

Etude clinique et projective des organisations psychopathologiques sous jacentes à la stérilité psychogène

Khardouche Baali Zahia
University Of Kasdi Merbah-Ouargla

المخلص

يهدف هذا البحث إلى الكشف عن التنظيمات النفس مرضية التحتية لعرض العقم غير المفسر طبيا، انطلاقا من التوجه الدينامي التحليلي النفسي. أقيمت الدراسة الحالية على 21 امرأة عقم انطلاقا من منهج عيادي القائم على دراسة حالة بواسطة المقابلة العيادية و التقنيات الإسقاطية (الرورشاخ و تفهم الموضوع). بعد القراءة النظرية لمشكلة العقم غير المفسر طبيا، تحلل المؤلفة معنى العقم لدى نساء مجموعة البحث، على ضوء المادة العيادية المتحصل عليها. تؤكد هذه الدراسة هشاشة التوظيف النفسي لدى النساء العقيمات؛ الذي تميز بفقدان المرونة في الإعدادات الدفاعية.

Abstract

Cette étude vise à explorer, à partir de l'approche dynamique psychanalytique, les organisations psychopathologiques sous jacentes au symptôme de stérilité psychogène. La méthodologie de recherche est une étude clinique, qui porte sur 21 femmes stériles, aux moyens de l'entretien clinique et des techniques projectives (TAT et Rorschach). Après une revue de littérature sur la question de la stérilité psychogène, l'auteur analyse la signification de la stérilité, chez les femmes, à la lumière du matériel clinique recueilli. Cette analyse confirme la fragilité du fonctionnement psychique chez les femmes stériles ; marqué par un manque de souplesse dans les aménagements défensives

Introduction

Ce présent article vise à montrer que l'étiologie psycho dynamique des stérilités est multifactorielle. Dans cet exposé, nous allons essayer –à partir de données cliniques et projectives- de montrer que ce qui est significatif dans les stérilités psychogènes, est ce qui se joue comme conflit au niveau de l'inconscient. Notre objectif justement, n'est pas de classer définitivement les femmes dans un registre psychopathologiques, mais de montrer le processus dynamique de ce symptôme, d'où l'importance de l'étude du fonctionnement mentale avec son approche métapsychologique. Au lieu de classer les femmes, nous allons donc, essayer de comprendre la problématique de chacune d'elles. Ainsi dans le présent exposé, nous essayerons d'expliquer, les causes possibles d'une stérilité ne pouvant avoir une explication organique. Nous accompagnerons le présent texte, par quelques passages illustratifs.

Problématique :

Dès la plus haute Antiquité, les hommes tentent de conjurer cette fatalité liée à la stérilité « qui concerne un nombre non négligeable de couples : on estime à l'échelle mondiale qu'un couple sur six est confronté à la question de l'infertilité [...]. Mais ce n'est pas tant la fréquence de l'infertilité qui importe que son impact individuel. Aussi mal vécue hier qu'aujourd'hui, elle est considérée comme une injustice, une malédiction ; elle a suscité l'intérêt des scientifiques autant que celui des charlatans. (Cailleau F., 2006 p. 90).

La faculté d'une femme à concevoir un enfant « est souvent rapportée à celle de son environnement familial féminin, sœurs, mère, grands-mères, tantes, voire cousines ou belles-sœurs. Dans les consultations de stérilité, au fil des discours des patientes sur l'histoire de leurs propres échecs, sont évoqués les événements de la vie génésique de la mère, de la grand-mère maternelle. Délai d'attente du premier enfant, répétition de fausses couches, pathologies gravidiques, sont interprétées dans ce contexte transformationnel ». (Epelboin S., 2001 p. 101)

Un des mérite important de la psychanalyse, est d'avoir montré qu'on ne « peut plus, en effet, s'en tenir au seul modèle d'une causalité linéaire où lorsque sont réalisées certaines conditions, B succède nécessairement à A. En bien des domaines prévalent des modèles de causalité plus complexes, en boucle, en feedback, en réseau, selon des schémas de causalité récurrente, etc. » (Perron R., 2010, p. 98).

Il est impossible de prétendre que la stérilité psychogène appartient à un champ psychopathologique précis mais, il est important de chercher à comprendre le mode d'investissement *objectal* et de

satisfaction *pulsionnelle* chez ces femmes, ainsi que leurs modalités de traitement de la perte d'objet.

Le phénomène de la stérilité inexplicée, relève d'une incapacité à tomber enceinte -malgré l'absence de toute explication médicale et aussi malgré des essais de stimulation hormonale et/ou de fécondation artificielle. Déjà, objet de plusieurs études psychanalytiques, chaque femme a sa problématique particulière et les facteurs générateurs ne peuvent qu'être hétérogènes ; dans ce sens, on peut classer les points de vue psychanalytiques dans le domaine de la stérilité, en trois catégories : schématiquement, on peut citer la théorie de la stérilité comme symptôme hystérique qui a été représentée par certains psychanalystes « qui considèrent l'enfant qui ne vient pas comme un « produit du désir œdipien », la stérilité fonctionnant en tant que symptôme de conversion. » (Cailleau F., 2006 p. 90) ; la théorie psychosomatique : P. Marty et ses disciples précisent que, les femmes stériles déchargent dans leur corps l'excès d'excitation produit par un conflit lié à leur histoire. Leur narcissisme fragile est volontiers traumatisé par le projet d'introduire un enfant entier dans un couple fusionnel (P. Marty, 1980). Enfin, la théorie de l'intentionnalité du symptôme de stérilité, représentée essentiellement par Faure- Pragier, pour qui, le symptôme de la stérilité, est *intentionnel* et qui répond directement au refus inconscient de procréer sans refoulement. En effet, selon elle, la stérilité mettrait en acte un irreprésentable de la conception, entraînant une abrasion de la mentalisation et la décharge directe de l'excitation dans le comportement ou dans le corps (Pragier, 2001) Elle part surtout de l'hypothèse d'un déni du féminin (S. Faure Pragier, 2003). Pour Pragier, le conflit œdipien n'est pas à l'origine de la stérilité mais l'absence de l'accès à l'Œdipe est problématique, car le père n'est pas assez investi. Cependant, le lien étroit à la mère est dénié et la femme stérile se montre comme une femme vivant normalement. L'enfant tant attendu est chargé de réparer cette dépendance pour se libérer de l'image de la mère archaïque.

