commencé à utiliser ces produits* » « *... mon fiancé ne me regarde plus...* » « *On dirait que je ne suis plus attirante* ». Le cas Eve ne reste n'est pas épargné car elle affirme : « *... pourtant je rêvais d'être une miss* » « *j'ai trop utilisé les lotions* » « *je l'utilisais chaque soir avant de me coucher* ». Ceci est visible lorsque la participante dit la planche VII « *ça représente une très bonne chose pour moi* » en posant les mains sur ses yeux fermés ce qui montre les caractéristiques latentes des représentations que se fait la participante d'où l'angoisse d'atteindre ce but.

4.2.4. L'angoisse de perte d'objet d'amour

L'angoisse de mort, qui sous d'autres vocables est appelée angoisse de morcellement, de désintégration ou d'anéantissement, renvoie à une représentation concernant le sentiment d'unité du sujet (Bonsack, 1995). Le Moi du jeune enfant n'étant pas constitué et les relations d'objets (le soi, l'objet et l'affect) n'étant pas distinctement délimitées, l'absence maternelle et/ou l'insatisfaction des besoins primaires provoquent un sentiment d'impuissance ainsi qu'une abolition du vouloir et du pouvoir. Dans ces conditions, le nourrisson connaît une impression de discontinuité et cette expérience est souvent vécue comme le sentiment atroce d'être vidé de sa substance, non pas d'une humeur, si essentielle soit-elle, et ceci sans recours et sans fin. L'angoisse éprouvée s'apparenterait sensiblement à l'angoisse de morcellement du sujet psychotique car le nourrisson souffre de la douleur de la perte avant de côtoyer l'angoisse de la perte d'amour : lorsque sa mère disparaît, son Moi s'évide (Assoun, 1994). Il ne craint pas la mort, qui est un concept d'adultes, mais l'absence de sa mère qui reste pour lui une possibilité d'anéantissement (Lebovici, 1992). Ceci est justifié à travers ce que dit ces participantes à plusieurs niveaux (choc, déni et la tristesse) comme Yep : « *j'avais peur que les produits qu'on me demande d'utiliser viennent e« on me pose les questions sur ma façon de marcher » empirer la situation et que je ne les retrouve plus » « je ne peux plus sortir sans voile » ; Cathy : « on me pose les questions sur ma façon de marcher » et Eve: « j'ai mes propres soucis ».*

Aux données du Rorschach, les indices d'angoisse apparaissent car la participante ne voit pas un corps entier mais des viscères au niveau de la planche IV par exemple « c'est formé comme on appelle ici encore là ? Les reins nor » aussi, au niveau de la planche VI elle dit « ceci est comme la colonne vertébrale nor » qui renvoie à l'Anat. (IV) traduit de l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche V de 08 secondes à 132 secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, de plaire, de séduire ce qui traduit de l'angoisse. L'indice d'angoisse ici (40) laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi.

4.2.5. L'angoisse de destruction des objets internes

L'angoisse, qui n'est jamais conçue comme le produit d'une frustration libidinale, est d'abord et avant tout d'origine pulsionnelle interne. A cet effet, elle soutient l'idée que l'action interne de l'instinct de mort donne naissance à la crainte de l'anéantissement, et que c'est cela qui constitue la cause première de l'angoisse de persécution. De plus, elle ajoute que « *le danger provenant du travail interne de la pulsion de mort est la cause primaire de l'angoisse* » (Klein, 1948, p. 259) ; renvoyant ainsi à une nouvelle théorie de l'origine de l'angoisse. Car « l'angoisse naît de l'agressivité », naît de l'instinct de destruction qui est dirigé contre l'organisme lui-même et qui, par conséquent, ne peut être vécu que comme danger. Il s'agit donc d'une angoisse totalement délibidinalisée qui, dans un premier temps, s'organise autour d'une double valence comme la peur d'être exterminé par ses propres pulsions (l'enfant craint ce qu'il se sent capable de faire) ; déplacement de la crainte sur l'objet extérieur, destinataire du sadisme, qu'il cherche à détruire car dans le réel, cet objet (le plus souvent la mère) a un pouvoir de satisfaction ou de frustration de l'enfant. Cette angoisse destruction est ressentie ici avec Yep: « *j'ai commencé à... comme ma grande sœur* » ; Cathy : « *je me disais que ce traitement allait vraiment m'aider* » et Eve : « *je n'avais pas pris la lotion car je lui avais dit que j'ai déjà trop utilisé les lotions* ». La participante Cathy ne voit pas un corps entier mais des viscères au niveau de la planche II par exemple « je vois toujours les fesses ou c'est l'anus ici là », au niveau de la planche I elle dit « Bon c'est l'appareil génital » et au niveau de planche IV « la poitrine » qui renvoie à Hd (12) laisse apparaître l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche V de 12 secondes à 135 secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, d'être aimé, de séduire. Il y a aussi une prédominance des couleurs, noir, noir sombre dans les contenus du Rorschach Cathy ce qui traduit de l'angoisse. Ceci laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi.

4.2.6. L'angoisse de crainte d'envahissement

Winnicott (1962) dans intégration du Moi au cours du développement de l'enfant (in Processus de maturation chez l'enfant, 1965) décrit la mère suffisamment bonne comme étant capable de satisfaire les besoins de son nourrisson au début, et de le faire de façon si adaptée qu'il ressent une brève expérience d'omnipotence. Donc pour Winnicott, si la mère fournit, au tout début de la vie, une assez bonne adaptation aux besoins de son bébé, si elle est

suffisamment bonne, la ligne de vie de l'enfant est très peu perturbée par les réactions aux heurts de l'environnement. Les carences maternelles provoquent des réactions aux heurts et ces réactions interrompent le « continuum » de l'enfant. Un excès de réaction n'engendre pas la frustration mais représente une « menace d'annihilation ». Ce vécu d'annihilation est selon Winnicott, une angoisse primitive bien antérieure à toute angoisse, qui inclut le mot mort dans sa description.

Winnicott (1956) évoque cette perspective dans ses derniers travaux sur «La crainte de l'effondrement ». Dans cette perspective, « la première organisation du moi provient du vécu des menaces d'annihilation qui n'entraînent pas d'annihilation véritable et dont on se remet chaque fois. Grâce à ces expériences, la confiance dans la guérison conduit petit à petit le moi à faire face à la frustration ». L'angoisse de crainte d'envahissement est visible ici dans ces discours de Yep : « *j'avais peur que les produits qu'on me demande d'utiliser... empirer la situation* » « *les boutons ne faisaient qu'envahir mon visage* » ; Cathy : « *ces produits ont commencé bien après à me décaper à sortir de grosses tâches, des veines...* » Et Eve : « *j'ai eu trop les boutons sur le visage puis ça s'est un peu calmé mais ces derniers mois c'était trop grave* ».

La participante Eve ne voit pas à tous les niveaux un corps entier mais des viscères également au niveau de la planche I par exemple « je vois le cœur avec quatre bars et un petit rectangle au milieu », au niveau de la planche VI elle dit « je vois aussi un point comme le cœur peint en blanc » qui renvoie à Anat. (2) laisse apparaître l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche IV de 09 secondes à secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, d'être aimé ,de séduire. Ceci laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi.

CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION, DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES THÉORIQUES

Dans ce chapitre, nous aborderons l'interprétation des résultats obtenus et des perspectives de la recherche. Toutefois, nous allons d'abord faire le rappel des données théoriques et empiriques ; puis, les résultats seront interprétés à la lumière de la théorie sur laquelle s'étaye notre étude ; et enfin nous présenterons la discussion, et la perspective théorique de notre étude. Ainsi, il sera question de donner un sens, une signification aux résultats obtenus suite à l'analyse des données de recherche.

5.1. RAPPELS DES DONNEES THEORIQUES ET EMPIRIQUES

Dans cette section, seront rappelées d'une part les données théoriques et d'autre part, les données empiriques.

5.1.1. Rappel des données théoriques

Dans cette section, il sera juste question de rappeler les deux perspectives psychanalytiques permettant d'analyser la problématique du moi-corps ou des enveloppes psychiques en suivant l'évolution de la pensée psychanalytique.

