

Université Abderrahmane MIRA deBejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du Diplôme Master en Psychologie Clinique.

Thème

**Le fonctionnement mental chez les
adultes suicidaires**

**Etude clinique de Cinq (05) cas réalisée
au sein de l'EPH d'Akbou et le CHU de
Bejaia**

Réalisé par :

ADJAOUUD Fadila

AIT YATA Hassina

Encadré par :

Mme: DOUAHK Alima

Année universitaire

2015-2016

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du Diplôme Master en Psychologie Clinique.

Thème

Le fonctionnement mental chez les adultes suicidaires

**Etude clinique de Cinq (05) cas réalisée
au sein de l'EPH d'Akbou et le CHU de
Bejaia**

Réalisé par :

ADJAOUD Fadila

AIT YATA Hassina

Encadré par :

Mme: DOUAHK Alima

Année universitaire

2015-2016

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre reconnaissance.

Nous voudrions tout d'abord adresser toute notre gratitude à l'encadreur de ce mémoire Mme DOUAKH Alima. Madame Abassi medecin chef de psychiatrie Frantz fanon, A Lamine L'infirmier , et à nos enseignants(e) : Madame Makhezem, Monsieur Gassi et Madame Benamsli

Enfin, On tient à témoigner toute la gratitude à toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

F/ADJAOUD

H/AIT YATA

DEDICACES

Au terme de ces années d'études, je dédie ce modeste travail en signe de respect et

de remerciement :

*À mes chers parents vava et yemma qui sont la source spirituelle de mon
éducation et tous ce qui j'ai appris de cette vie, grâce a leurs efflores et leurs
sacrifices pour réussir durant ma vie,*

A mes chers grands parents djedi et yaya a3zizen

À Mm DOUAHK Alima, pour son aide et son soutien,

*À mes frères (Zahir, Mimih et mon beau frère Hakim) et à mes sœurs (Bisa et
Roukaia), et (belles sœurs Baya et Lila), à mes nièces (Milissa, Anissa, Myrena
et Eléna, Nourine, et mon neveu Mylane Mhd Amiziane),*

qui ont été toujours à mes cotes, et m'encouragés au cours de ces années d'études

et dans la réalisation de ce travail,

A ma chère binôme Salima et sa famille

À tous(es) mes amis(es). Djamila, Samira, Karima, Sabrina, Wafia, Zina, Anna,

Sylia, Firouz, Anna, Fouzia.

F/ADJAOUD

DEDICACES

*Au terme de ces années d'études, je dédie ce modeste travail en signe de respect et
de remerciement :*

*À mes chers parents yema et vava azizan atass atass qui sont la source
spirituelle de mon éducation et tous ce que j'ai appris de cette vie, grâce à leurs
efflores et leurs sacrifices pour réussir durant ma vie,*

À Mme ,DOUARK Alima, pour son aide et son soutien,

*À mes très chère frères (DADA HAMID, sa femme et mon neveu lucas,,
kamel, stephane et bilfel amazoz) et a salim azouzu, ma très chère amie et sœur
dalila , lila, nassima, siham et khaliti djamila,*

*qui ont été toujours à mes côtés et m'encouragés au cours de ces années d'études
et dans la réalisation de ce travail,*

*À tous(es) mes amis(es). Sofi, Bida, Taoues, zakou, djidji, Wafia, kahina, zina,
firouz, Anna, Sylia., Bazbouza, robert et Moho et au enfant kacim, dalia et aimed*

A ma très chère binôme Fadila et tout sa famille,

H/ AIT YATA

Table des matières

Remerciement	
Dédicaces	
Liste des tableaux	
Liste des abréviations	
Introduction	I

PROBLEMATIQUE

Problématique.....	1
II-1-L'hypothèse de recherche :.....	4
II-2-Opérationnalisation des concepts :	4
II-2-1- Le fonctionnement mental :	4
II-2-2-le suicide :.....	5
II-3-les Objectifs de la recherche :.....	6

CHAPITRE I

Le fonctionnement mental

I-Définition du fonctionnement mental :	8
I-1- Définition de la structure :	8
I-2- Définition de la personnalité :.....	8
I-3 - Définition de la normalité :	9
I-4- Définition de la pathologie :	9
II- L'appareil psychique selon Freud :.....	9
II-1- Le point de vue économique :.....	9
II-2- Le point de vue topique :	10
II-2-1- La première topique :	10
II-2-2- La deuxième topique :.....	11
II-3 Le point de vue dynamique :.....	11
II-4- Les stades psychosexuels du développement :	12
II-4-1 Le stade oral : de la naissance à un an :.....	12
II-4-2- Le stade anal de un an à trois-quatre ans :.....	12
III-La théorie de l'angoisse :	13

IV- Définition des mécanismes de défense :	15
IV-1- Les types des mécanismes de défenses :	15
IV-2- Les mécanismes de dégage ment :	18
V- Les déférentes structures de la personnalité :	18
V-1- La structure névrotique :	18
V-1-1- Les types de personnalités névrotiques :	19
V-2- La structure psychotique :	20
V-2- 1- Les types de personnalité psychotique :	21
V-3- L'organisation limite :	22
V-3-1- Les types de personnalité état limite :	23

CHAPITRE II

Le suicide

I-Historique du suicide :	26
II-Définition de suicide :	27
II-1-Définition de suicide selon l'OMS :	28
II-2-L'idée suicidaire :	28
II-3- La crise suicidaire :	29
II-4- La notion de conduite suicidaire :	29
II-5- Définition de la tentative de suicide :	29
II-6- Les équivalents suicidaires :	30
III- Les Caractéristiques psycho-sociologique des sujets à risque :	30
IV- Les facteurs de passage à l'acte :	30
IV-1-Les facteurs primaires :	30
IV-2- Les facteurs secondaires :	31
V-La dimension causale :	31
V-1-Dans les causes directes :	31
V-2-Dans les causes indirectes :	32
VI- Le passage à l'acte suicidaire :	32
VI-1-La souffrance psychique :	32
VI-2-Un moment de folie :	33

VI-3-Immédiateté et absence d'altérité :.....	34
VI-4-Toute-puissance :.....	34
VI-5-Régression narcissique :	35
VI- 6-Transgression :	35
VII- Approche psychologique :.....	35
VII-1-Aspects nosographiques :.....	36
VII-1-1- Le suicide chez les névrotiques :	36
VII-1-2- Le suicide chez les états limites :.....	37
VII-1-3- Le suicide chez le psychotique :	39
VI-1-4- Le suicide et d'autres organisations pathologiques :.....	39
VIII- Approche psychanalytique :.....	40
VIII-1-La pulsion de mort, la pulsion de destruction :.....	40
VIII-2-Deuil et mélancolie :.....	40
IX-Approche psychiatrique dans la clinique du suicide :	41
IX-1-Représentation de la mort chez le suicidant :.....	42
IX-2- La rencontre avec la mort réelle :.....	42
IX-3-Le sentiment de culpabilité chez le suicidant :	43

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III

La méthodologie de la recherche

I- La méthodologie de la recherche :.....	46
I-1- La pré-enquête :	46
I-2- La méthode clinique :	47
I-4- Présentation de groupe d'étude :.....	50
I-4-1- Les critères de choix :.....	51
I-5- Les difficultés et contraintes de la recherche :..	Erreur ! Signet non défini.
II- Les outils de la recherche :.....	52
II-1- L'entretien clinique :.....	52
II-2- Le test de Rorschach :	54
II-2-1- Historique du test de Rorschach :	54

II-2-2- Définition du test de Rorschach :	55
II-2-8- Méthode et analyse du protocole du Rorschach :	60
II-2-9- Techniques de dépouillement du protocole :.....	60
III- Déroulement de la recherche :	62

CHAPITRE IV

Présentation, Analyse et discussion des resultats

I-Présentation et l'analyse du contenu de l'entretien et de test du Rorschach :	66
I-1- Présentation et analyse de l'entretien du 1 ^{er} cas :.....	66
I-2-Présentation et analyse de protocole de Rorschach de M ^r Lamine :.....	68
I-3- Synthèse de cas « Lamine » :.....	76
II-Présentation et analyse de contenu de l'entretien clinique et de test de Rorschach de deuxième cas :.....	77
II-1- Présentation et analyse de l'entretien du 2 ^{em} cas :	77
II-2-Présentation et analyse du protocole de test de Rorschach de Mm Anissa:	79
II-3- Synthèse du cas de Mm Anissa :	87
III- Présentation et analyse du contenus de l'entretien et du test de Rorschach	87
III-1- Présentation et analyse de l'entretien du 3 ^{eme} cas :.....	87
III-2-Présentation de protocole de Rorschach de Mm Naima :.....	89
III-3- Synthèse du cas :	98
IV-Présentation et analyse de contenu de l'entretien et de test de Rorschach de 4 ^{em} cas :	98
IV-1- Présentation et analyse de l'entretien du 4 ^{eme} cas:.....	98
IV-2- Présentation de protocole de Rorschach de M ^{elle} Yomna :	100
IV-3- Synthèse de cas yomna :	109
V-Présentation et analyse du contenue et de test du Rorschach du 5 ^{em} cas :	110
V-1- Présentation et analyse de l'entretien 5 ^{eme} cas :.....	110
V-2- Présentation et analyse du protocole du test de Rorchar de Naim : ..	111

V-3- Synthèse de Mr Naim : 121

VI-Discussion de l'hypothèse : 121

Conclusion : 125

Liste Bibliographique

Annexes

Liste des tableaux :

01	Tableau récapitulatif de groupe d'étude	P51
----	---	------------

Liste d'abréviation :

CHU	Centre hôpital universitaire
DSMIV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux n°4
EPH	Etablissement publique hospitalier
OMS	Organisation mondiale de santé
TS	Tentative de suicide

Introduction

Introduction

Le suicide et la tentative de suicide constituent de nos jours un problème majeur de santé publique, Il est la deuxième plus fréquente cause de décès chez les jeunes, la première étant les accédants de la route. Le geste suicidaire est une question grave et constitue encore aujourd'hui une énigme redoutable pour les cliniciens, C'est un moment de rupture dans l'existence d'un être vivant ou d'un ensemble d'êtres, conséquence d'une perturbation du système de régulation assurant leur continuité et leur intégrité. C'est donc un phénomène qui recouvre des situations très variables dans leur nature puisqu'il peut affecter les domaines corporels, psychiques et sociaux.

Le suicide correspond à la mort tragique prématurée et souvent inattendue d'un individu déclenchant dans l'entourage des réactions émotionnelles intenses, cet acte n'est pas forcément dû à une pathologie, les facteurs de risque sont multifactoriels, ils peuvent être psychosociaux (problème professionnel, rupture...). Ou relevé du sujet même (pathologie psychiatrique, mauvaise estime de soi).

L'Algérie est confrontée de plus en plus à ce phénomène qui ne cesse de prendre des proportions alarmantes dans notre société, tenu secret et considéré comme tabou par les familles des suicidaires, bien que souvent plusieurs cas de suicide aient été cachés ou simulés par une mort accidentelle, un tabou qui est brisé ces derniers temps par les études qui ont été faites dans le but de la sensibilité de la prévention du passage à l'acte suicidaire.

L'importance de ce phénomène ne se mesure pas seulement dans les chiffres recueillis par les services hospitaliers ou de la protection civile, mais par l'absence de la prise en charge psychologique qui consiste à comprendre le fonctionnement mental chez les suicidaires, sachant qu'il touche toutes tranches d'âge.

Notre recherche est focalisée sur les adultes suicidaires, réalisé au sein de service psychiatrique de CHU de Bejaia et l'hôpital d'Akbou Akoul ali, afin de répondre à notre question et vérifier notre hypothèse formulées à l'aide d'une pré-enquête et de la revue des différentes théories.

Pour enrichir et éclairer le thème que nous avons abordé précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui est subdivisé en deux grandes parties :

La partie théorique : qui comporte deux chapitres, le premier chapitre qui intitule le fonctionnement mental et le deuxième chapitre qui aborde le suicide.

La partie pratique : qui comporte deux chapitres, le premier est consacré à la méthodologie de la recherche et pour le deuxième est centré sur la présentation, analyse et discussions des résultats.

Afin de terminer notre étude de recherche, nous présentons la conclusion, la Liste bibliographiques et les annexes.

Problématique

Problématique

L'homme au cours des millénaires s'est toujours considéré comme un être supérieur doté d'une intelligence et d'une conscience qui le distingue du monde animal. Mais au regard de la science, il apparaît que celui-ci n'est qu'un être comme tout être vivants, il dépend de divers fonctions végétatives sensitives motrices, cognitives. Il donne un sens à la vie par les relations quotidiennes affectives et sociales, aussi par des pensées et des activités par les quelles il cherche à réaliser ses rêves et ses désirs et de voir la vie comme un élément positive où il souhaite quelle réponde a ses besoins. Il est sous l'influence de l'univers dans la quel il se met face aux problèmes dont il se défend profondément.

Ainsi lors d'un danger il se protège et il se défend où il s'enfuit de toutes situations déplaisantes, où il y a la souffrance et la douleur qui menace sa vie. Il se caractérise par une poussé énergétique libidinale et sexuel qui a pour objectif de protéger la progéniture et la création de plus d'unités.

A la naissance, la vie mentale de l'être humain se manifeste par des réflexes, par des comportements innés sensoriels moteurs, qui correspondent à des tendances instinctives. Ces reflexes permettent à cet enfant de survivre et d'apprendre à s'adapter à son environnement, dans lequel il se développe en passant par les différents stades du développement.

En arrivant à l'âge adulte, qui est la période de l'insertion professionnelle et à la création d'une nouvelle famille, avec tout ce que cela génère comme responsabilité et obligations. C'est aussi la période de l'intégration entière et de la stabilité qui sert à la construction de soi et de l'identité. Ceci est une des opérations inhérente parmi d'autres à l'appareil psychique de cet adulte.

Cet appareil psychique qui se développe d'un stade à un autre, qui débute dès la première enfance et qui assure le développement normal de l'individu, Il

se caractérise par les instances psychiques qui servent à réguler les différentes pulsions qui existent chez l'être humain, il est guidé par le conflit psychique des instances, un conflit qui diffère d'une personnalité à une autre qui peut être normale ou pathologique.

Une normalité qui consiste à une appellation bien portante quel que soit la structure profonde, névrotique, psychotique, authentique et stable, non décompensée, permettant la meilleure défense. Et une pathologie qui peut être engendré par la décompensation causée par la fragilité et l'inadaptation à l'événement de la vie, elle s'inscrit aussi dans un fonctionnement psychique déséquilibré est altéré, caractérisé par une tendance régressive, qui se manifeste par une sévérité du comportement pathologique dont il peut être évalué par la bizarrerie du comportement, sa persistance et son effet sur le fonctionnement social telle que le comportement agressif contre les autres ou contre soi-même, qui peut mener dans certains cas jusqu'à se donner la mort, Le suicide est une action volontaire de se donner à soi-même la mort, le plus souvent pour se libérer d'une situation devenue intolérable. (Bordos, 1999, p511).

Le suicide constitue la réaction antisociale la plus fréquente de la pathologie mentale. C'est ainsi qu'on est appelé à parler souvent, en psychiatrie « l'idée de suicide qui est l'expression d'un trouble instinctivo-affectif très profond ou se mêlent l'angoisse et le délire. (P. Bernard, Ca. Brisset, 1960, 1989, P95).

Les tentatives de suicide se présentent comme un moyen d'appel à l'aide, un appel à l'autre, une quête affective ou le désir d'être aimé conduit à jouer sa mort comme un défi, la tentative de suicide se caractérise par des difficultés, le plus souvent, interpersonnelles, entraînant un sentiment de vide intérieur de détresse ou de colère.

Pour ce qui est de la prévalence de suicide, Chaque année plus d'un million de personnes se suicide dans le monde. L'organisation mondiale de la santé estime que le suicide est la troisième cause de la mortalité la plus fréquente dans le monde, il est la cause principale de la mortalité chez les adolescents et les adultes âgés de moins de 35ans.

Sa prévalence en Algérie est de 164 cas enregistrés 154 sont majeurs, dont une grande partie constituée par la gent masculine, soit 120 cas contre 44 femmes suicidées, Les wilayas qui totalisent un nombre élevé de suicides, il s'agit en premier lieu de la wilaya de Tizi Ouzou et Béjaïa, qui est classée en tête, causé par des dépressions nerveuses, des problèmes familiaux, désespoir, problèmes sociaux mais d'autre causes restent toujours mystérieuses.

Les moyens utilisés sont généralement la pendaison en milieu rural, la défenestration en milieu urbain, l'ingestion de psychotropes, les armes blanches, le gaz, la noyade et les produits toxiques ménagers.

Des enquêtes épidémiologiques ont été déjà menées dans notre pays, mais il reste que le drame n'est pas encore pris réellement en charge par les pouvoirs publics dans le sens de penser à la prévention et mettre les moyens nécessaires pour sa mise en place. (Rédaction nationale_ 31-07-2010 09:48).

Le psychiatre Kacha explique ces données statistiques par le fait que ces régions sont caractérisées par une forte densité de la population et la presse fait état quotidiennement de ces cas de suicide, et les tentatives de suicide sont 15 fois plus que le suicide.

Il étudie ces individus qui ont fait une tentative de suicide, il affirme que les suicidaires cherchent une fuite dans le sommeil, un apaisement à leur culpabilité ou expression de leurs pulsions agressives envers l'autre, «C'est une conduite d'appel et de rupture qui permet souvent de réaménager les relations avec l'entourage familial frustrant.

Le psychanalyste Tedjiza qualifie le suicide comme acte de démission et la néantisation du monde. Le suicidant met fin à une souffrance en exprimant un sentiment de vengeance avec l'idée de culpabiliser l'autre : «A moi la mort, à toi le remords» (Kacha.F , 2002,p110).

Freud considère certains suicides comme des suicides inconscients, ou la mort n'a aucune représentation inconsciente propre. Et d'autres sont des actes manqués susceptibles. Il parle aussi de suicide mi-intentionnel, inconscient qui se présente comme un accident, l'inconscient qui parvient à ses fins. Qui qualifie un suicide caché. (Freud. S, 1901. P 228).

En tant que jeunes étudiants initiateurs à la recherche scientifique, nous sommes interpellés par ce phénomène, et souhaitons, grâce à ce travail, d'établir une discussion sur le fonctionnement mental chez les adultes suicidaires basant sur un cadre théorique et méthodologique adéquat.

Enfin à partir de cette présentation, qui nous ramène à poser notre question :

Existe-t-il un fonctionnement mental spécifique chez les adultes suicidaires ?