Du point de vue psychanalytique, le comportement pathologique « vise l'externalisation des conflits et le contre investissement d'une réalité interne anxieuse, qui menacent le sujet de débordement. Le fonctionnement psychique souple par contre offre des possibilités de passer de la narcissisation de la représentation de soi à une situation d'altérité et parallèlement de prendre appui sur le relationnel pour conforter l'image de soi. A condition certes que ces mouvements puissent

s'effectuer réellement dans les deux sens, ce qui s'avère fort rare » (Emmanuelli M., Boekholt M., 1995, p. 35)

Schématiquement, On peut distinguer deux modes importants de fonctionnement mental : un fonctionnement que l'on pourrait qualifier de névrotique et un autre fonctionnement non névrotique. Rappelons que du point de vue psycho dynamique, on décrit trois types de structuration psychique, en fonction du type de maturation psychologique, au regard des *stades* du développement précoce (oral, anal et œdipien) définis par Freud, mais aussi en fonction des *mécanismes de défense* auxquels le sujet a recours de façon privilégiée (Bergeret, 1974).

Le fonctionnement névrotique est caractérisé par sa capacité à symboliser « l'expérience pulsionnelle et affective rejouée dans la relation à l'autre. Les effets ou fonctions psychologiques de la symbolisation, qui nous intéressent ici, sont une réduction de l'intensité de l'affect et un désamorçage de sa tendance à l'expression immédiate. Ceci veut dire que le patient peut tolérer plus efficacement ses expériences douloureuses, qui ne revêtent alors plus la qualité d'actualisation urgente d'un vécu concrètement insupportable. Autrement dit, le patient peut « jouer avec la réalité » » (Lecours S., 2005, p. 95).

La fragilité identitaire qui accompagne un fonctionnement mental non névrotique est associée à une intolérance de certains « contenus psychiques. Ces contenus, gravitant autour d'enjeux relationnels problématiques, comme par exemple la dépendance ou l'envie, sont activement exclus ou évités. Le patient ne peut s'approprier ces expériences, qui sont vécues comme mauvaises et dont l'exploration ou la remise en question sont vécues comme une persécution. » (Lecours S., 2005, p. 96)

Les auteurs s'accordent à dire que les critères diagnostiques de la stérilité psychogène, ne relève d'aucune référence nosographique pour suffire à la caractériser néanmoins, les organisations névrotiques (hystériques) et les organisations limites, sont les plus cités par les chercheurs.

Le mode de construction concernant les outils employés (les tests projectifs), leur finalité, est de permettre « l'approche globale du sujet à partir d'indices diversifiés, issus de données plurielles (tests, observation et entretiens) [...] La démarche d'interprétation des données repose donc sur leur confrontation à un système de compréhension structurale et dynamique qui permet de donner une cohérence aux résultats et de dégager ce qui caractérise intrinsèquement le sujet rencontré. (Emmanuelli M. 2003 p. 15).

Dans notre réflexion, nous voulons savoir :

- 1- Quelles sont les organisations psychopathologiques dominantes chez les femmes stériles ? la stérilité laissera-t-elle apparaître une organisation psychopathologique spécifique ?
- 2- Est ce que le fonctionnement psychique donnera à voir un fonctionnement « normale » avec des aménagements défensifs souples et variés qui permettront un dégagement suffisant des problématiques sollicitées par les tests projectifs (Rorschach et TAT) ?
- 3- Ou est ce qu'à l'inverse, le fonctionnement psychique sera « pathologique » avec des aménagements défensifs rigides et insuffisants pour se dégager des problématiques proposées par le matériel projectifs.

Les Hypothèses :

A partir de tout ce que nous avons avancé précédemment, nous proposons les hypothèses suivantes :

- 1- Nous supposons que les organisations psychopathologiques sous jacentes au phénomène de stérilité psychogène, seront variées allant de l'organisation névrotique et limites, aux organisations psychotiques.
- 2- Ce fonctionnement psychique tendra à s'éloigner de la « normalité » pour s'inscrire dans les limites du « pathologique » avec des aménagements défensifs rigides et insuffisants.

Remarque : Nous avons délibérément choisis, de mettre « normal », « anormal » et « pathologique » entre guillemets, vu qu'elles sont des notions très relatives. En psychanalyse, il n'y a pas de normal ou de pathologique absolu et permanent ; ces concepts sont à prendre dans un cadre dynamique.