S'agissant de la première perspective fondée sur l'hypothèse du « sujet particulier », c'est-à-dire que le sujet particulier est le sujet de désir, fantasme ou phantasme, souvenir. Cette perspective est mise en évidence dans les textes psychanalytiques de Freud, depuis « *l'Esquisse* » jusqu'à « *l'abrégé de psychanalyse* ». Dans *l'Esquisse*, Freud (1895) présente l'idée de limites du Moi, d'un dedans et d'un dehors du moi en définissant le Moi comme frontière entre le monde intérieur et le monde extérieur, et ayant la fonction de pare-excitation, troisième zone de frontière qui s'exerce entre le monde extérieur et la « surface » de l'appareil psychique, c'est-à-dire le système Conscient. Sa fonction est un peu celle de filtre : éviter l'irruption à l'intérieur du psychisme de stimuli trop violents qui ne pourraient être maîtrisés d'où son nom de pare-excitation. Dans le « *Moi et le Ça* » Freud (1923) présente une délimitation de l'appareil psychique en montrant que le Moi est comme une entité correspondant à la projection d'une surface. « *Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, c'est-à-dire à la surface du psychisme mais il est lui-même la projection d'une surface (celle du corps)* » (Freud, 1923, p. 270). Ainsi, selon Freud (1923), le Moi est dans une relation de

dépendance tant à l'endroit des revendications du Ça que des impératifs du Surmoi et des exigences de la réalité. Autrement dit, pour Freud (1923) la vie psychique du « sujet particulier » se développe sur la base des désirs, fantasmes, souvenirs ainsi que leur rapport avec l'interdit et la réalité. Bref, cet angle d'analyse permet de comprendre que le moi-corps ou les enveloppes psychiques est d'abord perçu comme corporéité corporelle, c'est-à-dire que l'énergie ne vient que de l'intérieur c'est-à-dire du corps, de la peau ; support de tout fonctionnement mental de l'être humain. Dans « *Pour introduire le narcissisme* » Freud (1914) dit : « *le corps est le support de mon fonctionnement mental* ». Selon lui, l'individu est confronté à un double destin en tant que projet pour lui-même et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté. Fait référence à un idéal du moi auquel tout le monde doit se conformer. L'idéal est alors ce qu'on aimerait atteindre car Freud dit : « le développement du moi consiste à s'éloigner du narcissisme primaire, et engendre une aspiration intense à recouvrer ce narcissisme. Cet éloignement se produit par le moyen du déplacement de la libido sur un idéal du moi imposé de l'extérieur, la satisfaction par l'accomplissement de cet idéal ».

Winnicott (1974), allant dans la même idéologie fait comprendre que l'individu est à la recherche effrénée, inlassable de son idéal du corps à travers les objets transitionnels afin de garder son image de base. Il décrit cette idée dans son livre « processus de maturation chez l'enfant » : la manière dont cet objet matériel, choisi par le nourrisson « dans son environnement immédiat », lui permet d'établir une transition entre la relation primitive au sein maternel et la constitution d'objets dans le monde extérieur à lui. Cet objet autre, « porteur de mêmété », nous renvoie vers l'enfant grandissant, avec ses besoins psychiques inscrits dans une connaissance de sa vie intérieure et de sa complexité.

Selon Dolto, l'individu reste un être de relation et non uniquement de soins. Selon elle, l'individu n'est pas qu'un corps physique, il est aussi psychique car en l'absence de l'objet primaire (la figure maternelle), les qualités de soins reçus peuvent favoriser une substitution sans souffrance. Pour elle, c'est grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui C'est aussi là qu'un individu solitaire est toujours présent à lui-même à travers le fantasme d'une relation passée, réelle et narcissisante, entre lui et un autre, autre avec lequel il a eu dans la réalité une relation qu'il a introjectée. L'image du corps s'élabore pour elle en trois modalités fondant l'histoire du sujet à savoir l'image de base, l'image fonctionnelle, l'image érogène. L'image de base est celle qui permet à l'enfant de se sentir dans la « mêmété d'être », elle est statique. L'image fonctionnelle contrairement à la précédente est sthénique car elle vise l'accomplissement de son

désir et permet que les pulsions de vie s'objectivent dans la relation au monde et à autrui. L'image érogène quant à elle ouvre au sujet la voie d'un plaisir partagé et humanisant car porteur d'une valeur symbolique.

Ces modalités réunies donneraient à l'individu une dimension dynamique. La dimension dynamique de l'individu renvoi à ce sujet « en désirance », grandissant en appétence pour entrer en relation, comprendre le monde qui l'entoure et accéder à son autonomie.

Mais qu'en est-il de la seconde perspective psychanalytique ?

Avec pour chef de file Anzieu, la seconde perspective est axée sur « le groupe et le sujet de groupe », constituant une entité spécifique, dotée de processus et de formations propres, irréductibles à celui des sujets qui le constituent, capables de caractériser une « âme collective » et qu'en groupe, le sujet se manifeste dans son double statut, corrélatif, de sujet de l'inconscient et de sujet de groupe, que certaines de ses formations sont structurées comme des groupes du « dedans ». Le corps représenté est donc un corps construit suite à un mode de représentation et de perception. C'est aussi le rapport qu'établit le sujet avec son propre corps et qui sera projeté vers l'extérieur pour être perçu.

Anzieu a rendu cela visible lorsqu'il dit que la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau par ses propriétés sensorielles garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre.

Pour lui, la peau fantasmatique commune de la mère et de l'enfant les tient attachés mais anticipe leur séparation à venir. L'épreuve de la séparation effacera la peau commune dans une épreuve de double intériorisation, celle de l'interface qui devient enveloppe pour les contenus mentaux, et celle de l'entourage maternant qui donnent jour à des pensées, des affects et des fantasmes. Ces différents postulats sur le corps permettent de comprendre que pour entrer en relation, comprendre le monde qui entoure l'individu, accéder à son autonomie, il faudrait que la même de l'individu ne soit pas altéré.

5.1.2. Rappel des données empiriques

En général, les sujets présentent des caractéristiques différentes au niveau des trois catégories de présentation du psychogramme. Les localisations chez la première participante

sont plus globales (G) ce qui implique une productivité très réduite (R = 10) et ne permet pas une interprétation fiable des données du psychogramme. Par conséquent le mode d'appréhension est inversé au profit d'un G% élevé; le mode global est privilégié au détriment du mode analytique. Elle aurait donc des problèmes d'élaboration importante de la pensée sous le mode rigide. Par contre chez la deuxième et la troisième participante, les localisations sont détaillées. Notamment chez Cathy et Eve, elles ont respectivement 80 % et 57 % de (D) contre 20% et 23% de leurs réponses globales (G). Cela se confirme dans la pauvreté du discours chez la première avec le nombre de réponses (R= 10) par contre chez la deuxième et la troisième participante (R= 20 et 30). Dans les déterminants, les valeurs normales admises montrent que F% doit être compris entre 55 et 65% et F+% compris entre 70 et 80%. Les valeurs en dessous de la norme sont observées avec les F+% chez les cas Cathy (33%) et Eve (45%). Les valeurs F% de nos sujets vont dans le sens de la norme avec (60%) chez Yep, (75%) chez Cathy et (73%) chez Eve). Par rapport à la représentation de l'image du corps chez ces cas on a chez Yep, Cathy et Eve. En ce qui concerne le cas de Yep : *Quand tu regardes ici au milieu, ça représente la partie ci* » (I) « *C'est comme des personnes qui ont tenu un truc en mains si on peut dire ça...* » (III) « *Ici représente pour moi une personne qui a les microbes* » (X). On peut cependant apercevoir une certaine stabilité identitaire des manifestations narcissiques dans l'affirmation mégalomane de la toute-puissance « *Ici c'est comme un animal qui est en* Le protocole permet d'appréhender l'intensité de la transparence de l'enveloppe corporelle à partir représentations qui laissent percevoir les organes humains : « *Ici, c'est comme les organes. L'intérieur du corps* » (II) « *C'est formé comme... les reins ; ça représente pour moi la peur* » (IV). Le contexte associatif laisse apparaître d'autres représentations où l'image du corps est frustrante ou abîmée : « *ça là, c'est formé comme les organes du corps humain. C'est pas bon à voir* » (VIII) « *Ici représente pour moi une personne qui a des microbes* » (X). L'identification primaire est également mise en branle dans le protocole. Les seules représentations humaines renvoient à des personnes, sans précision aucune : « *Je peux dire que c'est le corps d'une personne en train de voler. Ça représente pour moi un bon résultat* » (V). L'identification secondaire quant à elle est également marquée de la même instabilité. La problématique de la bipolarité sexuelle est patente. A la planche III, planche bisexuée par excellence, Yep voit « *... des personnes qui ont tenu un truc à la main...* ». Le cas de Cathy par contre montre que le protocole permet d'appréhender l'intensité de la fragilité de l'image du corps dans la dynamique identificatoire. Certaines représentations sont explicites, comme la perception d'une image du corps trouée : « *si c'est le cœur, il y a quatre bars et un petit rectangle au milieu* » (I). Le contexte associatif laisse apparaître d'autres représentations où l'image du corps est parcellaire

: «*Je vois les nuages en découpe. Au milieu, deux points rouges. Il y a des nuages et au-dessus des nuages teintés en rouge de chaque côté à gauche et à droite*» (III). Si l'on peut apercevoir une certaine stabilité identitaire chez Eve («*Je vois un truc comme la chauve-souris avec ses pattes et les oreilles* » (V)), il n'en demeure pas moins vrai que sa représentation du corps est teintée d'une angoisse de désintégration patente : «*La côté, il y a un truc qui est suspendu comme le bras d'une personne* » (IV).