II-1-L'hypothèse de recherche :

Les adultes suicidaires n'ont pas un fonctionnement mental bien spécifié.

II-2-Opérationnalisation des concepts :

II-2-1- Le fonctionnement mental :

Le fonctionnement mental et l'ensemble des activités psychologiques à pour but d'éviter, de déplaire et de procurer le plaisir. En notant que le déplaire est lié à l'augmentation des quantités d'excitation et le plaisir à leur réduction, le principe de plaisir est un principe économique.

II-2-1-1-La normalité :

La question de la norme et du normal renvoie soit à des statistiques, soit à des règles, soit à des normes ou encore à un idéal. Le normal concerne la majorité des sujets d'une population donnée. La normalité est définie par rapport à un idéal, un absolu, une perfection. Exemple dans le test du Rorschach dans lequel on considère certaines réponses comme banales.

II-2-1-2- La pathologie :

C'est une situation d'une souffrance subjectale que celle-ci résulte d'un ensemble de signes regroupés en un syndrome, ou le sujet présente un comportement déviant.

II-2-1-3-la structure :

C'est la construction progressive de la personnalité qui accompagne le développement psychosexuel et psychoaffectif de l'individu lors de la maturation.

II-2-1-4-Les mécanismes de défenses :

, Les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente.

II-2-2-le suicide :

C'est un acte de se donné soi-même la mort, parfois il est accompagné d'une dépression et des troubles de personnalité, qui consiste à un moment d'une perturbation et à une souffrance psychique intense.

II-2-2-3-La tentative de suicide : concerne tout geste auto agressif provoque un jeu avec la mort.

II-3-les Objectifs de la recherche :

Nous avons choisi ce thème « le fonctionnement mental chez les adultes suicidaires » dans le but de comprendre plus profondément se phénomène et vouloir a porté des nouvelles connaissances sur cette énigme qui n'est pas encore résolu

Et pour cerne la problématique du fonctionnement mental chez les adultes suicidaires. On déterminant les différents facteurs qui favorisent le passage à l'acte, et comprendre les déférents fonctionnements mental de ses personnes.

Chapitre I :

Le fonctionnement Mental

Préambule :

Le fonctionnement mental englobe à l'intérieure les pôles émotionnels et cognitives. Comme les conflits, les pensées, les échecs, les inhibitions, révélations fondamentales, l'activité logique ...etc, qui peuvent nous aidé à saisir les processus d'élaborations du développement psychologique de l'individu.

Il ya des mécanismes fondamentaux qui régissent l'activité de l'organisme vivant tels que ceux de l'assimilation et de l'accommodation de projection et d'introjection les deux nous offrent la possibilité de saisir la dynamique mental du sujet.

I-Définition du fonctionnement mental :

Concerne l'énergie psychique interne ou même titre qu'une réalité matérielle externe .Un monde psychique interne est la résultante de ce long processus de développement et d'individuations. (PH .jeammet et al. 1980, p 112-115).

I-1- Définition de la structure :

Freud compare la structure mentale à un bloc minéral cristallisé. Si on laisse tomber à terre un corps cristallisé, il se brise. Toutefois, il ne se brisera pas au hasard. Le cristal va se casser selon des lignes de préétablies, constantes selon des lignes de clivage propres à la structure interne du minéral. (Freud.S,1933, p142).

I-2- Définition de la personnalité :

Elément stable de la conduite d'une personne, ce qui la caractérise et la différencie d'autrui. Chaque individu a ses particularités intellectuelles, affectives et conatives dont l'ensemble organisé détermine la personnalité. (Norbert.sillamy .2003.P.199).

I-3 - Définition de la normalité :

La normalité consiste à l'appellation de bien portant quel que soit la structure profonde, névrotique ou psychotique, authentique et stable, non décompensée ; permettant la meilleure prise en compte. (Agnès Bonnet, Lydia Fernandez. 2007. p20, P21).

I-4- Définition de la pathologie :

C'est un état de maladie, d'anormal qui peut être un commencement d'évolution vers le supranormal et sans une altérité du fonctionnement mental (Agnès Bonnet, Lydia Fernandez. 2007 .P.22).

II- L'appareil psychique selon Freud :

Freud définit cette construction comme un lieu psychique, désignant le champ analytique.

Il évoque l'idée d'une disposition interne avec des fonctions spécifiques mais qui fonctionnent selon un ordre donné.

L'appareil psychique est considéré comme un appareil réflexe qui est chargé de transmettre et de transformer une énergie provenant du système réflexe d'un point de vue dynamique. ([www .psychiatriinfirmiere.free.fr](http://www.psychiatriinfirmiere.free.fr)).

II-1- Le point de vue économique :

Le point de vue économique postule une circulation de l'énergie au sein de l'appareil psychique et décrit le jeu des investissements psychiques. L'économique correspond au flux et à la force des investissements et des désinvestissements de soi ou d'autrui (l'objet).

II-2- Le point de vue topique :

La topique étudie les différents lieux de l'appareil psychique et leurs rapports (topique vient du grec, topos, lieu). Le mot «topique» renvoie à une description de type géographique de l'appareil psychique. Freud a élaboré deux topiques ([www .psychiatriinfirmiere.free.fr](http://www.psychiatriinfirmiere.free.fr)).

II-2-1- La première topique :**II-2-1-1- Le conscient :**

Il s'agit du lien avec la réalité et le monde extérieur. En périphérie et au contact de ce monde extérieur (au niveau perceptif, donc), il enregistre les stimuli extérieurs. Les sensations sont en effet directement dans le domaine de la conscience (du moins, tout ce que l'on peut mentionner...). Le conscient concerne également des objets intérieurs (état d'esprit, pensée...). Le conscient se constitue sous la forme de représentations, auxquelles des affects sont liés (pensées, raisonnements, émotions, etc....). Par nature, le conscient va essayer d'éviter les conflits et les tensions : il est géré selon le principe de réalité. . (Pierre lèvy-soussan. 1994. p50).

II-2-1-2 Le préconscient :

Celui-ci représente l'intermédiaire, plus ou moins accessible à la conscience (par exemple, sensations internes, déjà-vu, prémonitions, mots sur le bout de la langue). Processus secondaires et principe de réalité y sont les maîtres, beaucoup de choses du préconscient passent donc dans le conscient. (Pierre lèvy-soussan .1994.P50.)

II-2-1-3- L'inconscient :

C'est la partie la plus archaïque de l'esprit, la plus primitive, dans laquelle se passe l'essentiel de la vie psychique du sujet, et dont un petit morceau seulement accède à la conscience. Là, ce sont les processus primaires et le principe de plaisir qui sont à l'honneur, l'énergie est libre, change d'objet, se

décharge comme elle le souhaite. Tout ce que l'on a vu, ressenti, s'accumule dans l'inconscient. (Pierre Lévy-Soussan. 1994. p51).

II-2-2- La deuxième topique :

II-2-2-1- Le ça :

C'est le pôle pulsionnel, instinctuel entièrement inconscient fonctionnant selon le processus primaire et ne cherchant que satisfaction immédiate des besoins et l'apaisement des tensions. . (PH. Jeammet. et al, 1980.P126).

II-2-2-2- Le moi :

Le moi est née du ça par différenciation progressive au contact de la réalité de la réalité à laquelle il doit s'adapter pour survivre .il est le siège de mécanisme de défense il représente l'instance refoulée chargée d'assurer l'équilibre psychique. (PH. Jeammet. et al, 1980.P126).

II-2-2-3- Le sur moi :

C'est la fonction critique de l'appareil psychique porteuse de consignes morales à l'égard du moi, c'est l'intériorisation des interdits parentaux. (PH. Jeammet. et al, 1980.P127).

II-2-2-4- L'idéal du moi :

L'idéal de moi, modèle auquel le moi doit se conformer. On voit que l'idéal du moi a pour visée l'être même auquel il propose une image parfaite de lui-même, Il est donc intimement lié au narcissisme et dépendant de l'image que les parents ont de leur enfant. (PH. Jeammet et al, 1980. p127).

II-3 Le point de vue dynamique :

Selon le point de vue dynamique, l'appareil psychique est le siège de forces en conflit, qui oppose désirs et défenses. Les conflits sont dynamiques et

inconscients et les forces en conflit sont d'origine pulsionnelle. Freud fonde ce conflit sur l'opposition :

De deux pulsions : pulsions d'autoconservation et pulsions sexuelles puis pulsions de vie et pulsions de mort.

II-4- Les stades psychosexuels du développement :

II-4-1 Le stade oral : de la naissance à un an :

La relation symbiotique de l'enfant au sein maternel organise le premier stade. De la vie affective autour de la fonction alimentaire. À ce stade, la zone érogène utilisée pour la recherche du plaisir est constituée par les lèvres, la langue et la cavité buccale.

La satisfaction libidinale est étayée sur le besoin physiologique d'être nourri. À ce stade, le plaisir est autoérotique. L'enfant n'est pas différencié du monde extérieur : il y a «indifférenciation Moi/non-moi» et état « (N.Calvin Deug1Avignon ,1998.P22).

II-4-2- Le stade anal de un an à trois-quatre ans :

C'est le moment où l'enfant devient plus en plus sensible, ce stade commence lorsque s'installe le contrôle sphinctérien, lorsque la défécation devient un acte que l'enfant peut commander. Ce contrôle sphinctérien apparaît avec la marche comme deux acquisitions ouvrant la voie vers l'indépendance. (www.Staps.uni-avignon.fr p 3).

II-4-3- Le stade phallique après 3 ans :

Les conflits affectifs centrés sur l'analité sont remplacés par l'intérêt de l'enfant pour la zone génitale : zone érogène du stade phallique. Une certaine unification des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux s'instaure. Les préoccupations de l'enfant pendant ce stade se concentrent sur la curiosité sexuelle, la fécondation, le coït et la naissance. (www.Staps.uni-avignon.fr .P 3).

II-5- Stades du développement psycho affectif :

Freud a fourni une description chronologique en stades successifs du développement psycho – affectif. L'évolution progressive des instances psychiques et des conflits spécifiques de chaque stade se fait en fonction du développement atteint par l'enfant. l'enchaînement d'un stade a l'autre ne se fait d'une façon brutale ou chaque stade est définitivement d'un dépassé.

Les stades sont comme emboîtés les uns aux autres. le dépassement d'un stade laisse des traces dans le stade suivant. C'est en fonction de ces fixations que convergeront , éventuellement ; les régressions ultérieures suscitées par des conflits .par exemple une fixation excessive au stade anal pendant l'enfance ; peut entraîner ultérieurement ; en cas de conflit psychiques dans la vie adulte, une régressions a ce stade , seul capable de lui procurer du plaisir , seul qui a véritablement pu le satisfaire dans son développement affectif.

Chaque stade est caractérisé par : une zone érogène source pulsionnelle ; un type de relation d'objet, la mise en place les mécanismes de défense et des instances intrapsychiques, et un mode de satisfaction prévalent. (Pierre Lévy-soussan, 1994. P.55).

III-La théorie de l'angoisse :

En 1920, Freud a montré la nécessité de discriminer l'angoisse de l'effroi et de la peur. Ces termes, selon lui, ne sont pas synonymes, et c'est leur rapport à la notion de danger qui permet de les discriminer.

« Le terme d'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu. Le terme de peur suppose un objet défini dont on a peur ; quant au 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 surprise. » (Freud .S, 1920, p56).

En 1926, Freud propose une étude approfondie de l'angoisse, de son essence, de ses fonctions, de ses origines.

Il commence à reconnaître 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 part du principe que l'angoisse est saisissable par les ressentis qu'elle procure. Il propose de commencer par l'appeler « *état d'affect* » (Freud.S, 1926, p46)

Pour distinguer les deux, Laplanche et Pontalis proposent les définitions suivantes « Angoisse automatique : « Réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser. » (Laplanche J, Pontalis J-B.1967, p 28).

Angoisse signal ou signal d'angoisse : « Terme introduit par Freud dans le remaniement de sa théorie de l'angoisse (1926) pour désigner un dispositif mis en action par le moi, devant une situation de danger, de façon à éviter d'être débordé par l'afflux des excitations. Le signal d'angoisse reproduit sous une forme atténuée la réaction d'angoisse vécue primitivement dans une situation traumatique, ce qui permet de déclencher des opérations de défense. » : (Laplanche J, Pontalis J-B.1967 p447).

III-1- Définition de la crise de l'angoisse :

La crise de l'angoisse associe de façon variable une triple symptomatologie : somatique ; psychique et psycho-sensorielle. (Pierre Lévy soussan .p97).

III-1-1- Les manifestations somatiques de l'angoisse :

Dominent le plus souvent la crise d'angoisse. Leur présence doit faire éliminer avant tous un diagnostic d'urgence médicale.

Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous. Les symptômes respiratoires sont les plus fréquents le retentissement somatique entraîne une élocution heurté ou scandée ; une attitude Crispée ; trémulante ; agitée ou stuporeuse.

III-1-2 Les manifestations psychiques :

Sont représenté par la peur d'un danger imaginaire. Le terme de panique est empalement justifié car cette peur est intense ; insupportable ; extrême : peur de devenir fou de mourir, d'avoir une maladie grave.

Les mécanismes de défense correspondent aussi à des différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes de défenses prévalant sont différents selon la pathologie envisagée mais aussi selon le degré d'élaboration du conflit défensif. . (Pierre Lévy soussan 1994.p97).

Définition des mécanismes de défense :

Les mécanismes de défense représentent classiquement la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions. Mesures ou opérations défensives sont des activités inconscientes du moi. Leur activation est involontaire. La défense est principalement dirigée contre les pulsions.

Les mécanismes de défense peuvent être dirigés vers la réalité extérieure et la lutte contre le stress. (Henri. C, Stancey. C .2003.P33).

IV-1- Les types des mécanismes de défenses :**IV-1-1Le refoulement :**

Mécanisme psychologique inconscient de défense du moi par le quel les sentiments, les souvenirs et les pulsions pénibles ou en désaccord avec la personne sociale sont maintenus hors du champ de la conscience. (Nobert sillamy.2003.P 224).

IV-1-2- La régression :

C'est le retour a des formes intérieures de développement de la pensé et de style de relations du sujets avec son environnement la régression n'est jamais un retour pur et simple a l'état antérieur car on ne peut pas totalement effacer l'évolution intermédiaire. (PH ,jeammet et al.1980 .p121) .

IV-1-3- Le renversement dans le contraire :

C'est la forme d'une pulsion se transforme en son contraire dans le passage de l'activité a la passivité il est en générale étroitement lié au retournement sur soi ou la pulsion remplace un objet par la personne propre. (PH .jeammet et al.1980 .1980.P121).

IV-1-4- Le déplacement :

Mécanisme psychologique qui Consiste dans le fait que l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation sont susceptible de se détacher d'elle pour passer a d'autre représentation originellement peu intenses reliées a la première par une chaine associative. (Sillamy. N, 2013.p79).

IV-1-5- L'isolation :

Est le procédé qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que les connections avec son contexte affectif, avec d'autre pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues. (PH .jeammet et al.1980 .p121).

IV-1-6- L'annulation rétroactive :

C'est le mécanisme psychique par le quel le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées des paroles des gestes des actes passé ne soit pas advenus .il utilise pour cella une pensé ou un comportement ayant une signification opposée. (PH .jeammet et al.1980.p122).

IV-1-7- La formation réactionnelle :

C'est une attitude psychique de sens opposé a un désire refouler et constitué en réaction contre celui si, c'est aussi la formation réactionnelle est un contre investissement des éléments conscient de force égale et de direction opposé a l'investissement inconscient. (PH .Jeammet et al. 1980. p122).

IV-1-8- La dénégarion :

Le sujet peut se permettre de formulé une pensé le concerne ne croyez pas que je pense ce si.

IV-1-9- La sublimation :

Dérivation d'une énergie instinctuelle vers un but social élevé.

C'est des pulsions inconscientes détachées de leur objet primitif on s'investissant dans des équivalents ayant une valeur sociale. (Siliamy. N .2003 .P257).

IV-1-10- Le clivage :

C'est un mécanisme considère comme une défense la plus arcaïque contre l'angoisse, ou l'objet visé par les pulsions libidinales et agressives soit bon au mauvais.

IV-1-11- L'idéalisation :

Elle est le résultat du clivage préalable mais ou pour protéger le bon objet des pulsions destructrices .celui si voit les qualités et va valeur nettement exagérées.

IV-1-12- Le déni de la réalité : Le sujet nie totalement une part plus ou moins impotente de la réalité externe : l'introjection et la projection.**IV-1-13- L'identification :**

C'est un processus formateur de la personnalité mécanisme de défense essentiel contre la perte et le deuil origine de multiples conduites pathologique. (PH .Jeammet et al. 1980. p.125-126).

IV-2- Les mécanismes de dégage ment :

Certain auteurs comme D, Lagache ont individualisé des mécanismes de dégage ment.

Il se différencie des première par le fait qu'ils ne sont pas subit par le moi contraint de recourir automatiquement par une défense immédiate, incontrôlé pour diminué sa tension : mais qu'ils ne sont au contraires pour effet de dégage r le moi de cette contrainte, en lui permettent d'objectiver en l'intériorisons et en le relativisons.

C'est ainsi que dans l'identification a l'objet perdue le sujet aurai pu a la place de cette identification relativement couteuse, se dégage r de ses investissement sur l'objet et les rendre disponible pour d'autre investissement.

Mais cela suppose en difficile travaille de prises de conscience et de d'deuil. Mettant en œuvre ses mécanismes de dégage ment. (PH .jeammet et al .p.125-126).

V-Les déférentes structures de la personnalité :**V-1- La structure névrotique :**

Concerne une organisation fantasmatique centrée autour du complexe d'Oedipe et le respect du principe de réalité.

L'organisation névrotique rend compte de l'intégration de la problématique œdipienne. Elle est caractérisée par l'existence de conflits intrapsychiques.

Trouble mental qui n'atteint pas les fonctions essentielles de la personnalité et dont le sujet est douloureusement conscient. (Sillamy. N, 2003 .P181).

Le type d'angoisse dominant est l'angoisse de castration, génital. Les mécanismes de défiances chez les névrotiques : Le refoulement, La sublimation,

l'identification, l'annulation, la formation réactionnel ... etc. (Jean bergeret.1996 .P107).

V-1-1- Les types de personnalités névrotiques :**V-1-1-1 La Personnalité histrionique :**

La Personnalité histrionique est un mode général de comportement fait de réponses émotionnelles et de quête d'attention excessive et envahissante.