L'objectif de la recherche :

L'objectif de notre étude, est de permettre de saisir la spécificité et le repérage, d'aménagements psychiques sous jacentes à la stérilité psychogène, de montrer que ce qui est significatif, est de cerner le statut métapsychologique de ce symptôme, avec la compréhension de la problématique de chaque femme, et non son classement définitif. Ce qui permettra d'envisager, une prise en charge spécifique à chaque femme stérile selon la spécificité de sa problématique.

Opérationnalisation des hypothèses :

Le fonctionnement type « normal » est caractérisé aux tests projectifs selon Traubenberg N.R., par des protocoles qui ont les caractéristiques suivantes :

Mouvement Identificatoires bien définis ;

Différenciation des rôles féminins et masculins selon les planches ;

Alternance entre situations d'activité et de passivité ;

Représentations Humaines bien définies (Traubenberg N. R., 1990)

Plus les protocoles sont proches de ces repères, plus le fonctionnement psychique est « normal » plus il s'éloigne de ces repères, plus il est « anormal »

Méthode et techniques utilisés

La démarche clinique suppose deux activités. L'une est un « mode de travail clinique permettant le *recueil* (voire l'accueil) de données concernant un sujet ; ces données doivent être riches [...], diversifiées [...], subjectives (critère de la représentation du problème par le sujet), étendues (critère de la totalité et de l'histoire). L'autre activité est la *production* par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui doit rendre compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité (ne pas isoler les symptômes et considérer le sujet comme une totalité) et de singularité (c'est la personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son histoire) (Pedinielli J-L. et Fernandez L., 2009, p. 50)

Population d'étude :

La recherche s'est déroulée à Ouargla dans quatre institutions de santé (2 privées et 2 publiques), entre janvier 2008 et janvier 2010. Le choix de l'échantillon s'est fait au hasard, selon la présentation de la femme à la consultation chez le médecin ou la sage femme de l'institution.

Nous avons rencontré chaque femme individuellement, dans un bureau réservé pour notre recherche. Trois rendez- vous sont consacrés pour chaque femme : le premier pour l'entretien clinique, le second pour le test Rorschach, et le troisième pour le test TAT (avec un écart d'une semaine maximum et de 2 jours minimum, entre un rendez- vous et un autre). Nous avons expliqué à chaque femme notre objectif et ce qui est attendu d'elle ; libre à elle d'accepter ou de refuser ; comme elle pouvait quitter la recherche à tout moment si elle le désirait. Aucune femme n'a

quitté la recherche après la première entrevue ; par contre, beaucoup de femmes ont refusé de participer, avant de nous voir.

Les critères suivants ont présidé au choix de notre population d'étude :

Pour être incluses dans la recherche les femmes doivent être:

1. âgées de 25 à 40 ans ;
2. Mariées ;
3. Stériles pendant au moins une durée de 2 ans (suivant les consignes médicales du diagnostic de stérilité) ;
4. La stérilité reste inexpliquée selon le diagnostic du médecin traitant.

Sont exclues les femmes:

- 1- qui ont des problèmes organiques qui peuvent compromettre leurs fertilités.
- 2- qui ont des maris présentant un problème de santé qui peut compromettre la grossesse de leur femme.

Caractéristiques descriptives de la population :

Le groupe de recherche est constitué de 21 femmes dont le niveau scolaire va du primaire à l'universitaire; aucun cas de femmes illettré.

La majorité des femmes se situent dans la tranche d'âge de 36 à 40 ans (48%) ; puis entre l'âge de 31 à 35ans (38%) ; enfin 20% de femmes, se situent entre l'âge de 25 à 30 ans.

Le dispositif technique utilisé:

Notre étude prend appui sur trois techniques :

- L'entretien clinique ;
- Le Rorschach ;
- Le TAT.

La confrontation des deux épreuves projectives permet « un affinement considérable de l'évaluation diagnostique, d'une part en étayant le diagnostic par une double argumentation, d'autre part en provoquant une dynamique largement offerte par leurs matériaux qui déclenchent des expériences et des conduites psychiques dont la variété peut être exploitée par le sujet » (Chabert C., 1998, P.63). Dans la perspective clinique, « il s'agit d'une approche du sujet considéré de manière holistique, et non de l'addition de résultats isolés censés "situer" son niveau intellectuel, désigner d'éventuelles difficultés dans l'appréhension de l'espace ou du schéma corporel, voire permettre le diagnostic d'un trouble psychopathologique. » (Emmanuelli M. 2003 p. 15). On l'aura compris, il ne s'agit pas de traiter l'individu d'une façon dichotomique, où les différentes parties sont séparées, mais de prendre

l'individu comme une entité régit par un système dynamique ; il n'est par conséquent pas possible de le classer définitivement dans un registre isolé.

Méthode d'analyse des techniques utilisées:

Nous avons analysé les entretiens à partir du contenu des réponses exprimées par les femmes. Nous illustrerons nos propos par des extraits d'entretiens. Nous discuterons nos résultats au fur et à mesure de leur présentation, à la lumière de la littérature psychanalytique. Il est à noter que lors de notre analyse des données de l'entretien, l'objectif est d'étayer notre compréhension clinique du cas. Notre réflexion s'appuie plus sur les données des tests projectifs.

Les protocoles de Rorschach ont été cotés en référence au livret de cotation de Cécile Beizmann (1966), et analysé en référence aux travaux de C. Chabert (1983, 1987)

Les protocoles du TAT ont été cotés et analysés en moyen de la grille de Vica Shentoub (1990).