5.2. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Dans cette section, nous allons interpréter les résultats en rapport avec nos trois hypothèses qui ont constituées la réalisation empirique de ce travail à la lumière de notre support théorique, la psychanalyse. Il s'agit de lire les résultats de l'étude à partir de la théorie psychanalytique du corps (pulsion) en 1915 qui considère : «*Le concept de pulsion nous apparait comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme mesure de l'exigence de travail qui est imposé au psychique en conséquence de sa liaison au corporel* ». Dans la présente étude, cette théorie va permettre de comprendre comment le fait de se dépigmenter interfère dans le processus de transformation du corps intensifie et alimente l'angoisse du féminin chez les adolescentes camerounaises.

5.2.1. Le corps sédimenté potentialise l'angoisse de perte d'objet d'amour

Selon l'hypothèse de Freud, lorsque l'enfant a été investi libidinalement par sa mère, et que les processus du narcissisme primaire ont bien fonctionné, le Moi naissant de l'enfant va pouvoir supporter les aléas de la vie psychique : par exemple des émotions d'amour et de haine, de frustrations plus ou moins fortes, la capacité de se séparer de l'objet, de s'en différencier. Le Moi naissant de l'enfant est pour lui ici comme une surface destinée à recevoir la représentation d'objet et les affects. Ce Moi dépend de l'investissement de l'objet et de son amour pour pouvoir se sentir exister. Avec la complexité de ce processus de construction il peut arriver qu'il y ait un besoin de combler le trou psychique lorsque le sujet a subi un désinvestissement massif de la mère. À cet effet, l'objet, (la mère), devient potentiellement traumatique pour le Moi de l'enfant car sa structuration en dépend. L'objet est en effet traumatique dans ses manques d'investissement libidinaux pour l'enfant. L'angoisse vient de l'excès d'excitation pulsionnelle, trop plein de libido, et c'est là où l'objet a sa fonction première de pare-excitation. La mère morte ne peut pas secourir son bébé et l'angoisse devient automatique.

En effet, on peut observer à travers le cas Cathy au niveau de son psychogramme une abondance des (D) ce qui montre que la structuration du Moi de cette fille est potentiellement traumatisante car ce moi n'a pas reçu des affects pour pouvoir représenter les objets. Selon Freud, le type d'identification que l'enfant va mettre en œuvre devant l'objet trauma pour advenir aux besoins du moi naissant. Ainsi, devant cet objet (mère) manquant, l'objet dépressif, incapable d'investir l'enfant de sa libido, l'enfant deviendra actif trop tôt, s'obligeant de prendre des « raccourcis de la maturation ». Ainsi, ne pouvant pas profiter d'une certaine « épaisseur » du Moi, création de la richesse narcissique, libidinalisé par l'objet, l'enfant va chercher à construire une sorte de « doublure » protecteur de son Moi fragile, lisse et friable. Ceci est perceptible à travers le discours du cas Cathy qui permet d'appréhender l'intensité de la fragilité de l'image du corps dans la dynamique identificatoire : « *Bon c'est l'appareil génital ici. Comme s'il y a les parties malades.* » (I), « *Je vois toujours l'appareil génital, toujours les fesses ou c'est l'anus ici là ; c'est la partie génitale mais il y a aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la même façon.* » (II) ou « *La poitrine avec aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la même façon les parties malades sont colorées en blanches* » (IV) « *La colonne vertébrale ; la maladie se trouve au niveau de la colonne vertébrale colorée en blanche* » (VI). Plus loin, nous remarquons à travers analyse du Rorschach que les représentations de l'image du corps est tronquée ou parcellaire : « *Le corps humain voici la tête, les mains, le tronc pardon les pommelles ne sont pas coloriées de la même façon* » (III), « *c'est aussi une partie du corps humain, de la tête jusqu'au niveau du ventre* » (VI), « *Une partie du corps humain, la tête jusqu'à ce niveau, la poitrine* » (VII) « *Une partie du corps qui débute par le cou jusqu'à la poitrine. Je vois aussi le cœur, les poumons et la poitrine...* » (VIII) « *Ici, ce sont les cuisses et les pattes de l'oiseau...* » (IX) « *Une partie du corps qui débute par le cou et se termine par le ventre, c'est ce que je vois. Je vois les côtes coloriées en rose, à ce niveau je vois la poitrine, c'est aussi coloré en bleu* » (X). Ceci est visible également dans les données du Rorschach lorsque nous remarquons que la participante ne voit pas un corps entier mais des viscères au niveau de la planche IV par exemple « *c'est formé comme on appelle ici encore là ? Les reins nor* » aussi, au niveau de la planche VI elle dit « *ceci est comme la colonne vertébrale nor* » qui renvoie à l'Anat. (IV) traduit de l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche V de 08 secondes à 132 secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, de plaire, de séduire ce qui traduit de l'angoisse. L'indice d'angoisse ici (40) laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi.

Cependant, le Moi du jeune enfant n'étant pas constitué et les relations d'objets (le soi, l'objet et l'affect) n'étant pas distinctement délimitées, l'absence maternelle et/ou l'insatisfaction des besoins primaires provoquent un sentiment d'impuissance ainsi qu'une abolition du vouloir et du pouvoir. Dans ces conditions, le nourrisson connaît une impression de discontinuité et cette expérience est souvent vécue comme le sentiment atroce d'être vidé de sa substance, non pas d'une humeur, si essentielle soit-elle, et ceci sans recours et sans fin. L'angoisse éprouvée s'apparenterait sensiblement à l'angoisse de morcellement du sujet psychotique car le nourrisson souffre de la douleur de la perte avant de côtoyer l'angoisse de la perte d'amour : lorsque sa mère disparaît, son Moi s'évide (Assoun, 1994). Il ne craint pas la mort, qui est un concept d'adultes, mais l'absence de sa mère qui reste pour lui une possibilité d'anéantissement (Lebovici, 1992). Ceci est justifié à travers ce que dit ces participantes à plusieurs niveaux (choc, déni et la tristesse) comme Yep : « *j'avais peur que les produits qu'on me demande d'utiliser viennent et « on me pose les questions sur ma façon de marcher » empirer la situation et que je ne les retrouve plus » « je ne peux plus sortir sans voile ».*

5.2.2. Le corps de désir intensifie l'angoisse de destruction des objets internes

Cette quête commence dès la recherche du sein pour Sédat (2007) d'abord engagé dans le besoin puis dans le désir et continue en se tissant dans la recherche de cet objet (pris chez l'autre) satisfaisant et idéalisé, perdu et haï. La jouissance du corps s'ordonne en suivant ces coordonnées. Le scénario de cet acte est infantile, « en tant qu'il est l'élaboration fantasmatique de la façon dont le corps a été affecté par la mère ». La vie du bébé et sa relation avec l'objet est l'expérience qui selon Freud constitue le patron de toutes les situations d'angoisse ultérieures, impacte nécessairement les premières relations du bébé avec le monde extérieur. Il semblerait qu'il ressente la souffrance et le malaise qu'il a supporté, aussi bien que la perte de l'état intra-utérin, comme une attaque provenant de forces hostiles, c'est-à-dire comme une persécution. L'angoisse de persécution entre donc dès le début dans la mesure où il est exposé aux privations. Autrement dit, l'objet total n'est pas la somme des objets partiels rassemblés, en d'autres termes des objets idéalisés, l'objet total ne sera jamais retrouvé, il est à jamais perdu. Le sentiment dépressif se réveille parce que le moi craint d'avoir détruit cet objet parfait et redoute de mourir à son tour.