Ce mode apparaît au début de l'âge adulte. Les individus qui ont une Personnalité histrionique sont mal à l'aise et ne se sentent pas appréciés quand ils ne sont pas au centre de l'attention d'autrui. (DSMIV. P 801).

Les caractères diagnostiques de la personnalité histrionique :

1. l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante.
2. expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante.
3. utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi. (DSMIV .P 821).

V-1-1-2 La Personnalité obsessionnelle :

La Personnalité obsessionnelle-compulsive est une préoccupation par l'ordre, la perfection, le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens de la souplesse, de l'ouverture et de l'efficacité.

Ces sujets sont très soigneux et ont tendance à répéter ce qu'ils font, ils consacrent une attention excessive aux détails et vérifient très souvent pour voir s'ils n'ont pas fait d'erreurs. Et le besoin incoercible d'accomplir un acte absurde. (Chrystel et al .2002 .P34).

Les caractères diagnostiques de la personnalité obsessionnelle :

1. Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle).

2. Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.
3. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses. (DSMIV. P838).

V- 1-1-3- La Personnalité phobique :

Une crainte persistante envers un objet ou une situation spécifique (les souris, les chiens, les espaces clos, le vide, etc.) n'ayant pas un caractère réellement dangereux mais dont la confrontation provoque chez le sujet une réaction d'angoisse intense.

Même si le sujet reconnaît l'irrationalité ou l'excès de sa peur, il ne peut la dominer et se maîtriser. (Chrystel besche-richard, cathrine bungener.2002.P32).

V-2- La structure psychotique :

Prend son départ au niveau des frustrations très précoces qui ne permettent pas d'atteindre le niveau d'élaboration psychique de la structure névrotique. Le conflit sous-jacent se joue entre la réalité et les besoins pulsionnels bruts.

Le type d'angoisse prévalent est l'angoisse de morcellement ou l'angoisse de néantisation exprime le sentiment de dislocation ou développement face a une perte inapaisable de l'objet pulsionnel. Ultérieurement.

Les mécanismes de défense : c'est le délire, le déni de la réalité, le clivage, la projection et l'introjection, refoulement...etc.

La relation d'objet chez le psychotique : Deviens fusionnelle a l'objet maternel. (Jean Bergeret, 1996.p.68).

V-2- 1- Les types de personnalité psychotique :**V-2-1-1- La Personnalité schizoïde :**

La caractéristique essentielle de la Personnalité schizoïde est un mode général (le détachement des relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui.

Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Apparemment, les individus schizoïdes n'ont pas de désir (l'intimité ; ils semblent indifférents aux possibilités de développer des relations proches et ne tirent pas beaucoup de plaisir de la participation à un groupe social ou familial. (André Feline, J-Daniel, Patrick H.2002. P 420).

• Les critères diagnostiques de la personnalité schizoïde :

1. N'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré.
2. Semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui.
3. Fait preuve de froideur, de détachement, ou d'émoussement. (Ibid. P820).

V-2-1- 2- La Personnalité Schizotypique :

La caractéristique essentielle de la Personnalité schizotypique est un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë, et par des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et par des conduites excentriques.

Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers. (DSMIV P 802).

• Les critères diagnostiques de la personnalité schizotypique :

1. croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes.
2. pensée et langage bizarres (par exemple vagues, circonstanciés.
3. perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles. (DSMIV .P807).

V-2-1-3- La Personnalité paranoïaque :

Il est méfiant et soupçonneux : il pense que les autres cherchent à le tromper, car ils seraient jaloux de sa supériorité. Il se sent en permanence entouré de personnes envieuses et malintentionnées La personnalité paranoïaque correspond à une organisation pathologique de la personnalité caractérisée par la rigidité du fonctionnement. (Jèrome palazzolo.2011.P90).

- **Les caractères diagnostiques de la personnalité paranoïaque :**

Le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent.

Est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés.

Garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné. (DSM IV p799).

V-3- L'organisation limite :

L'état –limite se situe avant tout comme une maladie de narcissisme, ayant dépassé le danger de morcellement, le moi n'a pas pu accéder cependant à une relation d'objet génital.

L'angoisse des états limites : est une angoisse de perte d'objet et de dépression qui concerne à la fois un vécu passé malheureux sur le plan plus narcissique qu'érotique .

La relation d'objet établie est de type anaclitique, elle va se prolonger jusqu'à l'âge adulte, faisant traverser l'adolescence sans problèmes apparents, c'est là le tronc commun aménagé des états limites

Les mécanismes de défenses : le clivage du moi et de l'objet la projection, l'idéalisation primitive, le déni...etc. (Jean Bergeret, 1996. p143).

V-3-1- Les types de personnalité état limite :**V-3-1- 1-La Personnalité borderline :**

La Personnalité borderline est caractérisé par un mode générale d'instabilité qui touche les domaines des relations interpersonnelles de l'image de soit et de l'expression des affects. Ils ont besoin de l'autre, mais en même temps ils se sentent toujours menacés. (Chrystel et al .2002.P116).

• Les critères diagnostiques de la personnalité borderline :

1. mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
2. perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'i mage ou de la notion de soi.
3. impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet. (DSMIV P 813).

V-3-1-2- La Personnalité antisociale :

La Personnalité antisociale est un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte.

Elle est aussi nommée psychopathie, sociopathie ou personnalité dyssociale. Comme la tromperie et la manipulation sont au centre de la Personnalité antisociale. (DSMIV. P 808).

• Les critères diagnostiques de la personnalité antisociale :

1. incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminant les comportements légaux
2. irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions.
3. absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.(DSMIV.P 812)

V-3-1-3- La Personnalité narcissique :

La Personnalité narcissique ont le sentiment d'être quelqu'un d'unique et de spécial .qui doit être constamment admire, le manque de modeste qui peut aller jusqu'à l'arrogance. Le besoin d'être admiré, et de manque d'empathie qui apparaît au début de l'âge adulte. (Chrystel besche-richard .2002.P119).

• Les critères diagnostiques de la personnalité narcissique :

1. pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.
2. besoin excessif d'être admiré.
3. pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits. (DSMIV .P 826).

Synthèse :

On guise de conclusion au travail de ce chapitre, on s'est intéressé au fonctionnement mental sous ses divers spécificité et avec une description et interprétation clinique de ses fonctionnement, afin de permettre une meilleure compréhension pour le lecteur.

La notion du fonctionnement mental s'applique aux façons de traiter psychiquement l'expérience pulsionnelle et affective. Un des éléments essentiels du fonctionnement mental est la capacité à créer et à utiliser les symboles. Dans le meilleur des cas, la symbolisation des pulsions et affects en permet la tolérance et l'élaboration en donnant à leurs représentations une valeur.

Chapitre II :

Le suicide

Préambule :

Le suicide constitue la première cause de la mort violente, il est plus fréquent que les accidents de la circulation, le suicide est la première cause de la mort chez l'adulte, elle représente 18,1 de mortalité chez les hommes et 13,8 chez les femmes, les tentatives de suicide représentent un énorme problème de la santé publique au social et humain élevé.

I-Historique du suicide :

Bien avant d'être un objet d'étude et un sujet de préoccupation de nos jours, le suicide a été au cours de l'histoire une pratique qui interrogeait la philosophie, la religion, et les sciences de l'homme. Il nous paraît important d'en donner un aperçu dans la mesure où l'on peut supposer qu'il en reste des traces dans les représentations sociales du suicide. (Minois Georges s, 1995, p20-39)

A l'antiquité, Platon reconnaît trois situations où le suicide peut être acceptable : le cas d'un condamné à mort, le cas d'une maladie très douloureuse et incurable, et la situation où l'individu connaît un sort misérable, donc la définition est assez vaste. (Anusaksathian narongdoj, 2015, p16).

Au moyen âge, c'est à partir de Saint Augustin que la condamnation du suicide par la morale chrétienne sera totale et absolue.

Tous les types de suicide seront interdits à partir de Saint Augustin. Le caractère sacré de la vie devient le paradigme essentiel. Faisant du suicide un attentat contre la nature, contre la société, et contre Dieu.

Le suicide est réfuté au grand siècle, il un crime de lèse-majesté divine et humaine, condamné par le droit canon et la loi séculaire. Descartes prendra également position contre le suicide, non pas au nom d'un quelconque argument religieux ou moral, mais bien parce qu'il le considère comme une erreur, contraire à la raison.

- **Du 19ème siècle à nos jours :**

Les Aliénistes du 19ème siècle prendront le relais des Philosophes dans l'élaboration du suicide-maladie.

Pinel insistera sur le caractère morbide du penchant suicidaire, en individualisant, sur le plan étiologique, d'une part les réactions psychiques violentes à des évènements de vie, à l'origine du désir de mourir, et d'autre part un désir irrésistible de suicide indépendant de toute explication causale, dont il ne peut donner l'origine. Cette dichotomie se poursuivra dans nos conceptions actuelles du suicide. Le traitement proposé sera de provoquer une sédation morale par les procédés de l'époque, la douche brutale, le fauteuil rotation, le fauteuil de répression, l'isolement.

Esquirol E. reprend les théories de Pinel, en procédant à des descriptions cliniques détaillées. Il considère le suicide comme une conséquence d'un état pathologique sous-jacent, et non pas comme une entité clinique à part entière. Il affirme que « l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans un délire et que les suicidés sont des aliénés ». Il individualisera les « suicides involontaires aigus » et les « suicides volontaires chroniques ». Il proposera des traitements par la répression, les émotions vives, mais prônera également la pathologie mentale sous-jacente. Il évoquera des mesures préventives à mettre en place dans les institutions pour éviter le suicide des aliénés. (Esquirol Étienne, 2003, p 56).

II-Définition de suicide :

Acte de se donner soi-même la mort, le suicide est soit un acte exécutif en fonction de considération morale, sociale, religieuse ; philosophique ou personnelle soit au contraire un acte pathologique survenant à la suite de l'évolution de diverses affections mentales : dépression, délire chronique ; confusions (Anusaksathien narangdoj, 2011, p33).

II-1-Définition de suicide selon l'OMS :

Le suicide c'est l'acte par lequel l'individu cherche à s'autodétruire du point de vue physique, ayant l'intention plus ou moins authentique de perdre sa vie, tout en étant plus ou moins conscient de ses raisons.

II-2-L'idée suicidaire :

L'idée suicidaire concerne les individus pensant au suicide. Parmi eux, un certain nombre passera à l'acte et d autre non. Mettant leurs vie en jeu, c est aussi de penser a un geste auto agressif d une manière régulier, caractérisé par un plan suicidaire précis ou non. (Abbé Charles, 2011, p53).

II-2-1 Les sources des idées suicidaires :

- Circonstances d'apparition (facteur déclenchant)
- Climat psychologique :
- Difficulté affectives pathologie de couple.
- Contexte de deuil de séparation
- Difficulté professionnelles.
- Difficultés scolaires.

II-2-2- Les caractéristiques des idées suicidaires :

- Intensité intentionnalité, caractère obsédant de l'idéation.
- Fréquence d'apparition.
- Degré d'élaboration, moyens envisagés : plan suicidaires précis.
- Réaction du sujet face à ses idées.
- Impact sur sa vie affective, social, professionnelle. (piere lévy, 1994, P354)

II-3- La crise suicidaire :

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Cette crise constitue un moment d'échappement.

Un état d'insuffisance des mécanismes de défense et de vulnérabilité, met la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire. (G.Darcourt, 2001, p46).

II-4- La notion de conduite suicidaire :

Par rapport au débat entre approche psychiatrique et approche sociologique, Louis Crocq apporte une clarification en précisant la distinction qu'il y a lieu de faire entre conduite suicidaire d'une part et le fait suicidaire d'autre part. La conduite se situe plus dans une fonction de psychologie individuelle, tandis que le fait suicidaire fait appel à des causes générales distinctes des causes individuelles.

Une première distinction proposée par Crocq est celle entre tentative et comportement. La tentative, qu'elle soit velléité, chantage, simulacre ou automutilation, suppose la prise d'une option sur l'intention. A l'opposé se situe le comportement qui correspond à une position d'observation s'interdisant toute compréhension du geste. (Congres de psychiatrie et de neurologie de la langue française, 1997, p 201)

II-5- Définition de la tentative de suicide :

La tentative de suicide est un acte intentionnel fait pour une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutissent pas la mort. Les tentatives de suicides varient en intensité. (Anusaksathien narougdaj, 2011, p98).

II-6- Les équivalents suicidaires :

Concerne tout conduite a risque(conduite inconsciente)qui provoque un jeu avec la mort , Ces conduites, tout comme certaines lésions, ou mutilations auto infligées non suicidaires, refus thérapeutique, toxicomanie ne doivent pas être abusivement considérées comme des tentatives de suicide. Mais en peut les considéré comme une menace, chantage, ou un véritable désir de mort. (Congres de prychiatrie et de neurologie de langue française, 1997, p201)

II-7- Le para suicide :

Ce terme a été défini comme étant un acte à l'issue non fatale par lequel un individu entreprend délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto infligés ,ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite, ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire. (Diekstra. R et al 1993, p 68).

III-Les Caractéristiques psycho-sociologique des sujets à risque :

- sujet âgé, adolescent, masculin, célibataire, veuf.
- antécédents personnels ou familiaux de la tentative de suicide de depression.
- adaptation social et familiaux de mauvaise qualité.
- profession défavorisée le travail manuel pénible, emploi subalterne, chômage.
- absence de projets dans l avenir a court, moyen, long terme.

Absence d'estime de soi, (Pierre levy, 1994, p354)

IV- Les facteurs de passage à l'acte :**IV-1-Les facteurs primaires :**

- les troubles psychiatriques

- les antécédents personnels et familiaux de suicide,
- la communication d'intention suicidaire ou une impulsivité.

Ils sont en interaction, ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et surtout pourront être influencés par les traitements.

IV-2- Les facteurs secondaires :

- les pertes parentales précoces.
- l'isolement de vie négatif.
- les événements prédisposant les plus observés sont pertes précoces.
- la maltraitance dans l'enfance.
- les abus sexuels et physiques.
- Les événements précipitant sont quant à eux illustrés par les conflits interpersonnels (violence, hostilité, déception sentimentale ou professionnelle) (Abbé Charles, 2011, p82).

V-La dimension causale :

Le suicide est un phénomène neuro-psychosociologique qui peut être causé par ce qui suit :

V-1-Dans les causes directes :

- La symptomatologie du trouble psychiatrique est suffisante pour expliquer le comportement suicidaire. Par exemple, des hallucinations chez les patients psychotiques peuvent produire des gestes suicidaires.
- Une perception altérée du temps avec une immédiateté du passage à l'acte après un stress est l'une des causes directes du comportement suicidaire.
- Le trouble borderline est en lui-même, pour certains auteurs, une cause directe de tentative de suicide. (Carolif, 1984, p127).

V-2-Dans les causes indirectes :

- Les mécanismes de protection sont défaillants. Tout sujet présente potentiellement des traits suicidaires avec un seuil de passage à l'acte plus ou moins élevé. Le trouble psychiatrique peut soit diriger l'état de base du sujet vers une susceptibilité à l'acte suicidaire, soit diminuer le seuil de tolérance à différents facteurs de risque suicidaire. L'index de vulnérabilité est défini par la quantité de risque qui doit être accumulée entre l'état de base et le seuil de tolérance.
- dans le trouble de la personnalité borderline, des traits comme l'impulsivité et les éléments dysphoriques qui prédisposent au suicide.
- Les troubles de la personnalité peuvent léser la capacité d'adaptation aux événements stressants.

Le sujet suicidaire dépend de divers caractéristiques qui peuvent engendrer le passage à l'acte suicidaire. (Abbé Charles, 2011, p 98).

VI-Le passage à l'acte suicidaire :

C'est une action organisée permettant une décharge instinctive par laquelle le sujet liquide, du moins de façon momentanée, les tensions nées de la confrontation d'éléments personnels et relatifs à la situation, en ce sens, le passage à l'acte n'est pas assimilable à une pathologie précise mais peut être causé par ces différentes situations:

VI-1-La souffrance psychique :

La souffrance psychique peut être définie comme rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable. La souffrance psychique peut précéder ou succéder une incapacité ou bien une dégradation sociale. (Abbé Charles, 2011, p 98).

VI-1-1-Les symptômes de souffrance psychiques :

Sont multiples. Parmi eux, on retrouve l'incapacité de se projeter dans l'avenir, d'utiliser ses relations sociales et son entourage, solitude affective et relationnelle, repli sur soi et baisse de l'estime de soi.

VI-1-2-Les causes de la souffrance psychique :

La souffrance nous menace de trois côtés :

Dans notre propre corps : qui destiné à la déchéance et la dissolution, ne peut même se passer de ces signaux d'alarme que constituent la douleur et l'angoisse.

Du monde extérieur : lequel dispose de forces invincibles et inexorables pour s'acharner contre nous et nous anéantir.

La troisième menace : enfin provient de nos rapports avec les autres êtres humains. La souffrance issue de cette source nous est plus dure peut-être que toute autre. (Carolif, 1984, p144).

VI-2-Un moment de folie :

Le passage à l'acte s'opérerait dans un moment de rupture avec le fonctionnement psychique habituel. Il semble qu'il y ait une suspension transitoire des mécanismes psychiques habituellement opérants pour assurer la continuité psychique de l'individu et l'utilisation d'un système plus économique et efficace.

L'une des caractéristiques de la pathologie de crise est de réactiver les effets de clivage, de projection et d'identification projective qui, lorsqu'ils sont pris dans une organisation stable, marquent plutôt le champ de la psychose. Le passage à l'acte suicidaire, par de nombreux aspects qu'on retrouve dans le discours du suicidant, nous évoque un moment psychotique. (Carolif, 1984, p145).

VI-3-Immédiateté et absence d'altérité :

Le passage à l'acte est souvent décrit comme un geste impulsif, ne pouvant être reporté. Même dans un certain nombre de cas où le geste a été planifié, le moment même du passage à l'acte s'inscrit dans un fonctionnement opératoire, quasi automatique. Les gestes viennent court-circuiter la pensée et s'enchaînent dans une logique froide où toute symbolisation est impossible.

Ce n'est qu'après le passage à l'acte que le suicidaire se rend compte qu'il n'est pas seul. Les enfants, par exemple, sont une source de culpabilité importante pour le suicidant. Ils sont même parfois utilisés pour justifier une non intention suicidaire du geste, Le passage à l'acte se vit dans le maintenant et tout de suite. Le suicidant ne se projette pas dans l'après, ne se représente pas mort, ne se voit pas cadavre. Le sujet se trouve piégé dans une crise labyrinthique qui le coupe et l'isole de toute relation à autrui, le rend presque inaccessible. (Carolif, 1984,p 150).