Pour le classement des femmes selon le registre pathologique, nous renvoyons le lecteur aux grilles établies par Si Moussi A. et Benkhelifa M. (2009, P. 193-206) (ouvrage en Arabe cité au bas des références). Pour la construction de ces grilles, les auteurs sont partis des études de l'équipe de Paris V pour dégager les caractéristiques de la production chez des sujets algériens.

Présentation des résultats et discussion:

Les entretiens cliniques :

Après lecture des contenus de chaque entretien, nous avons observé un ensemble de données communes à toutes les femmes et un ensemble de données qui les différencient.

En général leur discours apparaît pauvre au niveau des investissements relationnels. Réticentes au départ, l'appui du psychologue les a sorties de leur inhibition. Les expressions qui revenaient le plus sont : « normal tout est normal », « comme tout le monde », « les parents sont des parents ont a pas le droit de les critiquer », « la famille c'est fait pour s'accepter pas pour se critiquer ».

Notre question de départ est « parlez- moi de vous » et puis « parlez- moi de vos parents, de vos frères et sœurs ». Il n'était pas question de parler des défauts de la famille, mais 33 % des femmes l'entendaient ainsi directement et s'en défendent par le refus de parler, ou par le recours à l'intellectualisation et à la formation réactionnelle.

67% des femmes n'ont pas exprimé un déplacement d'investissement libidinal vers le père. Seule la relation précœdipienne est abordée d'une façon ambivalente : idéalisation et agressivité contre la mère. ; L'agressivité est masquée « ma mère était gentille ... mais que Dieu lui pardonne ... elle n'était pas une mère attentive ni attentionnée (suit un long silence) » ; ou encore : « même si j'aime ma mère plus que tout au monde, je ne serai pas comme elle, je ferai tout pour compenser ses erreurs avec mes enfants, si Dieu me les prête ».

On relève néanmoins chez 24% d'entre elles, une relation positive mais clairement distante avec leur mère. Comme le souligne si bien Sylvie Faure Pragier, « il faut que les femmes aiment d'abord une femme, leur mère, avant de pouvoir aimer les Hommes, à condition toute fois que la mère à laquelle elle pourront alors s'identifier, soit aimante d'un homme et non pas seulement de sa propre fille qui ne représente qu'un prolongement d'elle-même » (Faure Pragier S., 1994, p. 53). Il est important de signaler que l'image du corps n'est pas abordée au cours de l'entretien. Les femmes ne parlent pas d'elles mêmes ; on note une quasi absence de communication sur leurs relations sauf sur un registre intellectuel et plaqué : « de nos jours, il ne reste plus d'amis », « les amis sont les siens et la famille », « dans les moments faciles tout le monde est ami, mais dès que les difficultés apparaissent personne ne se manifeste ».

Parmi les 21 femmes, 24% présentent un choix œdipien de leur mari (où le père représente un prototype dans ce choix) ; 43% de femmes, ne présentent pas une configuration œdipienne dans ce choix ; et 29% ont exprimé une indifférence apparente, parce que la tradition veut que ça soit les parents qui choisissent un mari pour leur fille. Ce dernier type de choix s'apparente symboliquement, à un choix œdipien (surtout que la relation avec le mari est décrite comme idéale chez certaine et surtout que les femmes affirment que personne ne peut leur choisir un mari mieux que leur parents.) Il peut cacher implicitement aussi une position de petite fille soumise à la volonté des parents. Une seule femme (Souhila) a exprimé un choix traditionnel non réussi : Le mari est venu directement la demander à ses parents. Souhila a refusé tous les prétendants qui se présentaient à elle avant de dire oui à son mari actuel, qui n'est pas de la même couleur que sa famille. Ce choix visiblement contre œdipien et non élaboré explique son échec à commencer par une nuit de noce décrite comme difficile et dramatique (vomissements et nécessité de voir un guérisseur religieux). En fait, après l'insistance sur les causes surnaturelles, elle révèle ne pas savoir dix ans après le mariage les raisons de son choix. Plus loin, elle relie sa stérilité à cette ambivalence et à cette

incertitude dans le choix du mari. Evoquant l'impossible enfant actuel, elle associe sur sa peur d'avoir des enfants qui ne sont pas de la même couleur que sa lignée. Elle termine en validant cette hypothèse en disant que peut-être la cause de sa stérilité, est qu'elle ne veut pas avoir des enfants de la même couleur que son mari. Elle exprime cette hypothèse à la fin de l'entretien avec une voix presque éteinte précédé d'un long silence. Notons que son choix est motivé par le caractère pieux de son mari avec l'évocation d'un respect marqué par une forme d'évacuation œdipienne du lien sexuel.

Les femmes ont témoigné d'un grand tabou à s'exprimer sur la sexualité ; les organes génitaux sont perçus comme honteux, sales. Elles semblent refouler toute tendance s'y rapportant, de près ou de loin. Le fait même d'aborder le sujet, a choqué les femmes, qui considéraient que la sexualité est quelque chose qu'on n'aborde pas. La sexualité est présentée comme un besoin masculin ; la femme doit se contenter de satisfaire son mari. Elles n'osent même pas nommer ces « ces choses là » pour désigner la sexualité (en Arabe : *الحواييج* : *هذوك*).

Seules, 19% de femmes ont osé parler de leur sexualité et reconnaître leur désir. 81% de femmes, ont précisé qu'elles ne risqueront jamais d'aborder leur sexualité avec leurs maris par peur qu'ils perdent confiance en elles. Tout ce qui est désir féminin est resté dans la négation. La femme représentant l'honneur de la famille, la reconnaissance de son désir constitue une menace.