En effet, avec l'intention d'anéantir le mauvais objet et d'incorporer le bon, l'enfant est enfermé dans la logique de l'un. Logique du « ou- ou » donc du « un » mais jamais du « deux ». Cette pulsion épistémophilique stimulée par l'apparition des tendances œdipiennes concerne

d'abord principalement le corps de la mère, qui est conçu comme scène de tous les processus et de tous les événements sexuels. Cette pulsion consiste en une identification très précoce avec la mère ». Tandis que le sadisme accentue l'envie de savoir de l'enfant, sa frustration alimente à son tour le sadisme d'origine, tout cela étant orchestré par un surmoi jouisseur de la culpabilité et du remords suscités. Ainsi ce sont d'abord les pulsions sadiques dont l'intérieur de la mère est l'objet qui activent le besoin épistémophilique. Mais l'angoisse qu'elles ne manquent pas de susciter renforce et intensifie de nouveau ce besoin ». Ces participantes ont toute des désirs d'être plus belle, attirante, sans tache ce qui se justifie dans les différents éléments de leur discours comme celui de Yep par exemple dit « *que j'allais avoir une peau belle, lisse, propre sans boutons* » « *voyant ma grande sœur qui avait une peau sans problèmes* » « *d'autres m'évitent soit disant que c'est contagieux* » « *les camarades sont toujours en train de me poser les questions sur mes boutons...* » « *Car même en route les gens me regardent bizarrement* » et le cas Eve dit dans le même sens : « *ça m'arrangeait d'abord la peau sans problème* » « *ma peau était fraîche, propre* » « *... ça me décapait jusqu'à ce que je m'en rends compte à travers les remarques de mon entourage* » « *ceux qui me croisaient me posaient des questions* ».

Ceci est visible avec la participante Cathy qui ne voit pas un corps entier mais des viscères au niveau de la planche II par exemple « je vois toujours les fesses ou c'est l'anus ici là », au niveau de la planche I elle dit « Bon c'est l'appareil génital » et au niveau de planche IV « la poitrine » qui renvoie à Hd (12) laisse apparaître l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche V de 12 secondes à 135 secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, d'être aimé, de séduire. Il y a aussi une prédominance des couleurs, noir, noir sombre dans les contenus du Rorschach Cathy ce qui traduit de l'angoisse. Ceci laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi

5.2.3. Le corps imaginaire alimente l'angoisse de crainte d'envahissement

Toutefois, le corps imaginaire est encore autre chose : le stade du miroir ne saurait, en effet, se limiter à sa valeur spéculaire, puisqu'il se recoupe d'un engagement du langage dans la question de l'image. L'authentification de la différence constatée, dans le reflet de la glace, entre le parent et l'enfant, se déduit, aussi, en effet, d'une parole : « c'est toi » et « c'est moi ». Comme le rappelle Gérard Amiel (2001, p. 107), « au sein même de cette constitution de

l'imaginaire se glissent les racines du symbolique », le langage s'enchevêtrant dans l'image. C'est pourquoi le corps imaginaire ne saurait être réduit au seul corps anatomique.

En revenant au regard, nous pouvons rappeler que l'enfant, qui se voit observé par la mère, détecte, dans ses yeux, combien il peut se montrer à la hauteur de son désir, honorant les promesses qui peuplèrent le temps de la grossesse et celui-là même qui le précéda, tout aussi gorgé de projections, d'idéalisations, de fantasmes. Avec Winnicott, disons-le : « que voit le bébé lorsqu'il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même » (Winnicott, 1975, p. 205). Que l'enfant se sente regardé comme insatisfaisant, décevant, voire se reflète comme un objet sans humanité, et il se percevra impropre à soutenir le désir de l'autre maternel. Or, cette angoisse, qui peut étreindre subjectivement le petit enfant, trouvera facilement matière à se projeter et à se décliner sur le corps. Ce ne sera pas, alors, seulement le sujet lui-même, mais, aussi bien, son corps, qui sera vécu comme impropre à contenter le désir de l'autre maternel. Le corps imaginaire, pris dans le regard, est ainsi mandaté pour objectiver ce rejet et offrir une prise au sujet, qui peut se focaliser sur son « image ».

Nous pouvons remarquer l'angoisse avec la participante Eve qui ne voit pas à tous les niveaux un corps entier mais des viscères également au niveau de la planche I par exemple « je vois le cœur avec quatre bars et un petit rectangle au milieu », au niveau de la planche VI elle dit « je vois aussi un point comme le cœur peint en blanc » qui renvoie à Anat. (2) laisse apparaître l'angoisse. Au niveau des chocs (XX) comme le temps mis par exemple à la réponse de la planche IV de 09 secondes à secondes et des refus (I) nous pouvons dire qu'il y a des affects ayant valeur de rancune vis-à-vis des manquements des objets désirés qui ne sont rien d'autre que la quête, le désir d'être belle, d'être aimé, de séduire. Ceci laisse apparaître une problématique phallique liée à la castration, à l'autorité et donc au surmoi.

5.3. PERSPECTIVES THEORIQUES

Dans cette étude, nous avons questionné la problématique du corps dans son processus de transformation qui alimente l'angoisse du féminin chez les adolescentes. A l'issue de l'analyse et de l'interprétation des données collectées ou résultats obtenus chez nos participants, il apparaît que le corps sédimenté alimente l'angoisse de perte d'objet d'amour chez les adolescentes en situation de dépigmentation (HR1) ; le corps de désir potentialise l'angoisse de destruction des objets internes chez les adolescentes qui se dépignent (HR2) ; et le corps imaginaire potentialise l'angoisse de crainte d'invasion chez les adolescentes qui se

dépigmentent (HR3). C'est ainsi que Samir fait comprendre que le corps étant le seul repère stable de ce dernier au cours de la puberté celui-ci ou ce corps devient un champ de bataille au regard de son identité qui se construit. Vu les changements physiologiques, l'image qui doit être redistribuée, l'instabilité personnelle, l'adolescent doit faire le deuil de son enfance pour pouvoir reconstruire son identité. L'image du corps étant l'idée que chacun de nous se fait de sa propre forme corporelle perçue et imaginée, il arrive malheureusement qu'au terme des modifications l'image du corps peut aboutir soit à une acceptation pour d'aucuns soit à un rejet pour d'autres ou à une représentation négative du corps et des inquiétudes corporelles.

En outre, il apparaît sur le plan pratique, que les jeunes femmes prolétaires qui se dépigmentent se retrouvent très angoissés en consultation et en situation d'entretien clinique au regard de leur situation et le processus de ré parage par rapport à celles qui sont vieilles et nantis.

Avec le manque de mesures prises sur ledit phénomène, nous interpellons l'Etat Camerounais à évaluer ce phénomène de plus près afin de prendre des décisions. Aussi, il faudra faire de plus en plus des sensibilisations auprès de la population pour freiner l'ampleur que ce phénomène prend au Cameroun. Également, il faudra que les psychologues de manière générale plus précisément les psychopathologues et cliniciens travaillent avec les dermatologues pour que ces patientes aient un suivi psychologique pour leur bien être psychosocial ce qui permettra de remédier à ce phénomène.

Par ailleurs, il s'est avéré qu'au niveau de la localisation, il y a une prégnance de **D** au détriment de **G** ($D > G$) traduisant un mode de fonctionnement secondarisé, une bonne capacité d'analyse des participants. Mais dans la projection elle-même, il s'agit de la dominance du contenu **H** sur le contenu **A** ($H > A$). Il y a un décalage ou paradoxe. En effet, celui-ci peut s'expliquer lorsque l'on renvoie cela au vécu angoissant du corps du sujet. C'est-à-dire, comment le sujet vit son corps avec cette montée intrusive de l'angoisse?