VI-4-Toute-puissance :

Le passage à l'acte s'inscrit dans une toute-puissance absolue. Par le simple fait de son agir, l'individu acquiert le pouvoir de tout détruire et retrouve le droit de vie et de mort sur lui-même et sur l'autre.

Le passage à l'acte va représenter une sorte d'auto engendrement par la destruction du corps. Le sujet se réapproprie son corps dont il devient maître dans la destruction. Si succès et plaisir n'ont qu'un temps, sont aléatoires et dépendent largement des autres, au contraire, l'autodestruction est sans limite et toujours à disposition du sujet. (Lforgue René, 1950, p202).

VI-5-Régression narcissique :

Toute crise suicidaire implique une régression à ce qu'il y a de plus infantile en chacun. L'hypothèse d'une régression narcissique transitoire peut être évoquée, avec le passage à l'acte venant rappeler ce paradis perdu où nous n'étions que deux.

A l'origine de la plupart des gestes suicidaires, les patients évoquent souvent une incapacité à surmonter une situation ou conflit et le besoin de ne plus y penser. Ils se mettent alors hors-jeu, le sommeil devenant un refuge, une recherche d'apaisement et d'abaissement de tensions.

Si le passage à l'acte permet la régression illusoire à une vie sans conscience, le soin s'envisagera donc comme une tentative de restauration d'une vie pleinement consciente qui permet le choix.. (L'forgue René, 1950, p205).

VI-6-Transgression :

Le suicide représente une forme de transgression psychique. La rencontre avec la mort est comme dans le trauma, une forme de transgression. Ce qui fait acte, au sens propre, c'est que le sujet n'est plus le même après. S'opère une mutation, une transgression, le franchissement du code, du symbolique. L'homme, dans la mort qu'il se donne à lui-même, transgresse un interdit fondamental, celui de rompre sa référence à une instance tierce et donc celui de se confondre avec la divinité. (www.Psychologie-m-Fouchey.psy bogues.net)

VII- Approche psychologique :

Deshaies distingue en effet trois types suicidaires suivant les caractères pathologiques, illégitimes ou légitimes de la conduite. La conduite pathologique se définit par la structuration pathologique de la personnalité traduite par

l'existence d'une anomalie mentale caractérisée (état psychotique par exemple). La conduite illégitime répond à la disproportionnalité entre les motivations apparentes et la gravité du résultat sans qu'on relève de trait franchement pathologique de la personnalité, ainsi des suicides après une dispute conjugale d'apparence banale. La conduite légitime se caractérise par un accord entre les motivations et la situation actuelle ou prévisible, bien analysé par le sujet et facilement compréhensible d'autrui. Dans ce dernier cas, on retrouvera le suicide « préventif » d'une mort ou d'une déchéance certaine ; le suicide « curatif » devant la souffrance de la torture par exemple s'apparente au sacrifice le plus noble. (Vedrine. J et al, 1982, p. 21-33).

VII-1-Aspects nosographiques :

Les psychiatres se sont efforcés de décrire une clinique du suicide en affirmant leur approche au fur et à mesure qu'étaient dégagées les différentes entités de la pathologie mentale. Ils distinguent le suicide des dépressifs, ceux des psychotiques, des névrotiques, des psychopathes, des déments, des épileptiques, des toxicomanes... Ils distinguent aussi que le suicide marque la limite du fonctionnement de la structure psychopathologique dans la mesure où le sujet traduit une rupture dans son économie.

L'intérêt de l'étude nosographique réside moins dans la description classique de formes cliniques que dans la signification du geste en fonction du vécu du sujet considéré comme malade. (Endier. F et al, 1994, p 123).

VII-1-1- Le suicide chez le névrotique :

Les tentatives de suicide s'inscrivent en général dans un contexte où la structure névrotique est encore instable, facilement déséquilibrée à l'occasion de la perte d'un objet réel ou imaginaire ou par le surgissement de conflit intrapsychique et relationnel dont la futilité apparente est sans commune mesure avec leur perception subjective : une légère déception, une frustration anodine, une parole maladroite deviennent des traumatismes destructeurs, parce qu'elles

viennent confirmer un phantasme d'insatisfaction, d'infériorité et d'incomplétude et mesurer l'écart par rapport à l'image idéalisée de soi. (Srael.L. 1977, p145).

VII-1-1-1-Les modalités du suicide hystériques :

La tentative de suicide se fait généralement par une intoxication médicamenteuse et une phlébotomie, qui laissent une chance aux secours d'intervenir d'autant que la tentative a souvent été annoncée ou a été organisée de façon à être découverte avant qu'il ne soit trop tard .le théâtralisme de la tentative de suicide de l'hystérie fait souvent méconnaître la profondeur du conflit sous-jacent ,ou de la dépression .(Pierre lévy,1994 ,p 355) .

VII-1-1-2-Chez les phobiques :

La tentative de suicide est souvent réactionnelle à une situation phobogène immédiate.

VII-1-1-3-Chez les obsessionnels :

Le passage à l'acte est rare car il est souvent très grave et s'apparente à celui du mélancolique. Ces tentatives souvent déclenchées par un propos jugé offensant, réactivant une culpabilité grandiose, doivent être distinguées des phobies d'impulsions où le malade lutte par des évitements compulsifs contre son attirance pour la fenêtre ou des objets coupants par exemple. Ces impulsions donnent très rarement lieu à des passages à l'acte car elles restent généralement à l'état d'idée et sont métabolisées à l'intérieur du psychisme de l'obsessionnel. (Pierre lévy, 1994, p 355).

VII-1-2- Le suicide chez les états limites :

Le diagnostic de psychopathie, de déséquilibre caractériel, d'hystéroabandonnisme, de personnalité borderline, derrière lesquels chacun mettrait certainement des nuances significatives, figure très fréquemment sur les

observations des suicidaires. Ce qui n'étonne pas puisque l'impulsivité, l'instabilité, l'intolérance aux frustrations, les conduites déviantes, tous traits comportementaux ou caractériels pouvant être rattachés à l'imaturité et à la dysharmonie dans le développement psychoaffectif.

(Andier. F et al, 1994, p212).

VII-1-2-1-Le suicide chez l'alcoolique et le toxicomane :

Lorsqu'un alcoolique se suicide, c'est très souvent parce que l'alcool ne remplit plus son office de médicament antidépresseur ou anxiolytique, Cette réflexion renvoie le suicide de l'alcoolique, à celui du dépressif et du psychopathe en situation de deuil (réel ou imaginaire).

Le passage à l'acte est parfois masqué sous la forme d'accidents (de circulation notamment) survenu au cours de paroxysmes éthyliques sans qu'on sache exactement la part du hasard et celle de la volonté suicidaire en raison de l'état d'agitation confuse du sujet. (Ingold f.r, 1987,p184)

Pour le toxicomane, la mort est une éventualité toujours présente : quelle soit délibérément provoquée ou simplement défiée dans un flirt répétitif, elle fait intensément partie de sa vie.

Tous les moyens sont utilisés avec un recours fréquent à des méthodes violentes. Un point doit être cependant brièvement discuté, celui de l'overdose. Non pour son importance numérique, mais à cause de son impact émotionnel sur le public comme sur le toxicomane lui-même.

C'est dans ce sens que la toxicomanie rejoint la tentative de suicide qui est souvent une conduite ordalique, un non-choix fondamental, un abandon au destin. Cette ambivalence primordiale qui est au cœur de la problématique toxicomaniaque dérive du dualisme des instincts de vie et de mort. (Pierre levy, 1994, p354).

VII-1-3- Le suicide chez le psychotique :

Les suicides des schizophrènes sont assez fréquents. Classiquement, il s'agit de passage à l'acte imprévisible, irrationnel et incompréhensible dont la violence et par conséquent l'issue sont souvent fatales. En fait, on peut distinguer les suicides qui se produisent en phase aiguë, au cours d'épisodes délirants, hallucinatoires.

Le passage à l'acte chez le psychotique se caractérise par l'emploi de procédés bizarres ou symboliques parfois accompagnés d'auto-mutilation avec une mise en scène impressionnante par son étrangeté ou son horreur (transfixion, auto-crémation, castration, décapitation...). Certains scénarios font parfois suspecter une origine criminelle. Dans ces phases processuelles, on invoque plusieurs « explications » au passage à l'acte : soumission à un ordre hallucinatoire, rationalisme morbide, raptus au cours d'un accès de dépersonnalisation, panique devant l'étrangeté du vécu délirant, fuite devant des persécuteurs imaginaires. (Racle B,M 2009, p84).

VI-1-4- Le suicide et d'autres organisations pathologiques :

Sont les épileptiques et les démences :

La fréquence et la complexité du suicide chez les épileptiques est dû aux traits de caractère qui sont habituellement : dysphorie, entêtement, et colère... Leur suicide a souvent une dimension hétéro-agressive clairement prononcée lorsqu'il s'agit par exemple de se venger de parents accusés d'être responsables.

Quant aux démences, elles sont rarement suicidogènes, sauf à la période de début quand le sujet prend conscience de sa détérioration et dramatise la charge qu'il inflige à son entourage, tout en redoutant d'être abandonné et placé dans une institution. On sait que la rupture des liens habituels lors d'une hospitalisation est le moment le plus critique et le plus douloureux pour ces

sujets dont l'état pathologique se rapproche de la mélancolie d'involution. (Botta j.M, 1982, p91).

VIII-Approche psychanalytique :

En psychanalyse, La question se pose s'il faut définir l'acte suicidaire dans un conflit pulsionnel ou un conflit du Moi propre à son affirmation. Freud a parlé de suicide et de la pulsion de mort dans ces travaux : « deuil et mélancolie », « considérations actuelles sur la guerre et sur la mort ». (FREUD. S, 1910, P131).

VIII-1-La pulsion de mort, la pulsion de destruction :

Freud évoque la transformation de la pulsion de mort en pulsion de destruction, comme dans l'enfance lorsque l'enfant détruit son jouet. Ces deux pulsions sont articulées entre elles dans la relation amoureuse, Il existe autant de jouissance dans la destruction que dans l'amour. L'intériorisation de la pulsion de destruction est également productrice de violence et entraîne des pathologies somatiques. (Freud. S, 1920, p110).

VIII-2-Deuil et mélancolie :

Pour Freud le suicide reste encore une énigme. Dans « Deuil et mélancolie », il décrit plus l'autodépréciation du mélancolique que son attirance pour la mort. Dans l'article sur la Psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine, il fournit une explication du suicide en quelques lignes : « c'est un désir de tuer l'objet avec lequel le sujet s'est identifié qui fournit l'énergie nécessaire à l'accomplissement de l'acte, considéré alors comme un retournement sur soi-même » (Freud. S, 1984, p183).

En 1915, dans « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », Freud avait précisé que la mort est toujours la mort de l'autre, car rien de pulsionnel en nous ne favorise la croyance en la mort ; dans cette optique, l'angoisse de mort est toujours secondaire par rapport à l'angoisse de culpabilité

référée à la castration.». Plus tard en 1920, la mort sera érigée en principe primordial, mais sous forme de tendance à l'inertie, au nirvana, avec, en corollaire, une position de masochisme primaire. (Freud .S, 1915, p235- p239)

IX-Approche psychiatrique dans la clinique du suicide :

- **Selon Esquirol :**

Pour Esquirol, le suicide a toutes les caractéristiques des aliénations mentales, ce qui contribue à inclure ce comportement dans la clinique psychiatrique .Il considère le suicide comme une maladie où prévaut le délire. En effet, Esquirol considère le suicide comme provoqué par les passions, qu'il s'agisse du délire, de la terreur, de l'amour, de la colère, de la jalousie ou du chagrin trahi. (Racle B. M, 2009, p 23).

- **Selon Delma :**

Excluant la notion de sacrifice, de meurtre involontaire, inconscient, d'euthanasie, pour ne garder que le désir conscient de mourir, le suicide est donc, toujours pathologique, en rapport avec une anxiété qui relève de la constitution psychopathique. (Racle B. M, 2009, p 110).

- **Selon Brière de Boismon :**

Il considère le suicide comme une maladie, il distingue deux formes : la première où la raison est conservée, tandis qu'elle se perd dans la seconde forme. La raison n'est pas conservée, En fait, pour cet auteur les suicides attribués à la folie atteignent à peine le tiers des cas, d'où l'introduction de la notion de suicide sain (qu'il évoque comme la possibilité d'un crime envers Dieu, envers la société ou l'individu).

- **Selon Henri Ey :**

Pour Henri Ey, le suicide pathologique résulte de la dépression et de l'anxiété. Trois niveaux de troubles instinctivo-affectifs déterminent le suicide, et correspondent à trois variétés de réactions suicidaires

1. le raptus suicidaire, à craindre au décours d'une mélancolie, dans l'épilepsie, l'alcoolisme aigu.
2. les comportements suicidaires impulsifs, secondaires à une pathologie qui peut être soit démence sénile ou les états confuso-oniriques, soit la mélancolie mais aussi par des angoisses majeurs, des idées suicidaires, voire des hallucinations, avec le cas extrême du suicide collectif. (Racle B ,M, 2009, p 114).

IX-1- Représentation de la mort chez le suicidant :

Le suicide s'inscrit dans un rapport à la mort ou plutôt à sa représentation. Il ne s'agit pas d'une représentation directe, il est impossible psychiquement de se représenter sa propre mort, l'illusion partielle de son immortalité est un aménagement nécessaire à l'homme pour vivre face à l'angoisse de sa mort. Le réel de la mort fait partie du non représentable pour tout vivant. Il s'agit donc d'une représentation indirecte par les conséquences qu'on lui prête, les effets qu'on imagine sur soi-même et sur les autres (scénario des funérailles ...).

La représentation de la mort chez les suicidant ne tient pas compte de la dégradation réelle du corps. Aucune personne ne peut penser au cadavre qu'elle deviendrait éventuellement. La mort est plutôt considérée dans son sens métaphorique, à type de néantisation ou d'image du vide, ou encore mort hédonique assimilée à un sommeil prolongé. (Feillard j, Vidon.G, 1982, p242).

IX-2- La rencontre avec la mort réelle :

Pour un suicidaire c'est pas possible de penser à la rencontre avec la mort et au moment de dégradation réel du corps et de l'âme, pour lui L'acte suicidaire semble plus sous-tendu par le désir d'une certaine mutation ou d'une sorte de renaissance que par celui d'une mort définitive, froide et concrète.

IX-3-Le sentiment de culpabilité chez le suicidant :

Le sentiment de culpabilité inconsciente est lié au désir de décommettre un acte de meurtre sachant que ce désir reste au niveau imaginaire, au niveau du fantasme. La théorie du passage à l'acte se définit par le passage de l'imaginaire au réel.

La culpabilité est très proche de l'angoisse. Elle est en rapport avec le désir lui-même articulé à un fantasme. (Feillard j, Vidon.G, 1982, p242).).

Synthèse :

De nombreuses études épidémiologiques ont été faites pour connaître les facteurs pouvant favoriser les comportements suicidaire et les tentatives de suicide, mais malheureusement le manque de moyen de prise en charge et la conscience de la gravité de ce phénomène le laisse ce propagé de plus en plus.

On conclusion, se chapitre nous a permet de faire le lien entre le fonctionnement mental et l'acte suicidaire et qui nous servira de support dans l'analyse des entretiens des cas de notre groupe de recherche.

Partie Pratique

Chapitre III :

La méthodologie de la recherche

Préambule

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation des différentes étapes que nous avons suivies dans notre recherche afin de mieux cerner la nature de fonctionnement mental chez les adultes suicidaires, et qui consistent en une pré-enquête, une démarche clinique, ainsi que les caractéristiques de la population d'étude.

I- La méthodologie de la recherche :**I-1- La pré-enquête :**

Avant de définir la démarche suivie dans notre recherche, elle commencera par notre pré-enquête qui nous a permis de choisir cette démarche.

La pré-enquête représente une étape très importante dans tout travail de recherche. Nous avons effectué notre pré-enquête dans deux hôpitaux : l'hôpital de Frantz Fanon à la ville de Bejaia, et à l'hôpital d'Akbou Akloul Ali. Dans le but de recueillir des informations sur notre population d'étude et de bien diagnostiquer leur fonctionnement mental.

Mais avant d'entamer notre recherche nous avons d'abord expliqué notre thème de recherche et la démarche que nous avons souhaité à suivre aux psychologues, aux psychiatres qui sont au niveau des deux hôpitaux et même aux enseignants de psychologie clinique au niveau de l'université de Abd arrahman Mira.

Pour ce qui est de l'enquête que nous avons menée, nous avons travaillé avec des sujets qui ont un fonctionnement mental différents, des névrotiques, des états limites et des psychotiques, nous avons effectué deux entretiens et des fois plus pour chaque cas, cela dépend de la durée de leur hospitalisation, plus une séance pour la passation du test, cette dernière qui a été effectuée dans la langue maternelle du cas (langue kabyle) et la langue française.

I-2- La méthode clinique :

Dans le but de vérifier nos hypothèses, nous nous sommes basés sur la méthode clinique qui est pour but l'étude approfondie du fonctionnement mental chez les sujets qui ont fait une tentative de suicide, évaluant chaque symptôme qui peut être le fil conducteur du fonctionnement de chaque patient.

La méthode clinique s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, comprendre ses conduites, étudier l'histoire de sujet et sa situation actuelle, elle sert aussi à l'observation et l'écoute attentif, elle nous permet de comprendre l'individu en situation et en interaction.

Elle ne peut se focaliser que sur le cas, c'est-à-dire, l'individualité, une attention est portée spécialement à la parole du sujet souffrant, sur l'information qu'il donne, la spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et quelle tente de les regrouper en les plaçant dans la dynamique individuelle. De plus elle comporte deux niveaux différents et qui consistent en :

Les techniques de recueil de l'information (tests, échelles d'évaluation, entretiens, dessin, jeu, analyse des tests écrits, observations), qui sert à l'analyse psychologique et à l'analyse de contenu. (Pedineli J-L., 1994, p33-34).

I-2-1- Etude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptive, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence.

Pour le psychologue, l'étude de cas est utilisée afin de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire

L'étude de cas enrichit la connaissance en science humaines dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation, ce que des mesures objectives et faibles ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. (Chahraoui.k. et Bénony H., 2003, p11-12).

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche, est quelle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitive, etc.), elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire les phénomènes. (Chahraoui.k. et Bénony H ,2003,p125-127).