La majorité des femmes (45%), n'accède pas aux représentations psychologiques de la stérilité. Les femmes ont manifesté une incompréhension nette face à cette question et ont eu du mal à comprendre le rôle du psychologue dans le domaine de la conception. 42 % d'entre elles pensent à des causes surnaturelles : le mauvais œil ; on leur a jeté un sort ; elles sont habitées par un djinn. En somme, une projection à l'extérieur des problématiques difficiles à contenir à l'intérieur.

Notons la nature variée des aménagements défensifs et des niveaux de fonctionnements que nous ne pouvons développer ici, tant chaque femme a une façon particulière d'exprimer sa problématique.

Les résultats les plus saillants au Rorschach :

Les résultats expriment une productivité moyenne ($R = 25$). L'attitude défensive apparaît plus dans le temps réponse témoignant d'un besoin de ne pas trop s'impliquer personnellement.

Le mode d'appréhension de la réalité, révèle aussi l'évitement de l'implication personnelle, en optant pour une perception globale ($G= 50\%$), qui dépassent largement les réponses partielles ($D= 42\%$). Cette attitude témoigne d'un manque de création et l'accrochage à la réalité concrète contre une implication personnelle.

Notons que 33% de femmes ont eu recours aux réponses Dbl au dessus de la norme, indiquant une tendance à utiliser la projection comme moyen de défense. Cette sensibilité devant le vide révèle un manque qu'il faut combler pour mieux le maîtriser.

L'adaptation à la réalité est soutenue par le nombre de réponses forme ($F= 58\%$). La moyenne des formes positives est inférieure à la norme chez 24% des femmes. Ces dernières manquent de solidité et que le contrôle a échoué momentanément devant l'afflux des émotions en rapport avec le matériel.

Les kinesthésies sont rares ($K= 02$ en moyenne) avec l'absence de kinesthésies humaines chez 20% de femmes, ce qui peut signifier un choc devant la matière et un problème de contrôle et de la régulation des pulsions ; observons que ces femmes n'ont donné aucune réponse Humaine, ce qui va dans le sens de problèmes par rapport à la représentation de soi et de l'autre. De l'autre coté, la moyenne des Kinesthésies Animales, est de ($kan= 01$), ce qui va toujours dans le même sens de la rigidité des mécanismes de défenses ; en effet grâce aux contenus Animales, les kinesthésies Humaines auraient pu trouver des déplacements, permettant une représentation de soi et des relations. Les Kinesthésies d'objet son quasiment nulles aussi ($kob= 0.5$). Le contrôle pulsionnel est tel, qu'aucune décharge n'est permise. Les kinesthésies apparaissent toujours après des réponses à contenus angoissants, ce qui révèle une grande anxiété.

Cependant, vu la présence du pourcentage normal de réponses Animales ($A\%= 40$) les problèmes identitaires sont à écarter chez 16 femmes sur 21 (76%). Cette adaptation acceptable à la réalité apparaît aussi dans le niveau des réponses banales ($Ban= 04$).

Les réponses couleur sont inférieures à la norme ($C= 3.5$) et le RC ne représente que 28% en moyenne. Les femmes restent logiquement perturbées devant les planches pastel.

Le TRI montre que 80 % des femmes sont extratensives, indiquant ainsi leurs possibilités à s'exprimer malgré une relative abrasion des affects. Toute fois, 70 % d'entre elles, ont présenté une formule secondaire du TRI introvertie- ce qui montre encore une fois, que l'inhibition est importante. Un peu comme si ces femmes essayaient de se

montrer différentes devant la psychologue, comme une façon de ne pas se livrer tel qu'elles sont.

06/21(29%) femmes ont donné un taux de réponses Anatomiques et sexuelles élevé. La formule d'angoisse révèle un indicateur d'angoisse élevé chez 4 d'entre elles.

Nous précisons que chez 33% de femmes, il était difficile d'écarter la problématique identitaire, tant le dénuement affectif et le surinvestissement des limites étaient patents. Seulement cette fragilité identitaire est souvent écartée au TAT.

Résultats les plus saillants au TAT :

Les procédés défensifs montrent que la majorité des protocoles sont pauvres et révèlent une défense massive devant le matériel. Les procédés les plus utilisés sont les procédés d'inhibition (C= 40%), suit les procédés de contrôle (A= 22%), les procédés labiles se classe en troisième (B= 20%) avant les procédés primaires (E= 18%). Ces résultats concernent la moyenne observée chez les femmes et ne sont pas pertinents pour relever les différences interindividuelles.

L'inhibition de la pensée s'exprime surtout sous forme des restrictions au niveau de la production (CP2 = 10%), des silences (CP1= 15%), anonymat des personnages (CP3= 12%). Les discours sont souvent banalisés et impersonnels. L'émergence de représentations significatives souvent mises en échec par l'apparition immédiate des procédés d'inhibition ou le comportement, (CC2= 10%). L'apparition des processus primaires a souvent perturbé le discours au lieu de le relancer. Le placage et la banalisation (CP4 = 10), ont évité les problématiques sous jacentes aux planches ; l'agressivité était peu représentée de même que la sexualité est évitée.

L'inhibition est apparue comme le meilleur moyen utilisé par les femmes pour contenir les fantasmes sollicités par le matériel avec un refoulement net de l'angoisse de perte d'objet. La force de cette inhibition conduit parfois au refus de la planche.