CONCLUSION GENERALE

Parvenu, au terme de ce travail qui porte sur « *échec de la dépigmentation, image du corps et angoisse du féminin chez les adolescentes camerounaises* » il était question d'appréhender comment la dépigmentation ou alors le fait de se dépigmenter pour un sujet interfère dans le processus de transformation du corps et potentialise l'angoisse du féminin chez les adolescentes camerounaises. Chez plusieurs adolescentes camerounaises, le processus de transformation du corps potentialise l'angoisse du féminin chez les adolescentes. Cette angoisse est à la fois sociale et psychique. L'angoisse sociale se réfère au comportement que ces adolescentes affichent en société. Plus précisément, dans l'étude de Mayoughou. A et Wamba. A (2017) cela se réfère au désir d'appartenance à une classe sociale chez les lycéennes au Cameroun. Ce désir consiste à recourir à cette pratique pour s'apparenter à leurs proches ou autres personnes de leur entourage possédant une peau claire en ce sens que, après avoir vu la couleur claire de certaines, elles veulent leur ressembler. Aussi, nous avons le désir d'être apprécié par l'autre, l'impact des médias, internet, la diffusion des séries télévisées des blancs en Afrique et les magasins de mode, la publicité, les railleries et la stigmatisation évoqués par ces mêmes auteurs.

L'aspect psychique de cette pratique repose sur le recours à ces états qui sont ces boîtes d'huiles bref ces différents moyens utilisés par ces adolescentes. Ce recours est nourrit par le désir d'être belle, la quête d'un teint parfait, beau, propre. Cet aspect est évoqué par Anzieu (1985) lorsqu'il souligne que l'étayage renvoie à une relation métaphorique non pas analogique et qu'il s'agit de la peau au sens « d'être bien dans sa peau », et non pas de la peau de l'anatomiste ou du dermatologue. Dans la période adolescente, le corps subit des transformations cruciales tant au niveau de sa forme qu'au niveau de ses fonctions ce qui perturbe son identité qui le lie au monde. Le corps étant le seul repère stable de ce dernier au cours de la puberté celui-ci ou ce corps devient un champ de bataille au regard de son identité qui se construit. Vu les changements physiologiques, l'image qui doit être redistribuée, l'instabilité personnelle, l'adolescent doit faire le deuil de son enfance pour pouvoir reconstruire son identité. L'image du corps étant l'idée que chacun de nous se fait de sa propre forme corporelle perçue et imaginée, il arrive malheureusement qu'au terme des modifications l'image du corps peut aboutir soit à une acceptation pour d'aucuns soit à un rejet pour d'autres ou à une représentation négative du corps et des inquiétudes corporelles : Samir (1996).

Par ailleurs, touche chose qui permet à Melgosa (1999) repris par Konlack, Mgbwa et Konlack (2011) de constater que les bouleversements corporels de la puberté peuvent produire chez l'adolescent la sensation de chaos psychique. Ils remettent en cause l'identité constituée dans l'enfance et stabilisée pendant la période de latence. La majorité des adolescents peuvent y puiser force de vie, vitalité et volonté de se saisir de la nouvelle vie d'adulte qui s'annonce et entrer dans cette période avec enthousiasme. D'autres plus fragiles peuvent ressentir inquiétude, anxiété, angoisse et avoir besoin de soutien durant cette période comme dans ce travail.

Ainsi, la question que nous nous sommes posée est : « *comment le fait de se dépigmenter interfère dans le processus de transformation du corps et alimente l'angoisse du féminin chez les adolescentes ?* » C'est la question principale de recherche de l'étude. La réponse à cette question est : « *le fait de se dépigmenter interfère dans le processus de transformation du corps et alimente l'angoisse du féminin chez les adolescentes* ». C'est l'hypothèse générale de cette étude. Elle a donné lieu à trois hypothèses de recherche qui sont :

HR1 : Le corps sédimenté alimente l'angoisse de perte d'objet d'amour chez les adolescentes qui se dépigmentent

HR2 : le corps de désir potentialise l'angoisse de destruction des objets internes chez les adolescentes qui se dépigmentent

HR3 : le corps imaginaire alimente l'angoisse de crainte d'invasion chez les adolescentes qui se dépigmentent

Pour éprouver cette hypothèse, la recherche, nous avons sélectionné trois participants, pour mener des entretiens afin de passer le Rorschach. Les résultats obtenus et analysés psychologiquement à l'aide de la technique d'analyse de contenu thématique ont permis de dégager quelques faits saillants.

Premièrement, le corps sédimenté est vécu par les participants comme un désetayage à travers l'oubli, les actes manqués, les gestes, les mimiques. Ce désetayage s'explique par Freud, lorsque l'enfant a été investi libidinalement par sa mère, et que les processus du narcissisme primaire ont bien fonctionné, le Moi naissant de l'enfant va pouvoir supporter les aléas de la vie psychique : par exemple des émotions d'amour et de haine, de frustrations plus ou moins fortes, la capacité de se séparer de l'objet, de s'en différencier. Le Moi naissant de l'enfant est pour lui ici comme une surface destinée à recevoir la représentation d'objet et les affects. Ce Moi dépend de l'investissement de l'objet et de son amour pour pouvoir se sentir exister. Avec

la complexité de ce processus de construction il peut arriver qu'il y ait un besoin de combler le trou psychique lorsque le sujet a subi un désinvestissement massif de la mère. A cet effet, l'objet, (la mère), devient potentiellement traumatique pour le Moi de l'enfant car sa structuration en dépend. L'objet est en effet traumatique dans ses manques d'investissement libidinaux pour l'enfant. L'angoisse vient de l'excès d'excitation pulsionnelle, trop plein de libido, et c'est là où l'objet a sa fonction première de pare-excitation. La mère morte ne peut pas secourir son bébé et l'angoisse devient automatique.

En effet, on peut observer à travers le cas Cathy au niveau de son psychogramme une abondance des (D) ce qui montre que la structuration du Moi de cette fille est potentiellement traumatisante car ce moi n'a pas reçu des affects pour pouvoir représenter les objets. Selon Freud, le type d'identification que l'enfant va mettre en œuvre devant l'objet trauma pour advenir aux besoins du moi naissant. Ainsi, devant cet objet (mère) manquant, l'objet dépressif, incapable d'investir l'enfant de sa libido, l'enfant deviendra actif trop tôt, s'obligeant de prendre des « raccourcis de la maturation ». Ainsi, ne pouvant pas profiter d'une certaine « épaisseur » du Moi, création de la richesse narcissique, libidinalisé par l'objet, l'enfant va chercher à construire une sorte de « doublure » protecteur de son Moi fragile, lisse et friable. Ceci est perceptible à travers le discours du cas Cathy qui permet d'appréhender l'intensité de la fragilité de l'image du corps dans la dynamique identificatoire : « *Bon c'est l'appareil génital ici. Comme s'il y a les parties malades.* » (I), « *Je vois toujours l'appareil génital, toujours les fesses ou c'est l'anus ici là ; c'est la partie génitale mais il y a aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la même façon.* » (II) ou « *La poitrine avec aussi les parties malades et ce n'est pas coloré de la même façon les parties malades sont colorées en blanches* » (IV) « *La colonne vertébrale ; la maladie se trouve au niveau de la colonne vertébrale colorée en blanche* » (VI). Plus loin, nous remarquons à travers analyse du Rorschach que les représentations de l'image du corps est tronquée ou parcellaire : « *Le corps humain voici la tête, les mains, le tronc pardon les pommelles ne sont pas coloriées de la même façon* » (III), « *c'est aussi une partie du corps humain, de la tête jusqu'au niveau du ventre* » (VI), « *Une partie du corps humain, la tête jusqu'à ce niveau, la poitrine* » (VII) « *Une partie du corps qui débute par le cou jusqu'à la poitrine. Je vois aussi le cœur, les poumons et la poitrine...* » (VIII) « *Ici, ce sont les cuisses et les pattes de l'oiseau...* » (IX) « *Une partie du corps qui débute par le cou et se termine par le ventre, c'est ce que je vois. Je vois les côtes coloriées en rose, à ce niveau je vois la poitrine, c'est aussi coloré en bleu* » (X).