Nous avons adopté cette méthode de recherche car au fait elle tient compte des circonstances actuelles et passés pour décrire les problèmes actuels en utilisant des outils différents tels que l'entretien et le test, et cela répond exactement à nos objectifs, car notre étude est portée sur cinq cas d'adultes qui ont fait une tentative de suicide et nous avons utilisée pour le recueil des données des entretiens semi directifs et un test projectif (de personnalité) qui est le Rorschach.

I-2-3- Présentation du lieu de la recherche :

Notre recherche à été effectuée le 10-03-2016 au sein de l'hôpital d'AKBOU « AKLOUL ALI », le choix de ce terrain à été en raison de la disponibilité de la population d'étude qu'on cherche.

L'hôpital d'AKBOU « AKLOUL ALI », est un établissement public à caractère administratif, il est placé sous la tutelle de M^r le Wali de Bejaia.

En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle hospitalière à la nouvelle ville, les travaux commencent en 1960. Le nouvel hôpital est réceptionné en mars 1962 et fut inauguré le 21 novembre 1968.

L'activité hospitalière est transférée vers le nouvel hôpital baptisé au nom du Chahîd lieutenant « AKLOUL ALI » en 1970, le secteur sanitaire d'AKBOU « AKLOUL ALI », est situé au sud de la Vallée de la Soummam, limité au nord par AZAZGA , au sud par la wilaya de BORDJ BOU ARERIDJ, à l'est par les daïras de Sidi Aiche et BENI OURTILANE, et à l'ouest par les daïras de Ain el hammam et M'chdellah, il couvre six daïras composées de 15 communes, totalisent une population de 260 000 habitants réparties sur 188 villages.

L'EPH d'AKBOU « AKLOUL ALI », est un hôpital de 182 lits techniques sont repartis comme suit :

- Médecine interne 68 lits hommes et femmes
- Chirurgie 44 lits hommes et femmes
- Pédiatrie 35 lits
- Maternité 19 lits
- Gynéco 16 lits.

L'hôpital d'AKBOU « AKLOUL ALI », est constitué aussi de l'ensemble des services sanitaires, de prévention, de diagnostic, de soins d'hospitalisation et de la réadaptation médicale, couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du Ministère de la Santé.

Le CHU de Béjaïa a été créé par le décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 23 décembre 1997

fixant les règles de création , d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

La liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n°97-467 du 2 chaàbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé

Et le service psychiatrie Les services Hospitalo-universitaires ont été créés par le décret exécutif n° 97-467 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997, compété, fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

Les 22 services hospitalo-universitaires relevant du centre hospitalo-universitaire de Béjaia. Leurs constitutives ainsi que leurs capacité technique sont comme suit Capacité litière : Homme 18 lits, Femme 08 lits.

Personnel médical : Médecin Généraliste : 02, Médecin Spécialiste : 02 Hospitalo-universitaire : 17. Personnel paramédical : 18, Nombre d'unités : **02** (Femme, Homme). Date de création : 2011 chefs de service : **Dr ABASSIA** Maîte Assistante en psychiatrie. Annex.1

I-4- Présentation de groupe d'étude :

Notre groupe de recherche comprend cinq sujets que nous avons sélectionnés à partir de neuf cas sur des bases précises d'homogénéité dans la mesure où notre thème concerne des patients qui ont fait des tentatives de suicide, cependant, certains critères que nous avons jugés non-pertinents n'ont pas été reconnus.

Choisissant les cas qui ont répondu rigoureusement au test de Rorschach pendant la passation, les cas que nous avons sélectionnés on bien répondu à notre demande et ont respectaient les consignent qui leur ont été assignées. Concernant les prénoms des cas nous avons tenu à les changer pour garder la confidentialité selon la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

I-4-1- Les critères de choix :

- **Les critères d'homogénéité :**

La sélection a été faite en rapport avec des critères d'homogénéité qui se présente comme suit :

- L'âge : tous les cas sont âgés entre 22ans et 50ans car c'est la tranche d'âge des adultes.
- **Les critères non-pertinents pour la sélection de notre population d'étude :**
 - Le niveau socioculturel : dans notre recherche, nous n'avons pas pris en considération cet item car toutes personnes de toutes classes sociales et toutes cultures peuvent passer à l'acte.
 - Le sexe : cette variable n'est pas étudiée d'une façon indépendante, car nous avons opté pour une population variée qui englobe les deux sexes.

Tableau N° 01 : Récapitule de groupe d'étude :

Cas	Sexe	Age	Niveau d'étude	Nombre de tentative	Le moyen utilisé
Lamine	homme	49ans	diplomé	1fois	Injection drogue et over dose
Anissa	Femme	45ans	Primère	2fois	Immolation
Naima	femme	45ans	Cem	3fois	Brulure par eau chaude
Yomna	femme	23ans	Lycienne	1fois	Ingestion des produits caustiques
Naim	Homme	29ans	Diplomé	2fois	Ingestion médicamenteuse

Le tableau N° 01 : est un tableau récapitulatif les cas de groupe d'étude, il s'agit de cinq cas (05) différents, (03) cas féminines (Anissa, Naima, Yomna)

et deux (02) autres cas masculins (Lamine et Naim). Les cas leurs ages entre 23 ans et 49 ans, et d'un niveau d'étude du primère au dipome, le nombre de tentative est varie entre 1 fois à 3 fois, et le moyen utiisé se défer d'un cas à un autre injection droge et over dose, immolation, brulure par eau chaude, ingestion des produits caustiques, ingestion médicamenteuse, au niveau du CHU de Bejaia et EPH d'Akbou.

II- Les outils de la recherche :

II-1- L'entretien clinique :

L'entretien clinique est définit par Alexandere B et ses collaborateurs comme « une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet vient en général exposer une souffrance, un conflit, une interrogation. (Alexandre B. et coll., 2005, p 381).

C'est aussi une technique qui essaye de comprendre l'activité et le fonctionnement mental de la personne dans sa globalité et son individualité en ce concentrant sur le discours, le vécu et la relation. (chilland C., 1983, p10-27)..

Bénony H., définit l'entretien de recherche comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales.

Il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événement vécus, représentations, croyances, émotion, histoire personnelle, souvenirs, rêve (Charaoui KH. Et bénony. H, 2003, p141).

Il existe trois types d'entretien clinique : l'entretien directif et le non directif, et l'entretien semi-directif, ce dernier qu'on a utilisé dans notre recherche.

II-1-1- L'entretien semi-directif :

Ce type d'entretien est un usage complémentaire durant lequel le clinicien, pose quelques questions juste pour orienter le discours sur certains thèmes.

« C'est une situation, où le clinicien pose quelque questions simplement pour orienter le discours sur certains thème, cette structuration peut se précisé jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elle s'adapte a l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste souple » (Chilland C.1983, p11).

Cet entretien nous permet de retracer les différents moment de la vie du sujet comme les maladie antérieurs et actuelles ainsi que les conséquences qui l'on mener a l'état psychique du moment, c'est une technique qui autorise une certaine liberté d'expression, une fois la consigne donnée, on se retient d'interrompre son sujet et si celui-ci reste silencieux car il n'arrive pas a sortir d'une situation de gêne, on le relance par d'autre question qui vont nous permettre de noter l'investissement du sujet par apport aux autre objets extérieurs ,sa relation avec l'entourage, la façon par laquelle il gère les conflits, les mécanismes de défense qu'il utilise contre ses conflits.

- **L'attitude du clinicien durant l'entretien clinique :**

Face a son sujet le clinicien neutre et bienveillant, attentif, et doit éviter de parler, d'interrogé et surtout éviter les mimiques ou les gestes signifiants, il doit

encourager son patient à parler et se laisser emporter par le rythme adopter et moduler par l'autre selon les contenus de son discours.

Concernant la relation clinicien/patient, et son développement à travers le temps, la prudence et le silence du patient. Et l'introduction directe dans le discours peut nous donner une hypothèse diagnostique que le patient investie immédiatement n'importe quel objet comme bon objet. (Marty P., 1990, p72).

- **Le guide d'entretien :**

Notre guide d'entretien est constitué de quatre axes qui nous a permis d'obtenir des informations personnel sur le sujet, le premier axe contient l'objectif est d'identifier les sujets. Axe n° 2, Informations concernant l'histoire du patient dont l'objectif est de recherche de comprendre son passage à l'acte suicidaire. Axe n°3 aborde le fonctionnement mental qui est pour l'objectif de cerner la structure du patient. Axe n°4 concernant le suicide et les moyens utilisés.

II-2- Le test de Rorschach :

II-2-1- Historique du test de Rorschach :

Le Rorschach publie pour la première fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie « *Hermann Rorschach* », le test des taches est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative. Il sélectionne progressivement 15 planches, il faut un rapport sur le travail d'expérimentation et recherche un éditeur, il obtient un contrat d'édition et celui-ci conserve 10 planches et change les couleurs puis sélectionna, celle qui discriminait au mieux les malades mentaux des sujets dit « *normaux* ». Rorschach s'est surtout basé, pour l'interprétation, sur l'opposition entre les

personnalités extratensives et les personnalités introverties. (J.L.Bernaud, 1998, p8).

Le test le rorschach est utilisé dans la pratique clinique et fait chaque année l'objet d'un grand nombre de recherches et de publications en psychologie projective, en psychologie clinique et psychopathologie sa sensibilité, sa fidélité et sa validité sont régulièrement confirmées et précisées. (C. Chabert, 2004, p47).

II-2-2- Définition du test de Rorschach :

C'est un outil d'évaluation psychologique utilisé pour analyser la personnalité et le fonctionnement affectif. Créé en 1921 par Hermann Rorschach, Le test officiel comporte dix taches d'encre : cinq taches sont de l'encre noire sur fond blanc, deux sont de l'encre noire et rouge sur fond blanc et trois sont multicolores Dans le cadre du bilan psychologique, cette épreuve s'inscrit dans une démarche de compréhension globale de la personne et permet d'enrichir et d'éclairer les résultats issus d'autres instruments d'évaluation, comme les épreuves cognitives.

Il est aussi un « précieux instrument d'examen en profondeur de la personnalité » (Beizmann, 1961, p. 21).

II-2-3- La description des planches de Rorschach :

Le rorschach est un constitué de 10 planches dans les quelles figure des taches d'encre. La description des planches se fait d'après le plan latent et le plan manifeste, et ce dernier se compose de deux paramètres : Le paramètre structurel (formel) et le paramètre sensoriel.

La planche I :

L'une des caractéristiques de cette planche est celui d'être la première ou le sujet est immédiatement mobilisé dans ses ressources psychique pour faire face et s'adapté a cette situation de rencontre avec l'inconnu. Les modalités défensive

du sujet l'ors qu'il se retrouve dans une situation nouvelle et angoissante sont donc généralement perceptibles lors de l'analyse de cette première planche. (Jacqueline et al.2009 .P90)

La planche II :

C'est une planche bilatérale qui permet la réactivation de représentations de relations. Ces relations seront représentées de façon plus ou moins dynamique à travers des kinesthésies exprimées ou non. La présence de la couleur rouge pour la première fois s'impose au regard du sujet.et que chaque sujet réagira d'une manière ou d'une autre.

La planche III :

C'est aussi une planche bilatérales la représentation de soi et de l'autre se traduit par la perception de deux personnages humains .l'identité de base sont donc ici mises a l'épreuve. (Jacqueline et al, 2009 .P93).

La planche IV :

Cette planche se caractérise par sa couleur sombre et massive suscitant régulièrement des réactions d'angoisse et de malaise .un appel au projection de représentation dotées de puissance phallique qui sollicite le sujet dans son rapport a la figure d'autorité . (Jacqueline et al, 2009 .P94).

.La planche V :

Classiquement considéré comme planche de l'adaptation à la réalité .par sa facture unitaire et la prégnance de l'axe de symétrie, peut être considéré comme planche de la représentation de soi et de l'identité. (Jacqueline.et al,2009 .P95).

La planche VI :

C'est une planche unitaire ou elle revoie le sujet a sa capacité a se représenté un corps ou un objet entier et intègre. Et ce qui caractérise plus spécifiquement cette planche est essentiellement le symbole sexuel qu'elle comprend.

La planche VII :

La bilatéralité de la planche VII lui confère a nouveau la possibilité d'amener le sujet a la représentation relations. Etre capable de reconnaître la forme humaines de ces engrammes et, qui plus est, de les maîtriser en mouvement demande un certain niveau d'élaboration identitaire. (Jacqueline et al, 2009 .P96).

La planche VIII :

Première planche couleur après 4 planches noires ou gris, planche bilatérale permet la réactivation de représentation de relation face a l'environnement social. Le sujet révèle la façon dont il peut gérer son rapport au monde extérieur.

La planche IX :

Ne représente pas d'engrammes facilement identifiables et représentatif .elle se caractérise par le vécu des relations précoces a l'égard de l'objet maternel archaïque.

La planche X :

Elle se caractérise par la dispersion des taches et des couleurs, et sa position de dernière planche. Son aspect morcelé peut être source de réactions diverses pour le sujet, elle peut réactiver l'angoisse de morcellement comme elle peut renvoyer a une bonne gestion des affects et elle signifie aussi une vie intérieure riche. Comme le dit Chabert « planche de fête ou planche de morcellement, tous les extrêmes sont possibles ». (Chabert .1997 .P54).

II-2-4- La situation de Rorschach :

Le sujet en situation projective est invité à parler tout aussi librement sauf que ses réponses doivent être associées à partir du matériel du test, ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe, perceptive du stimulus et par ailleurs, il ne dispose que d'une séance pour la passation, il y a donc liberté et contrainte, le psychologue adopte une attitude de neutralité bienveillante, il ne suggère pas, il n'interprète pas, il ne juge pas (il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponses).(C. Chabert ;2004,p111).

II-2-5- Passation de teste du Rorschach :

- **Le premier temps :**

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

- **Le deuxième temps :**

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

- **Le troisième temps :**

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelle est sa planche préfère puis sa planche la moins aimée. (P .Roman, 2006, p87).

II-2-6- Le matériel du test de Rorschach :

Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné (24x10) .communément appelé « planche »,les images sont en fait des taches d' encre symétrique, aux teintes diverses :grises et le noires pour la planche I ,IV ,V,VI,VII .noires et rouges pour la planche II, III, et colorées pour les trois dernières planches, le fond est toujours blanc ,chaque planche est numérotée de 1 a10 .Correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration ,elle sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé.(jacqueline richelle,2009,p20).

N. Rausch de Tranbenberg insiste sur le fait que le caractère symétrique du matériel, organisé autour d'une bilatérale plus au moins exprime mais en tous les cas imparfaits, ainsi chacune des planches peut –elle considère, au delà de la sollicitation manifeste qu'elle présente à partir de la sollicitation qui sous tend le rencontre avec le sujet (Roman.P, 2006, p203).

II-2-7- La consigne du test de Rorschach :

Formulation sous forme d'une expression par laquelle en mène la demande Chabert(2007) a proposé une formule similaire mettant à l'avant plan de la tache la notion d'imagination. « Je vais vous montrer dix planches et vous me direz ce à quoi elles vous font penser, ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches ». Il peut être utile, au moment de la consigne de préciser qu'il n'ya pas de« bonne » ou de « mauvaise »reponses. (Au sens des réponses attendues lors d'un test d'efficience intellectuelle) et que le sujet a la possibilité de donner autant de réponses qu'il le souhaite.(R.Jacqueline 2009, p 23) .

II-2-8- Méthode et analyse du protocole du Rorschach :**• La cotation :**

La cotation est réalisée manuellement pour chaque réponse produite. Elle peut éventuellement être assistée par l'apport d'une feuille de dépouillement, d'un livret de cotation des formes, la cotation se base sur quatre critères spécifiques pour chaque réponse : la localisation, le déterminant, le contenu et le caractère banal ou non de la réponse.

• L'enquête :

C'est la seconde phase de la passation,, pour l'examineur, c'est un retour (avec le sujet) sur chacune des réponses données aux différentes planches de manière à faire préciser « ou et comment ».

L'objectif de l'enquête est d'enrichir le protocole et de rendre compte de la complexité du processus de réponse. Il est question de saisir dans quelle partie de la planche le sujet « a vu ce qu'il a vu ».

La consigne proposée par CHABERT (1997) est la suivante : « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble, vous essaierez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué, bien entendu il vous vient d'autres idées.(jacqueline richelle,2009,p21).

II-2-9- Techniques de dépouillement du protocole :**• Notions générales de la cotation des réponses :**

Chaque réponse sera cotée 4 critères fondamentaux de classification :

- Le « mode d'appréhension »ou localisation de la tache : « comment la tache est-elle perçue par le sujet ? A-t-elle été appréhendée globalement ou partiellement, et dans ce cas, dans quelle(s) partie(s) ».

- Le « déterminant » qui est à l'origine de la réponse : (quels sont les facteurs psychique qui ont déterminé la réponse ? est-ce la forme, l'influence de la couleur, l'impression de mouvement... ?
- Le « contenu » de la réponse : est-ce lié à l'humain, animal, géographie ...
- Les facteurs additionnels réponses banale et les chocs. (Jacqueline richelle, 2009, p21)

- **Les modes d'appréhension :**

Cette première traduction des réponses consiste à délimiter la partie de la tâche appréhendée, est-ce de manière globale en considérant que la réponse reprend l'entièreté de la tâche, ou est ce de manière partielle et donc localisable à tel endroit ? Cinq types de localisation de base sont à considérer :

-G Global.

-D Détail fréquent.

-Db1 Détail blanc pur.

-Dd Détail rare.

-Do Détail oligophrénique.

- **Les déterminants :**

L'établissement des déterminants représente la seconde étape du processus de la cotation et vise à savoir ce qui est à l'origine de la perception, ce qui la détermine, ils vont nous indiquer si c'est la forme de la découpe ou si d'autres facteurs sont intervenus en plus ou à la place de la forme .ces déterminants sont :

- Les réponses formelles « forme ».

- Les réponses kinesthésique « mouvement »
- Les réponses sensorielles « couleur ».
- Les réponses « estompage »
- Les réponses « claire obscur ».

- **Le psychogramme :**

Est une synthèse quantitative des différences observations précédentes, Il regroupe sous forme de pourcentage ou de quantités un certains nombre d'indice relatif au type d'appréhension (localisation, dominantes) au déterminants (**F%**, **F+ %**, **D%**, **G%** ... etc.). (N.Rauch.de Traubenberg ; M.F. Boizon, 1996, p70).

- **Les contenus :**

Chaque réponse sera cotées en fonction du contenu de référence, certaines catégories de contenus (humain, animal, sexuel...) seront reprises dans des formules du psychogramme et pourront donner lieu à des interprétations différentes lors de l'analyse et de l'interprétation des indices.