Les procédés du contrôle quand à eux, sont présents sous forme de précautions verbales (A2-3 = 21%), éloignement temporo-spatial (A2-4 = 7%), Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense (A2-7 = 12%), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17 = 23%).

Les processus labiles étaient présent sous forme d'affect forts et exagérés (B2-4 = 20%), instabilité dans les identifications hésitation sur

l'âge et ou le sexe des personnages (B2-11 = 18%), accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir, etc. (B2-12 = 13%).

Les processus primaires les plus répandus sont : scotomes d'objets (E1 = 10%), perception d'objets morcelés (E6= 20%), expression d'affects et ou de représentations massives liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniacale, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.) (E9 = 15%), flou du discours (E19 = 14%).

En fonction de la nature et de la qualité des aménagements défensifs, nous avons pu répartir les femmes en quatre groupes : névrose classique, névrose sévère, états limites, psychose.

Nous avons observé chez les femmes du premier groupe (organisation névrotique), un accès aux identifications secondaires de l'œdipe. Chez les femmes du deuxième groupe (organisation névrotique sévère), on note des représentations dépressives devant la séparation (avec la figure maternelle) ce qui ne favorise pas, un travail identificatoire réussi.

Chez les femmes des deux groupes névrotiques, les identifications hystériques sont opérantes mais le conflit avec la figure maternelle, n'est pas dépassé. Le conflit œdipien est présent à vif et mobilise une répression massive de l'agressivité, sous le poids de la culpabilité. Les identifications œdipiennes restent conflictuelles car il y a un échec du renoncement aux objets d'amour. L'identification féminine est accessible à ces femmes, mais la féminité est justement associée parfois au manque, ce qui donne à leurs identifications une dimension dépressive. Chez Souhila par exemple, se manifeste au Rorschach un conflit intense, qui a révélé une connotation névrotique à la problématique. Les représentations féminines sont nanties, à chaque fois, d'accessoires phalliques. Les deux tests ont révélé une difficulté à prendre une position identificatoire devant la bisexualité (les représentations féminines et masculines sont données en même temps sans possibilité de prendre position claire), ce qui est justement problématique chez l'hystérique.

Chez les femmes du troisième groupe (organisation limite), nous avons observé un rapport à la réalité déficitaire, se rapprochant –chez certains cas- du fonctionnement psychotique, sans qu'il ne soit réellement défaillant. Cependant les identifications hystériques restent accessibles.

Exemple Dalia :

Planche II (Rorschach) :

« Deux personnes identiques pareilles collées je ne sais pas c'est quoi »

Planche III (Rorschach) :

« Deux silhouettes la je... voix qu'elles ... elles sont collées par le bas ...elles sont identiques »

PLVII (Rorshach) :

« Deux têtes de petites...des filles ? (P. : comme vous voyez), deux fillettes entraînent de jouer ... à chaque partie une autre qui lui ressemble bizarre»

Planche 2 TAT :

« C'est la même ? C'est la même femme non ? (P. comme vous voyez) on dirait que c'est ... disant que cette jeune femme re... c'est on dirait une jeune femme qui regarde cette homme ... ça se voit qu'elle le regarde ... je crois que c'est son ... je ne sais pas lui entraînent de travailler il n'est pas au courant qu'elle est là. Elle avec ces livres peut être une intello belle jeune intelligente et lui je ne sais pas ce qu'il ressent envers elle car on voit pas son visage, alors...normalement ça dégage une scène quotidienne tout le monde à sa tâche la vie est dure à la compagnie. »

La planche renvoie au triangle œdipien père/mère/fille en mettant à l'épreuve le caractère plus ou moins structurant de l'organisation œdipienne (d'observer le caractère hystérique et/ou narcissique des identifications). Il est clair que Dalia a évité la problématique œdipienne d'abord par une question directe à la psychologue devant le choc soulevé par cette planche. Elle arrive à entamer son discours par le recours spécialement, aux procédés narcissiques : en identifiant les personnages féminins comme similaires et c'est ainsi qu'elle arrive à effacer le personnage rival suite à plusieurs silences et hésitations ; elle finit par condenser les défenses narcissiques pour éviter les représentations éveillées par la planche (« lui je ne sais pas ce qu'il ressent envers elle car on voit pas son visage, alors... »). Elle termine le discours par le recours au quotidien, comme un moyen pour geler toute représentation pulsionnelle et libidinale. Les défenses narcissiques sont dominantes et ont servi à éviter la prise de position identificatoire clairement définie et donne un caractère essentiellement narcissique aux identifications.

Planche 9GF (TAT) : 06''

« C'est les mêmes aussi ? Elles se ressemblent tellement qu'on aurait dit qu'elle se regarde dans un...c'est son reflet craché, c'est pour ça qu'on peut difficilement imaginer ce que ça représente... On aurait dit que l'une d'elles tr... enfin que le mari trompe sa femme avec celle là mais elles se ressemblent tellement que c'est difficile d'envisager cette piste...même que la posture de l'une ne ressemble pas à la posture de l'autre pour que ça soit un reflet Je ne sais pas. (Rend la planche)».

La rivalité féminine est perçue directement mais vite éliminée par le recours aux défenses narcissiques : d'abord en identifiant les personnages féminins comme identiques, puis elle arrive à aborder la rivalité – d'ailleurs elle dit « l'une d'elle tr... » Puis après un long silence « ... enfin que le mari trompe sa femme ... » en essayant d'éliminer directement la relation spéculaire, avec des justificatifs toujours narcissiques («...même que la posture de l'une ne ressemble pas à la posture de l'autre pour que ça soit un reflet...»), mais l'inhibition intervient massivement sous forme de refus cette fois si (« je ne sais pas »). Devant la perte du tiers et la castration générée par la rivalité, Dalia trouve le recours à l'identification narcissique comme seul moyen d'éviter de se confronter à ces problématiques.