Par contre, le Moi du jeune enfant n'étant pas constitué et les relations d'objets (le soi, l'objet et l'affect) n'étant pas distinctement délimitées, l'absence maternelle et/ou l'insatisfaction des besoins primaires provoquent un sentiment d'impuissance ainsi qu'une abolition du vouloir et du pouvoir. Dans ces conditions, le nourrisson connaît une impression de discontinuité et cette expérience est souvent vécue comme le sentiment atroce d'être vidé de sa substance, non pas d'une humeur, si essentielle soit-elle, et ceci sans recours et sans fin. L'angoisse éprouvée s'apparenterait sensiblement à l'angoisse de morcellement du sujet psychotique car le nourrisson souffre de la douleur de la perte avant de côtoyer l'angoisse de la perte d'amour : lorsque sa mère disparaît, son Moi s'évide (Assoun, 1994). Il ne craint pas la mort, qui est un concept d'adultes, mais l'absence de sa mère qui reste pour lui une possibilité d'anéantissement (Lebovici, 1992). Ceci est justifié à travers ce que dit ces participantes à plusieurs niveaux (choc, déni et la tristesse) comme Yep : « *j'avais peur que les produits qu'on me demande d'utiliser viennent et « on me pose les questions sur ma façon de marcher » empirer la situation et que je ne les retrouve plus » « je ne peux plus sortir sans voile ».*

Deuxièmement, le corps de désir potentialise l'angoisse de destruction des objets internes car cette quête commence dès la recherche du sein pour Sédat (2007) d'abord engagé dans le besoin puis dans le désir et continue en se tissant dans la recherche de cet objet (pris chez l'autre) satisfaisant et idéalisé, perdu et haï. La jouissance du corps s'ordonne en suivant ces coordonnées. Le scénario de cet acte est infantile, « en tant qu'il est l'élaboration fantasmatique de la façon dont le corps a été affecté par la mère ». La vie du bébé et sa relation avec l'objet est l'expérience qui selon Freud constitue le patron de toutes les situations d'angoisse ultérieures, impacte nécessairement les premières relations du bébé avec le monde extérieur. Il semblerait qu'il ressente la souffrance et le malaise qu'il a supporté, aussi bien que la perte de l'état intra-utérin, comme une attaque provenant de forces hostiles, c'est-à-dire comme une persécution. L'angoisse de persécution entre donc dès le début dans la mesure où il est exposé aux privations. Autrement dit, l'objet total n'est pas la somme des objets partiels rassemblés, en d'autres termes des objets idéalisés, l'objet total ne sera jamais retrouvé, il est à jamais perdu. Le sentiment dépressif se réveille parce que le moi craint d'avoir détruit cet objet parfait et redoute de mourir à son tour.

En effet, avec l'intention d'anéantir le mauvais objet et d'incorporer le bon, l'enfant est enfermé dans la logique de l'un. Logique du « ou- ou » donc du « un » mais jamais du « deux ». Cette pulsion épistémophilique stimulée par l'apparition des tendances œdipiennes concerne d'abord principalement le corps de la mère, qui est conçu comme scène de tous les processus

et de tous les évènements sexuels. Cette pulsion consiste en une identification très précoce avec la mère ». Tandis que le sadisme accentue l'envie de savoir de l'enfant, sa frustration alimente à son tour le sadisme d'origine, tout cela étant orchestré par un surmoi jouisseur de la culpabilité et du remords suscités. Ainsi ce sont d'abord les pulsions sadiques dont l'intérieur de la mère est l'objet qui activent le besoin épistémophilique. Mais l'angoisse qu'elles ne manquent pas de susciter renforce et intensifie de nouveau ce besoin ». Ces participantes ont toutes des désirs d'être plus belle, attirante, sans tache ce qui se justifie dans les différents éléments de leur discours comme celui de Yep par exemple dit « *que j'allais avoir une peau belle, lisse, propre sans boutons* » « *voyant ma grande sœur qui avait une peau sans problèmes* » « *d'autres m'évitent soit disant que c'est contagieux* » « *les camarades sont toujours en train de me poser les questions sur mes boutons...* » « *Car même en route les gens me regardent bizarrement* » et le cas Eve dit dans le même sens : « *ça m'arrangeait d'abord la peau sans problème* » « *ma peau était fraîche, propre* » « *... ça me décapait jusqu'à ce que je m'en rende compte à travers les remarques de mon entourage* » « *ceux qui me croisaient me posaient des questions* ».

Troisièmement, le corps imaginaire alimente l'angoisse de crainte d'envahissement dans la mesure où l'enfant, qui se voit observé par la mère, détecte, dans ses yeux, combien il peut se montrer à la hauteur de son désir, honorant les promesses qui peuplèrent le temps de la grossesse et celui-là même qui le précéda, tout aussi gorgé de projections, d'idéalisations, de fantasmes. Avec Winnicott, disons-le : « que voit le bébé lorsqu'il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même » (Winnicott, 1975, p. 205). Que l'enfant se sente regardé comme insatisfaisant, décevant, voire se reflète comme un objet sans humanité, et il se percevra impropre à soutenir le désir de l'autre maternel. Or, cette angoisse, qui peut être indréchable subjectivement le petit enfant, trouvera facilement matière à se projeter et à se décliner sur le corps. Ce ne sera pas, alors, seulement le sujet lui-même, mais, aussi bien, son corps, qui sera vécu comme impropre à contenter le désir de l'autre maternel. Le corps imaginaire, pris dans le regard, est ainsi mandaté pour objectiver ce rejet et offrir une prise au sujet, qui peut se focaliser sur son « image ».

Dans cette perspective, « la première organisation du moi provient du vécu des menaces d'annihilation qui n'entraînent pas d'annihilation véritable et dont on se remet chaque fois. Grâce à ces expériences, la confiance dans la guérison conduit petit à petit le moi à faire face à la frustration ». L'angoisse de crainte d'envahissement est visible ici dans ces discours de Yep : « *j'avais peur que les produits qu'on me demande d'utiliser... empirer la situation* » « *les boutons ne faisaient qu'envahir mon visage* » ; Cathy : « *ces produits ont commencé bien après*

à me décaper à sortir de grosses tâches, des veines... » Et Eve : « j'ai eu trop les boutons sur le visage puis ça s'est un peu calmé mais ces derniers mois c'était trop grave ».

Après l'analyse et de l'interprétation des données collectées ou résultats obtenus chez nos participants, il apparaît que le corps sédimenté alimente l'angoisse de perte d'objet d'amour chez les adolescentes en situation de dépigmentation (HR1) ; le corps de désir potentialise l'angoisse de destruction des objets internes chez les adolescentes qui se dépigmentent (HR2) ; et le corps imaginaire potentialise l'angoisse de crainte d'envahissement chez les adolescentes qui se dépigmentent (HR3). C'est ainsi que Samir fait comprendre que le corps étant le seul repère stable de ce dernier au cours de la puberté celui-ci ou ce corps devient un champ de bataille au regard de son identité qui se construit. Vu les changements physiologiques, l'image qui doit être redistribuée, l'instabilité personnelle, l'adolescent doit faire le deuil de son enfance pour pouvoir reconstruire son identité. L'image du corps étant l'idée que chacun de nous se fait de sa propre forme corporelle perçue et imaginée, il arrive malheureusement qu'au terme des modifications l'image du corps peut aboutir soit à une acceptation pour d'aucuns soit à un rejet pour d'autres ou à une représentation négative du corps et des inquiétudes corporelles.

En outre, il apparaît sur le plan pratique, que les jeunes femmes prolétaires qui se dépigmentent se retrouvent très angoissé en consultation et en situation d'entretien clinique au regard de leur situation et le processus de ré parage par rapport à celles qui sont vieilles et nantis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham, K. & Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Aubier-Flammarion.
- Anzieu, D. & Chabert, C. (1961). *Les méthodes projectives*. PUF.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Baudin, M. (2007). *Clinique projective. Rorschach et TAT*. Hermann.
- Bick, E. (1968). « The experience of the skin in early object relations », *International Journal of Psycho-analysis*, 49, p. 484-486
- Bisseck, Z. (2019). Discours d'ouverture. Récupérée sur Health sciences and disease <https://www.hds-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1733>. 6/20.
- Bion, W-R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. PUF.
- Bion, W-R. (1962). Une théorie de l'activité de pensée. Dans *Réflexion faite*. PUF.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*,
- Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective 1*, 16, 9-27.
- Braconnier, A., Marcelli, D. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Masson
- Brullman, F. (2010). Anatomie d'une illusion : désir de chirurgie esthétique, psyché à corps perdu. *Revue française de psychanalyse*. 5 /74 pp 1605-1610
- Chabert, C. & Verdon, B. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*. PUF.
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte*. Dunod.
- Chabert, C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Dunod.
- Chabert, C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Dunod, « Psychismes ».
- Chabert, C. (2013). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Dunod.
- Chabert, C. Louët, E. Azoulay, C. Verdon, B. (2020). *Manuel du Rorschach et du TAT Interpretation psychanalytique*. Dunod
- Christian, J. C. (2009). *Freud et la question de l'angoisse*. De Boeck