III- Déroulement de la recherche :

Après avoir fait plusieurs recherches dans plusieurs hôpitaux au niveau de la wilaya de Bejaia, nous avons pu trouver le groupe d'étude adéquat à notre recherche à l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia, et l'hôpital d'Akbou Akoul Ali, ou nous somme présenté au service des urgences de l'hôpital d'Akbou et au service psychiatrie a Frantz Fanon , comme des stagiaires en Psychologie clinique, et après avoir fait un entretien avec le chef du service, ou nous avons lui expliqué les objectifs et les outils de notre recherche, il nous à accorder un avis favorable pour effectuer notre stage pratique.

Nous avons était dirigé par la psychologue du service des urgences à Akbou et les psychiatres du service de psychiatrie eu niveau de l'hospital Frantz Fanon.

Notre premier jour au niveau des deux hôpitaux, nous nous sommes renseignés d'abord auprès des psychologues puis chez les personnes suicidaires.

Alors, nous avons été pour leur rendre visite, et de se présenter comme des stagiaires en psychologie clinique pour l'obtention d'un Diplôme de fin de cycle, sous thème : « le fonctionnement mental chez les adultes suicidaires ».

Nous avons expliqué nos objectifs, et demandé leur consentement libre, afin de participer à notre recherche, y nous n'avons pas eu de difficultés vu que nous avons insisté sur le secret professionnel des données, et garanti la confidentialité de leur vie privée, et leurs identités, nous disons que tout reste dans l'anonymat.

Nous avons commencé avec les cinq (05) cas, qui sont adéquates à notre recherche par l'entretien clinique puis le test du Rorschach, nos patients nous parlent de langues différentes, Mr Lamine et Mr Naim nous ont parlé en français, Md Naima - Md Anissa - M^{elle} Yomna en Kabyle.

Nous remarquons que nos patients ont des difficultés à nous décrire le moment de passage à l'acte suicidaire, nous rependaient brièvement, et directement commencent à nous raconter de leur souffrance psychique, leurs douleurs.

Lors de l'entretien, nous avons eu des difficultés, les conditions de la séance sont vraiment gênantes, absence du cadre (bureau) ajoutant. Ils ont des difficultés pour s'exprimer, sans oublier les interventions des infirmiers à chaque fois.

A la fin, nous les avons remerciés pour leurs participations dans notre recherche, en leur souhaitant un bon rétablissement.

Ce travail, nous a permis de voir le milieu professionnel, de connaître le terrain et surtout, de partager la souffrance des patients, et essayer d'améliorer leurs états psychiques.

Synthèse :

Chaque étude de recherche nécessite une méthodologie à suivre, ce qui nous a poussé à choisir la méthode clinique descriptive (étude de cas).donc dans ce chapitre nous on tachera à appliquer les outils fiables a notre thème tel que l'entretien semi-directif et le test du Rorschach.

Chapitre IV :

*Présentation, analyse et
discussion des résultats*

I-Présentation et l'analyse du contenu de l'entretien et de test du**Rorschach :****I-1- Présentation et analyse de l'entretien du 1^{er} cas :**

Monsieur « lamine » âgé de 49 ans, c'est un inspecteur de l'éducation artistique, marié, divorcé, père de quatre enfants, trois garçons et une fille, Il s'est remarié après avoir trouvé l'amour, séparé de ses parents qui sont toujours en vie.

Monsieur « Lamine » a été hospitalisé par sa propre volonté pour la première fois au sein du service de psychiatrie (Frantz fanon) par peur de se suicidé, sachant qu'il a déjà passé à l'acte il ya deux mois au part avant, par une ingestion de drogue et une over dose alcoolique, à cause de son divorce, et d'autre problèmes suicidaires.

L'entretien de monsieur « Lamine » s'est bien déroulé, grâce à sa coopération, nous avons eu un excellent. Après lui avoir expliqué le but de notre recherche.

Il se porte correctement, sa tenue vestimentaire est bien soigné, sa façon de s'asseoir est très correcte, il s'est montré a l'aise.

A notre questions évoquant ses relations avec ses parent, monsieur « Lamine » était réticent au début il dit: « je n'aime pas parler d'eux », mais peu de temps après il commence a parlé de son père, il dit « mon père est agressif, autoritaire, je disputé toujours avec lui de puis que j'éte enfant ». « J'ai des sevenir écran de lui » « je n'oublierais jamais qu'il a cassé ma guitare plusieurs fois », c'est la ou « Lamine » nous parle de sa passion pour l'art il est artiste il compose de la musique « j'aime rester seul pour composé des chansons les mots vient tous seul ».

Concernant sa relation avec ses frères et ses sœurs, elle semble bonne disant « ma relation avec eux est bonne, je né pas eu de problème avec eux »

surtouts avec ma mère elle me fait pitié, mon père la tabassé toujours a causes de nous ». Nous remarquons sa méfiance et son manque de confiance en vers les gents ou il nous dit « il ya pas de vrai amis, il faux jamais faire confiance a personnes ».

Face aux problèmes Lamine nous dit « je peux régler tous sorte d'obstacle devant moi mais les problèmes causé par ma première femme, « elle veut travailler comme coiffeuse, et j'ai lui dit non, mais elle insiste toujours, sur ça » « elle laisse mes enfants tous seuls a la maison et elle sort » « je ne peux pas accepter sa, il faux quelle soit responsable et quelle me respecte ». « je ne suis pas capable de les résoudre » il est devenu insomniaque et il a perdu l'appétit, en passent tout son temps a consommé de l'alcool et l'ingestion des stupéfiant. Lamine est très violent avec sa femme et ses enfants, il réagie par une agressivité impulsive, ce qui la poussé a allé voir un psychiatre qui lui a préinscrit des antidépresseurs, mais elles n'ont rien donnée

Il ya toujours eu des manifestations de dépression chez Lamine et des comportements agressifs, mais avec sa deuxième femme « je n'est aucun problème avec ma femme, elle est trop gentille avec mes enfants ».

« j'ai tout l'argent, j'ai deux appartements au bord de la plage, j'ai le visa d'artiste j'ai tout mais je ne suis pas heureux, je ne sais pas pour quoi ».

utilisant l'over dose alcoolique mélangé avec de la drogue et 4 bouteilles de vodka, sans qu'il planifie pour cet acte, il dit « avant le dévore j'ai l'idée de me suicidé mais j'ai jamais passé à acte, mais au mois de janvier passé j'ai mélangé l'alcool et les stupéfiant les 4 bouteille de vodka, je me suis dit comme ça c'est sur que je vais mourir , croyez moi personne peut se survivre », ces idées suicidaire ne cesse de passe par la tête de Lamine « je suis obsédé par ces idées, je veut être hospitalisée ». Puis nous avons demandé est ce que il a

planifié pour cet acte suicidaire, il répond « non, sa vient tout seul, surtout quand je bois de l'alcool ». Mais ce qui m'empêche de le faire ses mais enfants.

Lamine tien à la vie, il a des projets dans la venir, « je vais voyager en France la bas je vais me sentir mieux. J'aurai tous se qu'il faux pour être heureux .

I-1-1- La synthèse de l'entretien du cas « Lamine » :

Le passage à l'acte de monsieur « Lamine » est du face aux problèmes intolérable qui ont causé par la souffrance psychique, trouble de mémoire, angoisse, le recoure au comportement agressif et la conduite alcoolique.

I-2-Présentation et analyse de protocole de Rorschach de M^f Lamine :

Planches	Texte	Enquête	Cotation
<p>Planche I</p>	<p>13s 1-« Chauve sourie...la totalité c'est un chauve sourie v^ en le prend comme ça, la aussi deux aigles avec leur pattes, aussi je peux dire que 2- 2- c'est un masque africain, celui qui a fait ces dessin est triste, il a mal quelque part, il est vraiment mal, mais il est calme, c'est bon, 3- il a aussi une forme d'un chacal, ou c'est un animal qui s'appel boussier, ou c'est un diable de Tanzanie qui est très agressif ...je ne dis pas c'est un papion...ce monsieur a essayé de dessiné un papillon ». 3 :45</p>	<p>(toute la planche) (La partie superieure entier) (toute la planche) (Grande saillie latérale supérieure)</p>	<p>GF⁺A Ban DF⁺A DF⁺clob A</p>

		Par apport a la forme	
Planche II	<p>7s</p> <p>4- « Deux rhinocéros voila leurs pieds...voila les corne, il ya deux, après,</p> <p>5- la symétrie nous donne un arbre cristallisé bien sur</p> <p>,6- en peut dire aussi que c'est deux éléphants qui se ressemblent se sont des formes qui se ressemble, des forme abstraite, les couleurs sont froide, celui qui a fait le premier dessin a fait la même chose, il a rajoute juste le rose qui estune couleur chaude» .1'50''</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>(Grande lacune central)</p> <p>(toute la planche)</p> <p>Par apport a la forme</p> <p>Les deux rouge haut exterieure+le rouge en bas</p>	<p>GF⁺A</p> <p>GF⁺bot</p> <p>GF⁺A</p>
Planche III	<p>: 18'</p> <p>7- « deux etre humain, je peux dire deux femmes, voila ici elles sont partie remplir quelque chose c un bidon</p> <p>8- au milieu en vois clairement ...un papillion, v cette</p> <p>9-forme a un chandelier, et sa c'est quelque chose qui vole, en mouvement (je peux prendre une</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>(toute la partie noir inferieure mediane)</p> <p>(Grie bas median)</p>	<p>GKH</p> <p>DF⁺A</p> <p>DKanA</p>

	segarette) » 3'16 ''		
Planche IV	<p>: 42''</p> <p>10- « v^voila je vois un mogre comme chrek,</p> <p>11-c'set un mostre, en voix ses pieds et sa tête, je vois une Forure d'un mouton</p> <p>12-C'est un bizon, pour quoi ce type de symétrie, généralement, se sont des dessins de décoration »1'56''.</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>(toute la planche)</p> <p>(toute la planche)</p> <p>Par apport a la forme</p>	<p>GF⁺Hclob</p> <p>GF⁺AE</p> <p>GF⁺A</p>
PlancheV	<p>: 12''</p> <p>13-« c'est un papion, jolie papillion, du sud d'afrique v cette personne qui a fait ses dessin n'est pas équilibré, le dessin n'est pas au centre de la page»39''</p>	<p>(toute la planche)</p>	<p>GF⁺A Ban</p>
PlancheVI	<p>25 ''</p> <p>14-< >celui qui a fait ça, il n'est pas équilibré v le sphere n'est pas au centre, c'est comme la forme d'un mouton »1'02''</p>	<p>(Grande moitier latéral</p>	<p>DF-A</p>
PlancheVII	<p>10s</p> <p>15-V ^ « c'est une carte geographique, » .1'05''</p>	<p>(toute la planche)</p>	<p>GF⁻geo</p>

<p>Planche VIII</p>	<p>10s 16-je vois des nouvelles couleurs, belles couleurs, je vois deux caméléon sur les deux cotés, 16-il ya un papillon au milieu, 17-sont des cornes celui qui a fait ce dessin est heureux »1'56''</p>	<p>Les deux parties rosent latéreaux Tiers bleau</p>	<p>DF⁺A DF⁻A DdF-A</p>
<p>Planche IX</p>	<p>17s < >la même chose pas d'équilibre horizontal que ce que je vois ?, que ce que je vois ?, 18-je vois un volcan en irruption 1'20''</p>	<p>(toute la planche)</p>	<p>GKobobj</p>
<p>Planche X</p>	<p>: entrée directe « v < très jolie dessin, très bonne symétrie très bien fait, je vois une sorte de plante, 19-c'est une fleur aquatique, 20-deux oiseaux mouchent 21-V la c'est une fleur comme l'orchidie 22-^ c'est un papillon »4'15''</p>	<p>(Bleau latereau) (Bleau latereau) (Toute la planche) (bleau median)</p>	<p>GF⁺Bot DF⁻bot DF⁻A</p>

Choix+ :La planche III : «Beau dessin j'aime rester dans le noir pour composer mes musique, style tassili ».

La planche X : « c'est aquatique, plein de vie, très belle couleur » .

Choix - :

La planche II : « il ya pas beaucoup de taches, ce n'est pas un travail fini, se sont pas des taches claires ».

La planche I : « cette partie n'est pas la même avec l'autre face, elle n'est pas bien fini ».

Psychograme de Mr Lamine :

R=24. Temps total : 19 :08 Temps par planche=1 :10
 T.Lmoten=17'

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
G : 14 52% D : 9 37% Dd : 1 Dbl : 0 Do : 0 Db+Dbl+Do : 0 TA= Succession=	F ⁺ :10 F ⁻ :10 F [±] : F ⁺ % : 50% F% = 74% F %Elargi= 92% F+Elargi= 60% K : 1 Kp : 0 Kan : 1 Kobc : 0 TRI : 1K>0C Etratensif pur FC : 1 CF : 0 C : 0 F.compl= FE : 0 EF : 1 E : 0 Formule	A : 63 % Ad : 0 H : 7 % Hd : 0 Elem : 0 Frag : 0 Obj : 2 Anat : 0 Geo : 1 Bot : 2 Sc : 0 A/Ad= H/hd	Banalités : 14% Persévération : Refus : 0 R .symétrie : 2 Critique objet : Description :1 Commentaires : 1 Ref axe : 0

	d'angoisse : RC% : 30% Fclob : 0 ClobF : 0 Clob : 0		
Choix +III-X Choix -I-IV			

- **L'analyse qualitative du test de rorschach de Mr« lamine » :**
- **L'impression générales :**

Le rorschach du patient laisse d'emblée apparaitre un ensemble remarque :

Les temps de latence de chaque planche sont variés et de 7'' à 25'' tout en notant son protocole riche, R=27 donc le sujet a donné une productivité assai bien par apport aux normes, et aussi il a une vision globale du sujet vers la réalité

Les temps totaux se sont varié entre 1'02'' à la planche VI et 4'15'' à la planche X.

Nous remarquons chez le patient « lamine» plusieurs tentatives dans lesquelles il critique le matériel et il donne des réponses au même temps

Nous remarquons des réactions affectives dans les planches I et II (clob), aussi nous remarquons l'hésitation dans la planche IV VI IX X

Nous avons remarqué aussi la mise en relation et le recours au comportement face à la planche x

Avant de commencer le teste le patient demande de nous faire un teste de dessin.

- **La qualité de l'approche du monde :**

L'approche du monde ce fait sue un monde essentiel global G =51% c'est un Pourcentage considérable par rapport aux normes données par C. et D.Anzieu (20-30%)

Ce que renvoie la nature adaptative de sujet avec la réalité extérieure. Alors que les D% =37 sont très peu par rapport à la norme donnée par D Anzieu et C Chabert, ce que explique l'intégration de l'unification corporelle.

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre de ses réponses G=20% et très bas

Le F+= 70% un peut élever a la norme

Type d'appréhension est rare de réponse K=01

Les A=40% bas.

Le nombre de réponse est très bas R=10

Présence de banalité= 30% supérieur a la norme

- **Les intérêts :**

Nous remarquons que la patient a manifesté une variété d'intérêt entre les H et les A, mais qui se vocalise beaucoup sur les A 63% ce que signifie l'adaptation social, Ceci face aux H=7% Ce que représente l'absence d'une inhibition dans les relations humaines, et a la réincarnation de l'image humaine.

- **Le rapport à la réalité :**

D'après les réponses de la qualité, il semble faire un grand effort pour maintenir un bon rapport à la réalité, chose que nous démontre F%=74%, nous remarquons que F+=50% au dessus des normes ce dernier qui a été corrigé par les au F elargi=92%, ce que nous montre aussi la rigidité des processus défensifs qui apparait dans l'utilisation de la réalité.

Les G=51% qui et les A=63% qui renvoi a l'adaptation social.

- **L'image du corps :**

L'image du corps de patient a la planche I a été globale de bonne forme et uni.

A la planche IV : le patient nous donne 4 réponses globale de bonne forme et uni, ainsi à la planche V.

- **Les identifications :**

Le patient «Lamine » s'identifie à 3 images humaines complètes à la planche III et IV, il donne une image sexuée et définie. Il donne une seule kinesthésie humaine ce que témoigne la présence de capacité de réincarnation de l'image humaine et l'élaboration des conflits.

- **Le conflit :**

Le patient nous donne une seule kinesthésie à la planche III, ce que donne la tendance au conflit oedipien, aussi nous avons constaté son inhibition à la planche X Kob.

- **Les défenses :**

D'après les réponses de patient, nous remarquons sur le plan syntagmatique : les précautions verbales, verbalisation des affects.

- **Sur le plan pragmatique :**

Le contrôle de patient « Lamine » est faible vu les F=74% et les D= 37% et les R=27.

I-2-1- Synthèse du test de Rorschach :

Après avoir fait notre analyse formelle et dynamique nous allons passer à l'analyse globale qui nous permet de relever des différents critères :

Nous remarquons que le sujet a une nature adaptative d'intégration à la réalité externe G=51% et l'intégration et l'unification corporelle. Et la rigidité des processus défensifs qui apparaît dans l'utilisation de la réalité, ainsi nous remarquons sa tentative de contrôle rationnel et la distance des affects vu les F% élargie élevée et le nombre de réponses élevé concernant la problématique et ce qui présente aussi un étouffement affectif. L'identité du patient ne pose pas de problème il a donné cinq réponses globales et de bonne forme, unis ce qui détermine une bonne identification sexuée des personnages perçus.

L'angoisse est notamment une angoisse de perte d'objet qui se présente par les réponses clob, l'angoisse de morcellement (volcan en éruption), réponse de K les remarques symétriques, RC est dans l'énormes constitué la capacité d'intériorisé les conflits et les besoins. Les mécanismes de défenses sont peut présent qui sont de registre obsessionnel (dénégation, intellectualisation) et d'autre mécanismes comme l'idéalisation positive et négative, la projection. La relation d'objet et une relation anaclitique est spéculaire « deux éléphants qui se ressemble », relation miroir ce qui renvoi au registre narcissique. La représentation de soi : attachement à la centration sur ce qui sépare le dedans et le dehors à la planche III et VIII, réponse peau porosité des limites, processus d'idéalisation positive « jolie papillon » bonne symétrie ce qui renvoi a l'estime de soi. Les représentations des affectes : TRC nous montre une tendance extra tensif pur, et présence d'agressivité dans l'expression pulsionnelle.

L'ensemble de ces éléments nous amènent à considéré qu'il s'agit d'un protocole d'un état limite (narcissique).