Planche 4

« C'est comme un couple... je crois que c'est un couple qui paraît paraît pas ... bien elle ... est amoureuse de lui ... il n'est pas comme s'ils ne sont pas d'après sa tenue et son regard lui aussi d'après les regards, ils ne sont pas sur la même longueur d'ondes. Ils n'ont pas les mêmes a... on dirait sont pas compatibles forcément il elle il l'aime elle a un visage (sourire) ... oui comme si.. il l'aime pas elle ya j'ai perdu mon français ... bon je résume il a un visage d'un donjuan c'est une femme celle qui est derrière? (p. : comme vous voyez) une histoire classique une femme qui...enfin amoureuse lui pa...part pour une autre femme celle qui regarde derrière ça se voit qu'elle le regarde avec amour et c'est réciproque... celle là la première comme si son cœur est crasé (elle prononce crasé au lieu d'écrasé) par cette nouvelle...Mauvaise d'ailleurs. Voilà t (remet la planche)

On remarque chez Dalia que l'histoire tourne autour du registre œdipien, mais avec beaucoup de contrôle sous forme d'hésitations (je crois, c'est comme si, on dirait...) et les émergences de processus primaires sous forme de craquées verbales (flou du discours et inversion de pronom) et aussi des défenses narcissiques qui ont entravé la qualité des identifications hystériques. Dalia s'appuie au départ sur sa perception de la posture des personnages pour rendre compte des liens entre les personnages masculin et féminin. Elle arrive à exprimer tout ça après beaucoup de perturbations au niveau de l'expression sous forme de confusion ponctuelle des identifications sexuelles (« forcément il elle il l'aime elle a un ... »). Après cette confusion, le discours se montre encore une fois flou et confus (malgré que Dalia maîtrise le français). Elle arrive à conclure son discours sur un mode plus labile. À cette planche, les identifications hystériques sont opérantes mais elles restent précaires.

L'identification s'est inscrite dans un système triangulaire avec la reconnaissance -même si c'est avec beaucoup de difficultés- de la dynamique sexuelle, de l'altérité et de la différence. (ça n'a pas été le cas dans les planches qui le sollicite directement (pl.2 par exemple)

Dans notre population les défenses d'ordre névrotique basculent en faveur du registre de fonctionnement limite. Dans un système d'« alternance entre des moments hyper adaptatifs et des moments hyper projectifs » (C. Chabert, 1998, p. 28) exprimant le clivage du moi chez la majorité des femmes étudiées.

Chez les femmes du troisième groupe, le rapport à la réalité est véritablement déficitaire du fait que la projection domine sur la réalité. L'analyse des réponses et la confrontation des deux tests, montrent que les espaces dedans-dehors ne se confondent pas ; le va et vient entre l'autre et soi se réalise « sans que les deux espaces soient confondus [...] Et sans que la pratique discursive en soit altérée » (F. Brelet, 1986, pp. 168-169).

Enfin dans le quatrième groupe, une seule femme qui manifestait un fonctionnement paranoïaque.

Nous postulons que les organisations psychopathologiques sous jacentes au phénomène de stérilité psychogène, seront variées allant des organisations névrotiques aux organisations limites, avec peut-être, une frange psychotique. On n'observe pas de fonctionnement type qui caractérise toutes les femmes stériles, ainsi l'hypothèse principale est confirmée.

Les femmes ont présenté des aménagements défensifs rigides, qui ont révélé un fonctionnement « pathologique » et qui s'est révélé à travers:

- Le Rorschach : une représentation corporelle fragile qui est reflétée par une massivité des investissements narcissiques et de la représentation de soi, qui a mis en épreuve la solidité des processus d'individuation et la présence d'une image du corps pas bien intégrée. La capacité à établir des limites entre l'intérieur et l'extérieur rend compte du manque d'acquisition d'un niveau de développement libidinal où les relations objectales seraient instaurées. Les défenses par l'inhibition étaient dominantes.
- Des aménagements défensifs au TAT rigides concentrés autour des procédés d'inhibition type phobique (CP), associés aux procédés de contrôle (A), malgré la présence de procédés labiles (B) et de processus primaires (E) la capacité de dégagement c'est avérée minime.

Ainsi, la deuxième hypothèse est confirmée

Conclusion

La comparaison et l'approfondissement des différences psychiques interindividuelles, permet de mieux saisir le statut métapsychologique de la stérilité et de donner sens à la pluralité des configurations psychopathologiques sous-jacentes à une même symptomatologie.

Nous avons insisté au cours de cette présentation, sur les valeurs quantitatives dégagées dans notre étude, même si ces données sont importantes, elles seront plus faciles à saisir en présentant des cas illustratifs qui peuvent montrer l'importance de la dimension individuelle dans la stérilité.

Ces résultats mériteraient un approfondissement et sans doute l'exploitation de la dynamique du couple car la stérilité est avant tout, une affaire de couple. Nous nous sommes engagé dans l'aventure de comprendre les femmes, autant de données qui éclairaient nos questionnements. Mais aussi autant de questions nouvelles qui ont effleuré notre curiosité. On se pose actuellement les questions : ces femmes seraient-elles stériles dans une autre dynamique de couple ? Qu'en est-il de la stérilité masculine ? peut-elle être psychogène ? Est-ce que la femme est hypofertile et avec son mari elle devient stérile ?