- Ciccone, A. (2001). « Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques » in *Cahier de psychologie clinique* 2001/2 numéro 81-102
- Claes, M. (2009). *La conception contemporaine de l'adolescence en psychologie*. Dunod
- De Tychey C. & al. (2012) « Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale : quelques réflexions » in *Bulletin de psychologie* 5 numéro 521 453-466
- Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord*. Petite Bibliothèque Payot.
- Dejours, C. (2009). *Corps et Psychanalyse*, « L'information psychiatrique », vol. 85, pp. 227 à 234
- Deslauriers, J.-P. (1991). Recherche qualitative. Guide pratique. Montréal: McGraw-Hill.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Le seuil.
- Eva, S. (3 avril 2019). Dépigmentation volontaire : un phénomène de société. Récupérée sur Jeune Afrique. <https://www.jeuneafrique.com/662823/société/depigmentation-volontaire-un-phénomène-de-société/>
- Fonkeng, E. ; Chaffi, S. & Bomda J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales*. ACCOSUP.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2006). Fondements et étapes du processus de recherche. Chenelière éducation.
- Freud, A. (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. PUF.
- Freud, S. (1893). *Etude sur l'hystérie*. PUF.
- Freud, S. (1895). « Esquisse d'une psychologie scientifique » in *La Naissance de la psychanalyse*, PUF.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris : La bibliothèque du XXème siècle.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Folio essais, Gallimard.
- Freud, S. (1912). *Totem et Tabou*. Payot.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Petite Bibliothèque Payot.

- Freud, S. (1915). « Pulsions et destin des pulsions » in *Métapsychologie*. PUF.
- Freud, S. (1915b). « Complément métapsychologique à la doctrine du rêve » in *métapsychologie*. PUF.
- Freud, S. (1917). « Deuil et mélancolie » in *Métapsychologie*. PUF.
- Freud, S. (1917). *Introduction à la psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. PUF.
- Freud, S. (1921). « Psychologie collective et analyse du moi » in *Essais de psychanalyse*. Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. PUF.
- Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Editions Gallimard,
- Gagnon, Y. C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Sainte-Foy : Presses Universitaires du Québec.
- INSERM (2007). *Croissance et puberté : Évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques*. Editions Inserm.
- Klein.M (2013). Sur la théorie de l'angoisse et de la culpabilité. *Développements de la psychanalyse*. pp 254-273
- Konlack, L. J., Mgbwa, V. & Konlack, M. A. (2019). *Enfant en deuil, professionnel*
- Kourouma,S., Gbery,P.,Yoboué,P. (2016). Dépigmentation cutanée cosmétique des femmes noires : résultats d'une enquête CAP à Abidjan. *Panafrican-med-journal*.24
- Kouotou,A., Fouda, N. , Bissek, Z., Defo, D., Ndam, N. (2016). Dépigmentation Volontaire : pratiques et complications rencontrées chez les commerçantes de Yaoundé .*Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 143 pp 128-135
- Kouotou,A. (2019) . Histoire de la dépigmentation volontaire. *Journal of medicine and biomedical sciences*. 6/20.

- Lacan, J. (1937). « *Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçue en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique*, in *L'analyse, l'archive*. Paris : Ed. de la bibliothèque nationale de France .
- Lacan, J. (1970). Radiophonie, in *Autres écrits*, Paris. Seuil, 2001, p. 409
- Lacan, J. (2004). Le séminaire, livre XXIII. *Le sinthome*, 1975-1976, Ed. Seuil, p. 66
- Lagache, D. (1949). *L'unité de la psychologie*. PUF
- Laplanche J. et Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF 2007 Lazarus
- Lecordier. D. (2009).Le corps : concept ethnosociologique mobilisé dans le soin. *Recherche en soins infirmiers*. pp 32-35
- Rausch de Traubenberg, N. (1970). *La pratique du Rorschach*. PUF
- Marinopoulos.S. (2016). De l'objet « mamaisé » de Françoise Dolto à l' « objet transitionnel » de Donald Winnicott. *Revue l'école des parents*. 6(621), pp41- 52
- Marjorie, L. (2013). La tribu des adolescents situation éducative sous éclairage analytique. Les Cahiers Dynamiques. 1/58 pp 133/142
- Maurice, A. (2012).Les dynamismes du vieillissement et le cycle de la vie : l'approche d'Erikson. *Université de montréal*.
- Mbog, A. (29 juin 2019). Cameroun-femmes. Au Cameroun, la dépigmentation fait fureur récupérée sur Cameroun24 : <https://www.google.com/s/cameroun24.net/amp/actualite-cameroun-au-Cameroun-la-dépigmentation-de-la-peau-fait-fur-1-1-50639.html>
- Mgbwa, V. (2011). Image de soi de l'adolescente qui tombe en transe dans les établissements, in *Syllabus Review Vol.II N2*, pp 129-162.
- Mouliom, A. & Wamba. A. (2017) Perceptions de la dépigmentation volontaire de la peau chez les lycéennes au Cameroun. *Santé Publique*. 2 /29 pp 263-270.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*. L'Harmattan.

- Petit, A. (2007). La dimension addictive de la dépigmentation volontaire. *Clinique transculturelle*. pp 1-77.
- Pireyre, W. E. (2021). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Dunod.
- Rausch de Traubenberg, N., Boizou, M.F., (1984). *Le Rorschach en clinique infantile*. Dunod.
- Roman, P. (2009). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent*. Dunod
- Sami, A. (1977). *Corps réel, corps imaginaire*. Dunod.
- Sami, A. (1990). *Corps, l'espace et le temps*. Dunod.
- Samir, J. (2009). Psychologie de l'adolescent. *Institut supérieur du sport et de l'éducation physique, le Kef*.
- Schilder, P. (1950). *L'image du corps*. Gallimard, 1968.
- Sériot C. R. (2004-2005). Angoisse comme organisateur psychique. *DESS de psychologie de l'enfance et de l'adolescence UTM*.
- Tchedjou, F. L. (2019). *Vécu de l'angoisse et pulsion de mort chez l'adolescent diabétique*. In clinique psychanalyse du développement. Paris
- Tsague, M. (2021). Dépigmentation volontaire de la peau au Cameroun et narcissisme pathologique. *Centre de recherche en psychologie : cognition, psychisme et organisations*.
- Tsala Tsala, J. P. (2006). *La psychologie telle quelle. Perspective africaine*. Presses de l'Université catholique d'Afrique Centrale.
- Valas .P. (1985). Essai sur le corps en médecine, biologie et la psychanalyse
- Widlöcher, D. (1997). Préface. *La personnalité narcissique*. O. Kerberg.
- Winnicott, D.W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels ; trad.fr. in *jeu et réalité. L'espace potentiel*, Gallimard,.
- Winnicott, D.W. (1965). Processus de maturation chez l'enfant : Payot, 1983
- Winnicott, D.W. (1974). La crainte de l'effondrement, in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, p. 205-216.

ANNEXES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

B.P. 755 YAOUNDE
Tél : (237) 22 00 97 18

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

P.O. BOX: 755 YAOUNDE
Phone: (237) 22 00 97 18

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Chandel MONEZE EBALE**, Professeur des universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que **Mlle Aristide MIKET DEUDJUI**, matricule 15A884 est étudiante en psychologie option psychopathologie et clinique. Elle a libellé son sujet de mémoire de Master :

« **Echec de la dépigmentation, image du corps et angoisse du féminin chez les adolescentes déscolarisées** ».

Elle travaille sous la direction du Pr **MGBWA Vandelin**, (Maitre de Conférences).

Pour mener à terme ce travail, une investigation en milieu hospitalier s'avère nécessaire.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le **24 SEP 2021**

Le Chef de Département

Aristide Miket Deudjui



Chandel Moneze Ebalé
Professeur Titulaire

CLINIQUE BASTOS

MEDECINE GENERALE - GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE - PEDIATRIE - CHIRURGIE
ECHOGRAPHIE-CABINET DENTAIRE-CABINET O.R.L.-LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES - RADIOLOGIE - H.S.G. - E.C.G. - E.E.G. - HOSPITALISATION
Cliniquebastos@yahoo.fr

B.P. 1937 YAOUNDE TEL. (237)697 06 76 41/674 55 29 53

Le Directeur de la Clinique BASTOS

YAOUNDE

A Mme ARISTIDE MIKET DEDJUI,

Etudiante en Psychologie option

Psychopathologie et Chimique.