I-3- Synthèse de cas « Lamine » :

A partir des données obtenue à l'aide de l'entretien clinique et le test projectif de Rorschach, nous avons constaté que « Lamine » présente un tableau clinique d'un état limite « narcissique », accompagné par des symptôme de dépression et de l'instabilité social ainsi nous remarquons au test de rorschach la présence de la réponses sémitiques , critique de matériel, l'angoisse de perte d'objet, utilisant les mécanismes de défense névrotique et psychotique .

II-Présentation et analyse de contenu de l'entretien clinique et de test de Rorschach de deuxième cas :

II-1- Présentation et analyse de l'entretien du 2^{em} cas :

Madame « Anissa » est âgée de 33ans, femme au foyer, son niveau d'étude est de sixième année. Marié depuis 10ans mère de trois enfants (deux garçons et une fille).la situation socio-économique est bonne.

L'entretien de Madame « Anissa» s'est bien déroulé elle a été gentille et coopèrent avec nous. Évoquant ses relations Madame « Anissa » a directement parlé de son mari on nous disant : « hemlagh aregaziw neta dhaghen ihemliyi » « j'aime mon mari et lui aussi, on partage un amour mutuelle» ».

Mais concernant sa belle famille elle éprouve de la haine en ver eux « khedmniyid les problemes neki dhwargaziw , vghan adhnvrough » « ils me font des problèmes avec mon mari ils veulent me divorcé » . Elle nous a confié sa première tentative de suicide elle a fait par une déféstration, a cause du désaccord contre son mari, qui a duré un mois sans rapport, sans contacte un grand vide s'est emparé entre eux. En se jetant du haut d'un balcon.

En prenant cet acte comme un jeu elle dit « ghoru amakan ad tsotigh g litaage ar wayadh » « si comme si je vais sauter d'un balcon a un autre ». Son mari la retiré et il a ramène dans sa chambre. Elle nous a dit : «ami id sligh iyali tatrou iztigh dacho ikhadmagh » « quand j'ai entendue ma fille criée j'ai reprit ma conscience ».

Après cet acte notre patiente a rétablie ses relations avec ses parents alors que avant ce n'été pas le cas. Anissa souffrait d'une impulsivité incontrôlable, des son jeune âge. Aujourd'hui, elle est devenue très agressive surtout avec ses enfants : « kathagh arawiw, yarna trouzough aku ayen iguelan zathi,

outcontroligh ara iman iw » « je tabassais mais enfants, et je casse tous ce que se trouve devant moi, je ne me contrôle pas».

Elle reprend« je ne faisais que dormir et je me soucis de personne même de mes enfants» « vqough kan adhetssagh, ouythouqi3 ghed meme garawiw».

Elle se santé persécuté par son beau père une fois ou elle a découverte que il a une double clef de sa maison et qu'il rentre pendent son absence, madame « Anissa » été furieuse contre lui. Disant « ils me laisseraient jamais tranquille », Ce problème qui a causé une grande dispute avec son marie elle « mon marie na pas réagit, il a rien dit a ses parents » « ça ma énervé je ne sais plus quoi faire, je ne dormé plus je n'arrête pas de pensé a sa ». Notre patiente souffrée d'une dépression (perte d'appétit, sommeil prolongé)

Elle fait recoure aux crises clastique et d'auto agressivité elle a essayé de se suicidé pour la deuxième fois, elle met sa chambre en feu elle s'est renfermé dedans en mourront avec la fumé, son frère lui rendait visite ce jour la, en la trouvant dans cette état. , il l'a directement évacué du lieu il a ramené a l'hôpital frantz fanon service psychiatrie.

Concernent la question sur ses projets dans l'avenir elle nous a répondu : « je vais me déménager a ma nouvelle maison, en renouvelent tous le decore, tous sera parfait ». « Adhdiminagigh are wakhamiw ajdhidh, wa d3iwdhagh aku le decore kulech adhiwena3 ».

II-1-1- La synthèse de l'entretien de Mm Anissa :

D'après l'entretien qu'on a effectué avec Madame « Anissa » nous avons constaté des symptômes dépressifs, un estime de soi faible, les idées persécutive. Son passage a l'acte été inconscient, la régression narcissique ou elle voyer le sommeil comme un refuge.et le recoure au comportement.

II-2-Présentation et analyse du protocole de test de Rorschach de Mm

Anissa:

Planches	Texte	Enquête	Cotation
Planche I	: 7'' « Oui dhelwahch... Nigh un scorpion...dhaya. 1-(c'est un mostre ou un scorpion c'est t ous) ».1 :10''	Toute la planche Issekhla3 (effrayant) il fait du male. D /GF (saillies médianes supérieure est mamelons centraux	GFclobA Dd /DFclobA
Planche II	: 3'' « idhamen dhagui tharwi...idhamen lhaja noir ...iwachou idouklen lwahi ». 2-« (du sang, ici c'est détruit ...du sang quelque chose noirpour quoi ils sont ensembles ? »1 :20	Rouge haut extérieur. La venir thfouk. (la venir est fini) Le noir quelque chose qui n'est pas bien, le mal.	Dsang
Planche III	: Entré directe. 3-« deux personnes mdoukalen oulawen	Deux personnes mhaban s3an l'avenir. (deux personnes sont	GF+H ban

	<p>nsen lwahi, l'avenir lwahi ».</p> <p>4-« deux personne leur cœur sont ensembles, l'avenir ensemble » .1 :20''</p>	<p>amoureuse ils ont l'avenir ensembles).</p> <p>(Les deux parties noir latéral).</p> <p>Un papillon.</p> <p>D (rouge median).</p> <p>GF⁺ A ban</p> <p>Jamais anemfarak neki dhwargaziw.</p> <p>(on ne se séparera jamais moi et mon mari).</p>	<p>GKH ban</p>
<p>Planche IV</p>	<p>: 3 ''</p> <p>5-« (sourit) dhelwahche ...</p> <p>Ami kheri mais iskhla3, aka itwaligh.</p> <p>Elle est bizarre photos ».</p> <p>5-« c'est un monstre...c'est comme un mouton mais il est effrayant .c'est ce que Je voix).2'</p>	<p>G éventuellement selon l'enquête</p> <p>La tête ikheri issoukhla3 am les films</p> <p>(la tête d'un mouton effrayant comme dans les films).</p>	<p>GF clob (A) ad</p>
<p>Planche V</p>	<p>: 2''</p> <p>6-« entré directe, papillon, non chauve</p>	<p>G éventuellement selon l'enquete</p> <p>Dounith is gu le noir chauve souri ouyezmir</p>	<p>GCF⁺ A</p>

	<p>souri. 20''</p>	<p>ara adhi3ich gu thafath.s3ighthen gkham</p> <p>(sa vie est dans le noir le chauve souri il ne peut pas vivre dans la lumiere je les aie a la maison.)</p>	
<p>Planche VI</p>	<p>:^v10''</p> <p>« Ouzrigh ara dhachouth hacha noir ouzmiregh ara adinigh. « Je ne sais pasque du noir bizarre...je ne peux pas dir quesque c'est. »1'</p>	<p>Bizarre</p>	<p>refus</p>
<p>Planche VII</p>	<p>:23'</p> <p>Dhafartatou amqran ouzirigh ara iwachou is3a hawla ifrawen ». 7-« Un grand papillon ...mais je ne sais pas pour quoi il a plusieurs ailles ».2'</p>	<p>Papillon bizarre</p> <p>Ivgha adhi3ich lhayatis.</p> <p>(Il veut vivre sa vie)</p> <p>G 3^{ER} tiers entier.</p>	<p>DF⁺A</p>
<p>Planche VIII</p>	<p>: 2''</p> <p>entré directe « en fin noufad...la vie belle couleur ...des couleurs ithibigh des chats nigh izmawen. (en fin on a trouvé ...la</p>	<p>Belle couleurs imçaç ou izmawen.</p> <p>D (partie rose latéral)</p>	

	<p>vie, belle couleur du couleur que j'aime</p> <p>8-Des chats ou des lions.2'</p>		DF ⁺ A ban
Planche IX	<p>: 3''</p> <p>(Sourit) la vie</p> <p>9-Des belle couleurs, orange ; vert ; rose. belle couleurs.30''</p>	<p>C'est la vie</p> <p>arcan ciel</p>	G C pay
Planche X	<p>: 1''</p> <p>« holala.. kifkif c'est ma vie ...la vie ynou ...aka itmanigh ad3ichagh.</p> <p>10-(c'est ma vie c'est comme sa que je veux vivre). 23''</p>	<p>Belle couleurs que j'aime, la vie</p> <p>Couleur jaune, vert, rose, rouge.</p> <p>Arcan ciel</p> <p>G (Eventuellement selon l'enquête).</p>	<p>GC abs</p> <p>GCF⁻ pay</p>

Choix + :

La planche III : « Neki dhwargaziw que j'aime, le papillon, malgré idhamen mais toujours nemdoukal.(moi et mon mari que j'aime ,malgré le sang mais toujours ensemble) ».

La planche X : « Les couleurs de ma vie »

Choix - :

1-La planche II : « Le noir et idhamen la mort ...le noir malgré kathagh adharwigh lhayatiw. (Le noir et le sang la mort ...le noir malgré j'essaye de detruire ma vie) ».

2-la planche IV : « Elle est Bizarre ».

Psychograme de Mm Anissa :

R= 10 Temps total = 11' :23''

Temps par planche= 1' :12''

T.Lmoten =1' :02''

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
G = 64 % D = 27 % Dd =9 Dbl =0 Do =0 Db+Dbl+Do =0 TA= Succession=	F ⁺ =3 F ⁻ =1 F [±] =0 F% =36,36% F ⁺ % =40,90% F %Elargi=73% F+Elargi=87% K =1 Kp =0 Kan =0 Kobc =0 TRI : 0K<5C Etratensif mixte FC : CF :2 C :2 F.compl=0 FE =0 EF =0 E =0 Formule	A = 64 % Ad =1 H = 9% Hd =0 Elem: 0 Frag: 0 Obj : 0 Anat: 0 Geo : 0 Bot: 0 Sc :1 A/Ad=1 H/hd=0	Banalités =18% Persévération : 0 Refus : 1 R .symétrie :0 Critique objet : 0 Description : 1 Commentaires : 0 Ref axe : 0 Choc : 1 Abstraction : 3 Pay : 2

	d'angoisse : RC% =36% Fclob =2 ClobF =1 Clob =0		
Choix+ : III-X Choix- : II-IV			

- **L'analyse qualitative du test de Rorschach Md « Anissa » :**
- **Impression général :**

Le rorschach de la patiente l'aisse d'emblée apparaitre un ensemble de remarques :

Les temps de latence sont très court et un entré direct dans la Planche III.

Tout en notant le choc de la patiente face au rouge de la planche II.

Les temps totaux sont variés entre 20'' et 2', nous remarquons qu'à la planche V la patiente n'a pas pris beaucoup de temps 20''.

Nous remarquons aussi la présence d'abstraction à la planche VIII et IX et une destruction à la planche II.

Nous remarquons un refus à la planche VI dans laquelle elle a été attirée par la couleur noir.

Nous remarquons aussi la présence d'un ensemble de réactions tell que : hésitation, l'utilisation des précautions verbales, désespoir ...).

La patiente parle de relationnel dans les planches II et III, et qu'elle parle sa vie dans les planches III et X.

Le protocole de la patiente n'est pas productif et ça apparait dans le refus de la planche VI ce qui reflète son impulsivité de passé à l'inhibition.

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre de G=64%.

F+= 40% inférieur à la norme.

Type d'appréhension nombre de réponses des K=1

Les A=64% élevé.

Le nombre de réponse est très bas R=11

Les banalités= 27% supérieur à la norme

- **La qualité de l'approche du monde :**

L'approche du s'est fait sur un monde essentiellement global G=64% .ce que renvoi à son adaptation avec la réalité extérieur, ceci face au pourcentage des D=27% qui est au-dessous des normes donné par D .Anzieu et C.Chabert.

- **Les intérêts :**

Nous remarquons que la patiente n'a pas manifesté une variété d'intérêts, elle s'est plus contenté sur les réponses A=64% un pourcentage qui est supérieur à la moyen, ce que renvoi a son adaptation social, ceci face aux réponses H=9% ce que renvoi à inhibition dans les relations humaine et une réponse sang.

- **Le rapport à la réalité :**

Les F%= 36% ont un pourcentage aux dessous des normes 50% ,70%, ce dernier qui a été corrigé par F% élargi. Avec la présence de clob et abstraction et destruction, la réponse sang et choc du rouge choc du noir.

Les G=64%et les A=64% qui sont dans les normes.

- **La dynamique conflictuelle :**

- **L'image du corps :**

L'image de corps de la patiente à la planche I est fermé et uni mais de mauvaise forme, ou elle donne un caractère dysphorique.

A la planche IV la patiente donne une bonne forme uni, mais qui est associer à une connotation dysphorique,(phobique) .

A la planche V aussi elle donne une réponse de bonne forme et uni .Sans oublié que la planche VI est refusée.

- **Les identifications :**

Nous remarquons que la patiente s'identifie à une seul image humaine complète, spéculaire et pas de sexassions d'après les kinésistes, elle dit « deux personnes ensemble »

- **Le conflit :**

Nous remarquons qu'à la planche III et II des préoccupations d'ordre narcissique renvoyant à des images de soi idéalisé.

- **Les défenses :**

D'après les réponses de la patiente, nous avons remarqué que sur le plan syntagmatique les réactions suivants : les précautions verbales, et l'hésitation, le refus de la planche VI, sensibilité à la qualité sensorielle, à la planche II- VIII-X.

Sur le plan pragmatique nous remarquons qu'elle utilise des défenses hystériques avec une présentation d'affectes.

II-2-1 synthèse du test du Rorschach de Mm Anissa :

Après avoir fait l'analyse qualitative, nous avons constaté que la nature adaptative du sujet à la réalité est adéquate et dispose d'une capacité d s'adapter à la réalité externe. L'identité de base elle n'est pas satisfaisante elle donne une réponse globale mais accompagné de réponse dysphorique comme elle refuse de la planche VI. Et concernant le type d'angoisse : il ya le choc du rouge et destruction, abstraction, paysage, présence de réponses clob, et réponse sang, RC=27%, TRI=5C extra Tensif mixte.les mécanismes de défenses les précautions verbale, hésitation, l'annulation, projection, idéalisation positive. Identification projective, la grandeur, idéalisation négative, persécution. Et pour la relation d'objet c'est une relation anaclitique, le déplacement et les réponses

spéculaires. La représentation de soi : c'est processus d'idéalisation positive et négative et la symétrie qui renvoi à l'estime de soi. TRI=0K<5C extra tensif mixte. Présence d'agressivité passive dans l'expression pulsionnelle.

L'ensemble de ces éléments nous confirment et nous laissent dire qu'il s'agit d'un protocole d'organisation limite (narcissique).

II-3 Synthèse de Mm Anissa :

Après avoir analysé des données obtenues à l'aide de l'entretien clinique et le test projectif de Rorschach nous avons pu relever un tableau clinique d'une organisation « état limite narcissique », remarquons sa souffrance psychique et la dépression ce que a causé son passage à l'acte. Au Rorschach nous avons relevé la relation d'objet anaclitique et l'angoisse de perte d'objet.

III-Présentation et analyse de contenu de l'entretien et de test de Rorschach de troisième cas :

III-1- Présentation et analyse de l'entretien du 3^{eme} cas :

Madame Naima est age de 45ans, marié divorcé, mère de deux garçon.son niveau d'étude est de neuvième années CEM, la situation socio économique est dérisoire. elle a des antécédent psychiatrique elle est sous traitement médicamenteuses (nozinon , haldol), le contacte avec Mm Naima été difficile vu son discours incohérent elle saute du coq a l'âne.

Nous avons remarqué sa tenue vestimentaire qu'elle n'est pas bien soigné et aussi sa coiffure. Évoquons ses relations Naima nous a raconte la mort de son père a l'âge de 9ans, elle n'a pas pleuré, elle a été traumatisé l'orsque elle a vue le sang de son père s'écoule « zrih idhamen nvava g svitar aka igtkitir » « j'ai

vue le sang de mon père s'écoule de son corps, mais je n'est pas pleuré ». Suite a ce décès la famille de Naima vie une situation de crise économique,

C'est sa mère qui est allé travailler, après la mort de la mère notre patiente été obliger de quitté et prendre la responsabilité de la maison, de s'occupé de ses frères et sœurs. « a l'âge de 16ans dh neki ighdmen kulech gkham,neki idireban aythma » « a l'âge de 16ans c'est moi qui a prit la responsabilité de la maison, c'est moi qui a élevé mes frères ».

Naima présenté des délires des son jeune âge ou elle nous a raconté son viole à l'âge de 6ans « j'ai rêvé que quelqu'un ma violé, je ne sais pas est que c'est la réalité ou bien c'est un rêve » « d'ailleurs c'est ce qui ma empêché de pas me marié je ne sais pas est ce que je suis toujours vierge ou pas ». Elle a perdue le contacte avec la réalité. Ou elle pense toujours a l'existence de sa mère « je l'a voit a la maison ou elle me disait prend soin de tes frères».

Nous avons évoqué sa relation avec son mari, elle nous a dit « c'est un monstre il me frape toujours et il m'insulte, il me traite de folle » « argaziw dhlahch,yekathiyi, yarna iqariyid tamahvoul » , a chaque dispute avec son mari. Naima manifeste des comportements d'auto agressivité, elle pense a se suicidé Elle a fait deux TS par une défénéstration, après 3ans de cela son mari demande le divorce. Et pour ses enfants elle les voit 2fois par semaine, son fils inné a 17ans elle le décrit de beau gosse, elle l'aime beaucoup, « je lui donne toujours des conseilles, j'ai peur qu'il fréquente de mauvaise personnes » « toujours takghas les conseilles aken outkhaladh ara yar l3ivadh ». Mais quand Naima a découvert que son fils a une petite amie elle s'est mit en colère elle manifeste des crises clastique elle pleurs toujours.

Elle a fait sa troisième tentative de suicide par une ingestion médicamenteuse. « je veut mourir, personne ne m'aime ».

III-1-1- La synthèse de l’entretien de Mm Naima :

D’après l’entretien de Madame « Naima » le contacte été un peux difficile vu son discoure qui n’été pas cohérent elle saute du coq a l’âne donc c’été facile de repéré les symptômes comme le délire et le déni de la réalité, elle manifeste des comportements d’impulsivité d’ailleurs c’est ce qui la poncée au suicide a plusieurs reprise.