En guise de conclusion nous présenterons ce passage racontant l'histoire de la grossesse d'une femme (Halima) que nous avons rencontrée dans le cadre de la recherche. C'est une femme qui a vécu 15 années de stérilité. Le jour où le mari –qui pourtant affirmait qu'il l'aimait- lui dit qu'il veut refaire sa vie pour avoir des enfants, elle tombe enceinte sans aucun traitement (2 mois après la décision du mari et 17 jours après qu'on lui a trouvé une femme (c'est elle-même qui racontait ces propos). Il comptait aller la voir quelques jours après. Elle disait : « je suis tombée enceinte au moment où j'y pensais pas et perdu espoir ... je ne supportais pas de laisser mon mari pour une autre et surtout au mépris de ma belle sœur qui encourageait son frère au lieu de le dissuader... je crois que je viens de naître. Maintenant Dieu m'a accordé sur qui détourner mon regard. [...] Je commençais à avoir des nausées et vomissements j'ai cru que c'est à cause de la nouvelle... (Quelle nouvelle ?) Sa sœur lui a trouvé une jeune fille et j'ai vu que c'est sérieux il voulait vraiment aller la voir. La première fois que je ressentais

qu'un enfant pouvait être une cause de notre séparation on était tellement *soudé*. Il m'a jamais fait comprendre qu'il souffrait, moi j'ai jamais réalisé que je l'ai privé –c'est une affaire de destin c'est sûr mais... alors les nausées et vomissements je n'ai même pas prêté attention, même si j'ai rêvé que mon père m'a offert un très très joli collier en or et un pantalon... j'ai pris le collier et je lui ai rendu le pantalon. Ma mère m'a dit que le sens de ce rêve est une grossesse et ça sera un garçon je l'ai cru, car les *anciens s'y connaissent mieux*... j'ai vu un médecin heureusement que *ma mère m'a préparée* autrement, je serais tombée de la table du médecin j'aurais pensé à tout sauf à ça».

Une belle histoire d'amour qui parle d'elle-même.

Même si nos données coïncident avec les résultats signalés par les auteurs dans le domaine, il est important d'évoquer la dynamique individuelle chez chaque femme. De ce point de vue chaque cas est une nouvelle aventure qui ne peut être comparée à aucun autre cas. Essayer de comprendre la logique qui opère chez chaque femme, était une expérience très enrichissante pour notre sensibilité clinique ; Ecouter les femmes sans les culpabiliser a été notre garant de laisser aller chez elles.

Enfin nous voulons insister, sur l'importance de comprendre les processus sous jacents au symptôme de stérilité au lieu de vouloir l'éliminer directement. En psychanalyse guérir de la stérilité n'est pas forcément d'avoir un enfant.

Bibliographie :

- 1-Beizmann C., 1966, *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*, Paris, Ed. Du centre de psychologie appliquée 1^{ère} édition.
- 2-Bergeret J. 1974, *la personnalité normale et pathologique*, 3^{ème} Ed 1996., Paris, Dunod.
- 3-Brelet. F., 1986, *Le TAT ; fantasme et situation projective*, Paris, Dunod.
- Cailleau F., 4-2006, Et si c'était dans la tête ? Histoire et représentations de l'infertilité, *Cahiers de psychologie clinique* 1/ (n° 26), p. 85-98.
- 5-Chabert C., 1983, *le Rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique*, Paris, Dunod
- 6-Chabert C., 1987, *psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Paris, Dunod.
- 7-Chabert C., 1998, *psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod.
- Emmanuelli M., Boekholt M., 1995, du corps à la pensée, *psychologie clinique et projective*, vol. 1, 1995, Paris, Dunod.
- 8-Emmanuelli « L'examen psychologique en pratique clinique : les

apports de la théorie psychanalytique », *Le Carnet PSY* 5/2003 (n° 82), p. 15-17.)

9-Faure- Pragier S., 1997, *les bébés de l'inconscient, le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*, 2003, 3^{ème} Ed., Paris, PUF.

10-Faure-Pragier S., 2001, que reste t-il de leurs amours ? Séparation mère –fille et conception, *Revue française de psychanalyse*, vol. 54(3), Paris, PUF.

11-Epelboin S., 2001, Impossibilité de concevoir, *Etudes sur la mort* 1/ (n° 119), p. 101-109.

12-Lecours S., 2005, Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique, *Psychothérapies* 2/2005 (Volume 25).

13-Pedinielli J. L., Fernandez L., 2009, *L'observation clinique et l'étude de cas*, France, Armand Colin.

14-Perron R., 2010, *La Raison psychanalytique, pour une science du devenir psychique*, Paris, Dunod.

15-Shentoub V., (1990), *Manuel d'utilisation du TAT, Approche psychanalytique*, Paris Dunod.

16-Trautenberg N. R., 1990, santé mentale, pathologie mentale ; des différents niveaux de prédiction à partir des techniques projectives, *psychologie médicale*, juin 1990, vol. 22, 8, Paris 671-673.

Ouvrages en Langue Arabe :

18- سي موسى عبد الرحمان، و محمود بن خليفة، (2009)، علم النفس المرضي التحليلي و الإسقاطي، الأنظمة النفسية و مظاهرها في الاختبارات الإسقاطية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزء الأول.