Département de Psychologie Université

De YAOUNDE I

OBJET : VL/Demande d'autorisation

De recherche.

Madame,

En accusant réception de votre lettre dont les références sont requises en objet.

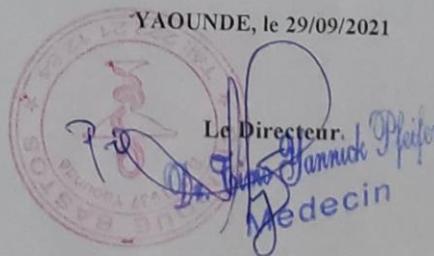
J'ai l'honneur de vous faire part que je marque mon accord.

Vous pouvez conduire votre recherche en vous conformant aux principes éthiques relatifs à la recherche sur l'humain.

Veillez recevoir Madame, l'assurance de ma parfaite considération.

YAOUNDE, le 29/09/2021

Le Directeur.
Dr. Yannick Pfeifer
Medecin



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Sujet de recherche. Echec de la dépigmentation, image du corps et angoisse du féminin chez les adolescentes camerounaises.

Le /la soussigné/e confirme :

- Avoir entendu et compris toutes informations concernant la recherche
- Avoir pu poser toutes les questions souhaitées

À l'intention des parents des participants :

Les renseignements recueillis pendant notre recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans un autre but que scientifique. La participation à cette recherche est volontaire. Aucun renseignement permettant de vous identifier ne figure sur ce formulaire de consentement éclairé. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'information pour confirmer la viabilité de nos résultats. Toutefois, ces informations pourront être utilisées dans des publications scientifiques, mais sans que l'on puisse vous identifier personnellement. C'est pourquoi nous osons croire que votre participation est capitale dans sa réussite.

Votre participation à cette étude est librement consentie. Vous avez le droit de vous retirer à tout moment au cours de l'étude. On vous a expliqué la teneur de l'étude, vous avez lu et compris le formulaire de consentement, nous avons répondu à vos questions et nous convenons participer à cette étude. Nous allons vous remettre une copie du présent formulaire de consentement dûment signé.

Noms & prénoms de la participante :

Date :

Signature du chercheur

Signature de la participante

Salutations distinguées

DEUDJUI MIKET Aristide

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
DÉDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET SYMBOLES	v
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	1
0.2. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	4
0.3. POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME	10
0.4. QUESTION DE RECHERCHE	14
0.4.1. Question de recherche générale	14
0.4.2. Questions de recherche spécifiques	14
0.5. OBJECTIF DE RECHERCHE	15
0.5.1. Objectif de recherche général	15
0.5.2. Objectifs de recherche spécifique	15
0.6. ORIGINALITE DE L'ETUDE	15
0.7. PLAN DE PRESENTATION DU MEMOIRE	15
PARTIE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE	16
CHAPITRE 1 : ANGOISSE DU FÉMININ CHEZ LES ADOLESCENTES	17
1.1. ANGOISSE DU FEMININ	17
1.1.1. Le concept d'angoisse	17
<i>1.1.1.1. Qu'est-ce que l'angoisse</i>	17
1.2. LE FEMININ	27
1.2.1. Femme et biologie	27
1.2.2. La féminité selon l'approche psychopathologique	28

1.3. TRANSFORMATIONS MORPHOLOGIQUES A LA PUBERTE	30
1.3.1. Adolescence	30
1.3.2. Tanner et le développement pubertaire	30
1.3.3. Claës et les tâches développementales	33
1.3.4. Répercussion psychologique	34
CHAPITRE 2 : CORPS, DÉPIGMENTATION ET SYMBOLISATION	38
2.1. CORPS	38
2.1.1. Corps et biologie	38
2.1.2. Corps et psychanalyse	38
2.1.3. Schilder et le corps	41
2.1.4. Dolto et le corps	43
2.1.5. Le corps et Anzieu (Moi-peau)	48
2.1.6. La fonction de pare-excitation	51
2.2. LA DEPIGMENTATION	52
2.3. LA SYMBOLISATION	56
PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE	60
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	61
3.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE	61
3.2. HYPOTHESES DE L'ETUDE	62
3.2.1. Hypothèse générale	62
<i>3.2.1.1. Variables de l'hypothèse générale</i>	62
<i>3.2.1.1.1. Variables de l'étude</i>	63
3.2.2. Hypothèses spécifiques	65
3.3. RAPPEL DE L'OBJECTIF GENERAL	65
3.3.1. Objectif général	65
3.3.2. Objectifs spécifiques	65
3.4. TYPE DE RECHERCHE	65

3.4.1.	Méthode de recherche : méthode clinique	66
3.4.1.1.	<i>L'étude de cas</i>	67
3.5.	SITE DE L'ETUDE	68
3.5.1.	Activités menées dans la structure	69
3.6.	POPULATION DE L'ETUDE	70
3.6.1.	Recrutement des participants	71
3.6.2.	Caractéristiques des participants	71
3.6.3.	Critères de selection des participants	72
3.6.3.1.	<i>Critères d'inclusion</i>	72
3.6.3.2.	<i>Critères d'exclusion</i>	72
3.7.	LE TEST PROJECTIF	72
3.7.1.	Le concept de projection	72
3.7.2.	Le Rorschach	74
3.8.	TECHNIQUES D'ANALYSE DES RESULTATS	80
3.8.1.	L'analyse des cotations au Rorschach	80
3.8.2.	L'analyse de contenu des relevés psychiques	80
PARTIE 3 : CADRE OPERATOIRE		84
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNEES AU RORSCHACH		85
4.1.	COMPTE RENDU DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE	86
4.1.1.	Participante Yep	86
4.1.1.1.	<i>Présentation du cas</i>	86
4.1.1.2.	<i>Feuille de cotation Rorschach</i>	87
4.1.1.3.	<i>Psychogramme</i>	89
4.1.1.4.	<i>Commentaires</i>	91
4.1.1.5.	<i>Interprétation</i>	91
4.1.1.5.1.	<i>La dynamique de la passation</i>	91
4.1.1.5.2.	<i>Les processus de pensée</i>	91

4.1.1.5.3. <i>L'image du corps</i>	92
4.1.2. Participante Cathy	93
4.1.2.1. <i>Présentation du cas</i>	93
4.1.2.2. <i>Feuille de cotation Rorschach</i>	93
4.1.2.3. <i>Psychogramme</i>	97
4.1.2.4. <i>Commentaires</i>	98
4.1.2.5. <i>Interprétation</i>	98
4.1.2.5.1. <i>La dynamique de la passation</i>	98
4.1.2.5.2. <i>Les processus de pensée</i>	99
4.1.2.5.3. <i>L'image du corps</i>	99
4.1.3. Participante Eve	100
4.1.3.1. <i>Présentation du cas</i>	100
4.1.3.2. <i>Feuille de cotation Rorschach</i>	101
4.1.3.3. <i>Psychogramme</i>	104
4.1.3.4. <i>Commentaires</i>	105
4.1.3.5. <i>Interprétation</i>	106
4.1.3.5.1. <i>La dynamique de la passation</i>	106
4.1.3.5.2. <i>Les processus de pensée</i>	106
4.1.3.5.3. <i>L'image du corps</i>	106
4.1.4. Synthèse des données de l'examen psychologique	107
4.2. PRESENTATION ET ANALYSES DES RESULTATS DE L'ETUDE	109
4.2.1. Le corps sédimenté	109
4.2.2. Le corps de désir	110
4.2.3. Le corps imaginaire	111
4.2.4. L'angoisse de perte d'objet d'amour	113
4.2.5. L'angoisse de destruction des objets internes	114
4.2.6. L'angoisse de crainte d'envahissement	114

CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION, DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PERSPECTIVES THÉORIQUES	116
5.1. RAPPELS DES DONNEES THEORIQUES ET EMPIRIQUES	116
5.1.1. Rappel des données théoriques.....	116
5.1.2. Rappel des données empiriques	118
5.2. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	120
5.2.1. Le corps sédimenté potentialise l'angoisse de perte d'objet d'amour	120
5.2.2. Le corps de désir intensifie l'angoisse de destruction des objets internes	122
5.2.3. Le corps imaginaire alimente l'angoisse de crainte d'envahissement	123
5.3. PERSPECTIVES THEORIQUES	124
CONCLUSION GENERALE	126
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	132
ANNEXES	I