III-2-Présentation de protocole de Rorschach de Mm Naima :

	Texte	Enquête	Cotation
Planche I	<p>:</p> <p>« dhalkhofach ...daya daya, dagui dhavarkan, wakila dhagharda ifghad daguidh adyach, iwach idifigh daguidh ?dagui tala tafat ».</p> <p>25’</p> <p>1- « chauvae sourie ...c’est tout, c’est tout,</p> <p>2-aussi ça c’est noir, possible un rat qui sort la nuit, mais pour quoi la nuit ?ici il ya de la lumiere.1’13’’</p>	<p>(Toute la planche)</p> <p>Le rat (saillies médiane supérieur et mamelon centraux</p>	<p>DF-A</p> <p>DF+A</p>
Planche II	<p>:</p> <p>« (étoné, elle touche la</p>		

	<p>planche) ozrighara tamatotisse nalkhofach ni, dagui lane idamane, af idharniss ak d okaroyisse »</p> <p>19’</p> <p>« (etoné, elle touche sa tête), je ne sais pas,</p> <p>3-c’est la femelle de chauve sourie,</p> <p>4-il ya une tache du sang ici, sur les pieds et sa tête »40’’</p>	<p>Rouge en bas</p> <p>Rouge ehaut exterieur</p>	<p>DF-A</p> <p>DF+sang</p>
<p>Planche III</p>	<p>: « dakaroy, akagui izaragh g la télé, atass n l3okdat igalan »</p> <p>31’</p> <p>5-« c’est une tête, c’est ce que je vois sur la télévision,</p> <p>6-il ya beaucoup de nœud »1’08’’</p>	<p>Partie inferieur lateral, partie noire inferieur mediane</p>	<p>DF+Ad</p> <p>DF-obj</p>
<p>Planche IV</p>	<p>:</p> <p>« tagui itamghart n khafafich,ig wagui ad chaf nssane , ad wiss rav3a daya izamragh adinigh »12’’</p>		

	<p>7--« c'est la vieille des chauve souris, c'est leurs chef, c'est le quatrième, c'est tout ce que je peux dire »1'33'</p>	<p>Moitier superieur</p>	<p>DF+A</p>
<p>PlancheV</p>	<p>« : « wagui ak idamachtih nsane,miss n l khofach,...damachtoh mlih » 15'' 8-« c'est leur enfant, l'enfant de chauve souris, il est trop petit »59''</p>	<p>(Toute la planche)</p>	<p>GF+Aban</p>
<p>PlancheVI</p>	<p>: « Dachot daghan wagui, > tagui tiss 4, 5,6em (elle tourne la planche et eesaye de lire ce qui est ecrit) fane tachkili, ozrighara dachot, ozmirghara ad 3abragh, ozrighara dachot lahlak agui » 5'' 9-« c'est quoi ça aussi ...> celle la c'est la 4 ,5,6eme (elle tourne la plancheet essaye de lire ce qui est ecrit deriere)c'est un tableau artistique,je ne sait pas c'est quoi,je peut pas m'exprimé,je</p>	<p>(toute la planche)</p>	<p>GF-obj</p>

	ne sais pas c'est quoi cette maladie »(elle pleure)1'24''		
Planche VII	<p>« é é é (elle est étoné) dalkhofach itamtat, dagui atnah ifriwniss gh lind, dhaya «</p> <p>Entré directe :</p> <p>10-« é é é (elle est étoné c'est un chauve souris mourant, ici voila ses ailes qui tombent » 36''</p>	Toute la planche	GF-kan
Planche VIII	<p>:</p> <p>« tagui d malikat el djamel n l khofach d la princesse nsen »</p> <p>16''</p> <p>11-« celle la c'est miss monde des chauve souris, c'est la princesse »36''</p>	(toute la planche)	GF-A
Planche IX	<p>3''</p> <p>« Wagui d lprince nssane v dargaziss, le rose agui ichvah ^wigui dafriwniss tachvah la coleur agui »</p>		

	<p>3''</p> <p>12-« ici c'est le prince v c'est son marie, le rose est très beau^ici c'est ses ailes »40''</p>	(le rose en bas enterieur)	DF+(Ad)
<p>Planche X</p>	<p>40 ''</p> <p>« < iiiih (elle sourit) saltanan tadart ni mara (elle sourit) achkales wa hacharate, atass les couleurs igalane, atass n lhacharat, at trakim imanis s lhachrate agui »</p> <p>40''</p> <p>13-« iiih (elle sourit) c'est la princesse de tout le village (elle sourit), il ya beaucoup de formes et d'insectes, beaucoup de couleurs, la princesse se maquie par ses insectes »1'01''</p>	<p>Jaune latéral+le vert median entier en bas+bleau latéral</p>	DF+Aban

Psychogramme de Mm Naima :

R= 13 Temps total =6' :6'' Temps par planche= 50''

T.Lmoten =35''

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
G =41 % D = 58 % Dd =0% Dbl =0 Do =0 Db+Dbl+Do =0 TA= Succession=	F ⁺ =7 F ⁻ =5% F [±] =0 F%=92% F ⁺ %=54% F %Elargi=100% F+Elargi=61% K =0 Kp =0 Kan =1 Kobc =0 TRI : 0K/0C COERTé FC : 0 CF: 0 C: 0 F.compl=0 FE =0 EF =0 E =0 Formule d'angoisse : RC% =24% Fclob =0 ClobF =0 Clob =0	A = 76 % Ad =2 H =0 % Hd =0 Elem: 0 Frag: 0 Obj: 0 Anat: 0 Geo : 0 Bot: 0 Sc: 0 A/Ad=0 H/hd=0	Banalités =15% Persévération : 0 Refus : 0 R .symétrie :0 Critique objet : 0 Description : 0 Commentaires : 0 Ref axe : 0 Choc : 0 Abstraction : 0 Pay : 0 Sang : 1
Choix+ :-X-I Choix- : II-VI			

- **L'analyse qualitative du test de Rorschach de Mm Naima:**
- **Impression générales :**

Le rorschach de la patiente laisse d'emblé apparaitre un ensemble de remarques, la productivité du sujet se limite souvent a une ou deux raiponce par planche, utilisant le mécanisme de persévération.

Les de latences sont modéré et cour dans toute les planches, qui varie entre 1' et 31'', toute en notant que les réponses lié l'une a l'autre, la patiente développe une histoire a partir des planches.

Les temps totaux se varient entre 34'' et 1'30''.

A la planche II nous remarquons un choqe de rouge et un étonnement, qui signifie son humeur dépressif.

A la planche III nous remarquons son recours au comportement (elle pleure).

Nous remarquons une persévération qui se relève du registre psychotique.

Nous remarquons aussi une critique de soi et un affect dépressif à la planche VI.

Nous remarquons des réactions obsessionnelles, elle donne des précisions chiffrées à la planche VI.

- **La qualité de l'approche du monde :**

La qualité de l'approche du monde s'est fait sur un monde essentiel partiel $D=58\%$ un pourcentage qui est inférieur au moyen, qui est des D animal d'une mauvaise forme à la planche VII et II, comme nous remarquons la réponse sang dans cette dernière, ceci face au $G=41\%$, qui sont élevé par rapport aux normes ce que renvoi à la nature d'adaptation de sujet avec la réalité extérieure.

- **Les intérêts :**

Nous remarquons l'absence des réponses humaines dans le protocole ce qui explique l'incapacité de réincarnation de l'image humain par le sujet. Alors que les $A=78\%$ ce que témoigne une tentative de conformisme, ceci face à une

réponse C à la planche II et a deux réponses objet à la planche III et VI, aussi nous remarquons une présence d'une réponse Ad à la planche IX

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre des ses réponses G=41% est élevé a la norme

Le F+= 54% qui est inférieur a la norme mais elle s'est rattrapée dans F+élargi=61%.

Type d'appréhension K=0.

Les A=76% est élevé à la norme.

Le nombre R=13.

Présence de banalité= 15% inférieur a la norme.

- **Le rapport à la réalité :**

La patiente semble faire un grand effort pour maintenir à la réalité F%=92% qui est supérieure aux normes, ce que interprété l'étouffement dans la vie affective et la privation de contacte immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi-même, mais ceci face au A=76%.

- **La dynamique conflictuelle :**

- **L'image du corps :**

L'image du corps se trouve dans la planche I et IV comme une réponse globale et uni de bonne forme. Ainsi à la planche V.

A la planche VI la patiente nous donne réponse globale uni mai d'une mauvaise forme.

- **L'identification :**

Les réponses de la patiente se focalise sur les réponses A=76% ce que signifie un trouble identificatoire, elle ne s'identifie pas à aucune image humaine complète et même a une image partiel.

- **Le conflit :**

La patiente ne donne pas des réponses K, mais elle donne des réponses Kan, sous des expressions de destruction.

- **La défense :**

Sur le plan syntagmatique :

Intérêt narcissique

Les précisions chiffrées

Persévération

Sur le plan pragmatique :

Nous remarquons les F%=92%, D=58%, R=13, ce que signifie que le contrôle de la patiente est élevé.

Les R sont inférieurs aux normes ainsi que les K ce que signifie l'inhibition de la patiente.

III-2-1- synthèse du test de Rorschach :

Après avoir fait l'analyse qualitative, nous avons relevé les failles de l'appréhension de la réalité et la privation de contrôle immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi-même, la qualité adaptative n'est pas présente ni au test ni à la consigne du test, tout en notant l'instabilité de l'identité vu les mauvaises formes qu'elle a données et l'instabilité au flux associatif les arrêts brusques et les refus. L'indifférenciation de soi par rapport aux autres (contenu animal avec des rôles humains). L'absence de conscience interprétative (dénier). L'angoisse de la patiente est une angoisse de morcellement et l'angoisse de mort vue sa réponse à la planche V. Les mécanismes de défenses utilisés sont la persécution, absence de réponse K, rationalisme morbide, l'idéalisation positive, dévalorisation. Et pour la relation d'objet est fusionnelle vu l'indifférenciation de soi-même. Absence de perception et de représentation de soi-même (absence de K et de H).

L'ensemble de ses éléments nous amènent à considérer qu'il s'agit d'un protocole d'une psychotique (schizophrénie simple).

III-3- Synthèse du cas :

Après avoir analysé notre entretien clinique et le test projectif de Rorschach, nous avons pu diagnostiquer et faire ressortir un tableau clinique d'une structure psychotique, vu son discours incohérent et sa tenue vestimentaire qui n'était pas bien soignée ainsi les résultats du test qui présente : une persévération, l'angoisse de morcellement et les mécanismes de défense qui se relèvent du registre psychotique, remarquons sa fragilité intense et son délire qui a causé sa tentative de suicide .

IV-Présentation et analyse de contenu de l'entretien et de test de Rorschach de 4^{em} cas :

IV-1- Présentation et analyse de l'entretien du 4^{eme} cas:

Melle « Yomna » est une jeune de 23 ans elle est la benjamine d'une fratrie de six enfants, dont (deux frères et trois sœurs) son père est décédé quand elle avait 14 ans. Elle continue ses études par correspondance, elle est en première année secondaire, en parallèle elle fait une formation, spécialité gâteaux.

Elle est en relation avec un homme âgé de 34 ans .qui lui demande constamment une sortie en voiture avec lui, mais elle refuse à chaque fois.

Cet homme se comporte avec elle avec une cruauté, en la menaçant avec un couteau. « Yomna » qui n'avait pas le choix a donc accepté.ils sont partis dans une montagne où il l'a agressé par sodomisation et filmée toute nue. C'est avec cette vidéo que cet homme la menace pour ressortir à nouveau avec lui, il l'a tabassé avec un tuyau à chaque fois qu'elle essayait de se défendre.son corps était tout bleu.

Après avoir caché ceci à sa famille, et supporté une grande souffrance, elle décida enfin d'en parler à sa famille. Mais cette dernière n'a pas été compréhensive avec elle, bien au contraire elle a été méprisée. C'est ce qu'il a poussé au suicide. C'était sa première tentative par une ingestion de produit caustique qui n'avait pas provoqué des complications graves. Le médecin légiste lui a fait un certificat médical pour déposer plainte au commissariat contre l'agresseur.

L'entretien de Mlle « Yomna » ne s'était pas bien passé car elle s'est présentée avec une timidité et avec un comportement réservé. Nous l'avons encouragé pour qu'elle nous parle de sa relation avec sa mère, elle s'est directement mise à pleurer elle a dit « ma mère ne me comprend pas et qu'elle est toujours absente » « yemma ouydfahm ara toujours thtefagh ».

Yomna ne communique pas ni avec ses sœurs ni avec ses frères elle passe beaucoup de temps seule dans sa chambre. Elle a des difficultés d'adaptations sociales et interpersonnelles, et une solitude affective et relationnelle car elle n'a aucun ami(e), même les collègues de travail ne communique pas avec eux, et elle se montre indifférente.

Nous remarquons une méfiance générale. « Je n'ai pas d'amis ni filles ni garçons » « même avec ma famille il n'y a pas de contact » « Ous3igh ara imdoukal, la thiqchichin la arach ».

Elle est insomniaque et manque d'appétit sur tous ses derniers temps. L'éroussement affectif était présent chez elle quand elle nous a avoué son viol elle verbalise calmement comme si elle nous parle de sa vie quotidienne comme si elle n'était pas troublée de ce crime commis contre elle. Son regard est fuyant.

Sa tentative de suicide na pas été planifier au part avant. Elle ne regrette pas l’acte car elle a honte de ce qui lui est arrive. . :

IV-1-1- La synthèse de l’entretien de M^{elle} Yomna :

L’entretien clinique avec la patiente « Yomna » nous a permit de décrire sont état physique et psychique, elle a été bouleversé par l’événement traumatisant l’agression sexuel. Qui a provoqué des symptômes dépressifs, une réaction d’évitement un repli sur soi et mauvais estime de soi, au point qu’elle décide de mettre fin à sa vie et même l’incapacité de se projeté dans l’avenir.

IV-2- Présentation de protocole de Rorschach de M^{elle} Yomna :

	Texte	Enquête	Cotation
Planche I	<p>: 40’’</p> <p>« ...Waloo ...ψ ...amaken dhalmasque, zrigh akagui déjà g la télé, dha lmasque, is3a alne dhagui (elle touche), dhagui daghan ilat tachixine nagh dhanzarene »2’56’’</p> <p>40 ‘’</p> <p>1-« ...Rien ...ψ...c’est comme un masque, j’ai déjà vu sa a la télévision, c’est un masque, il a des yeux,</p> <p>2- ici aussi il ya des cornes».2’56’’</p>	<p>Presque kifkif</p> <p>Presque c’est la même chose</p> <p>Toute la planche</p> <p>(saillie superieure latérale)</p>	<p>GF+obj</p> <p>DF-Ad</p>
Planche II	<p>:1’18’’</p> <p>« ...< V ...ψ amaken tavayuzt</p>		

	<p>v amken timast,khati d lamba</p> <p>Igussar agui,azgagh agui tafghad tafat » 3' 20''</p> <p>1'18''</p> <p>3-«...< V...ψ c'est comme une vailleuse V comme un feu, non c'est une lampe,ici,ce rouge est comme une lumiere »1'18''</p>	<p>(Grande lacune centrale)</p> <p>Ma dhagui tissagnit</p> <p>« Et ici je vois une picure »DF-obj</p> <p>(Pointe médiane supérieure)</p>	<p>DFc elem ban</p>
<p>Planche III</p>	<p>: 50'</p> <p>« ...waloo, je vois rien »50''</p> <p>50'</p> <p>« ...rien, je vois rien »50''</p>	<p>Dhagui amaken tacravette,la formiss am takravat</p> <p>« ici c'est comme une cravate, c'est une forme d'une cravatte »> <.</p> <p>(rouge median)</p> <p>DF⁺obj ban</p>	<p>Refus</p>
<p>Planche IV</p>	<p>: 44'</p> <p>« < v ^ dagui amaken dhatajra, ma dagui adinidh ani taskrit, atah la formiss » .2'30''</p>		

	44' 4-« <v^ ici c'est comme un arbre »2'30''	(partie central entiere)	DF+Bot
PlancheV	:14' « Amken dh ekhofach, atah la formiss, at tah walniss, atnah wafriwniss. »56'' 14' 5-« c'est comme si un chauve souris, voila sa forme, voila ses ailes, voila ses yeux ».56'' (elle touche la planche).	(toute la planche)	GF+Aban
PlancheVI	: 14' « < walo ψ >...walo»1'01'' 14' « < rien ψ >...rien »1'01''	< v amaken ad dmadh kra atfarkadh af sine,at sarssadh akagui,kifkif tagui ad tagui,(toute la planche),dhagui tabassalte(les deux partie latérale),dagui oyita3jivara(partie supérieur) « < v c'est comme tu prends quelque chose et tu le coupe en deux (toute la planche) GF-Obj	Refus

		ici c'est une bassine (les deux parties latérales), ici ça me plaît pas (partir supérieur) »	
Planche VII	: 1'10'' « V ^ walo dhassapain » .2'09'' 6-«v ^ rien c'est un sapain » .2'09''	(Grand lacune centrale)	DbIF-Bot
Planche VIII	: 38'' « g les coti agui lane sin elhayawen, amaken dhakraren, ma3na ozrighara dhachot »1'57'' 38 '' 7-« dans ses deux coté, il ya deux animeaux, c'est comme un mouton, mais je ne sais pas c'est quoi exactement »1'57''.	Dalhayan daya « animal c'est tout » (Les deux parties rosent latéral)	DF-Aban
Planche IX	: 1'13'' « dagui amaken d la couleur g aman, dagui amaken d tajra targha » 3'18''. 1'13'' 8-« ici c'est comme la couleur d'eau,	Le bleau agui d la couleur g aman, awragh agui ameken timast takar g tajra la couleur tmast, le rose agui amaken d les boules « ici ressemble à la couleur d'eau (les deux vert latéraux)	DF-Elen DF-Bot

	<p>9-ici c'est comme un arbre brûlé » 3'18''.</p>	<p>DF⁺Pays, le gaune c'est comme un feu dans un arbre Le rose en bas est comme des boules</p>	
<p>Planche X</p>	<p>: 33'</p> <p>« (elle sourie)...oyidaàjivara mlih, dhagui tawkiwt, la couleur tazagzawt taàjviyi, lgri dhaghan otidaàjivara mlih, lat atass les couleurs, oyitajivara »5'44''</p> <p>33'</p> <p>« (elle sourie)... elle me plait pas beaucoup,</p> <p>10-ici c'est un ver de terre, ici c'est la couleur bleu elle me plaît, le gris aussi me plait pas beaucoup, il ya beaucoup de couleurs, sa me plait pas »5'44''</p>	<p>Arvi3i agui taxkiwt (vert lateral en bas)</p> <p>« ce vert est une ver de terre (vert lateral en bas)</p>	<p>DF+A</p>

Le choix + :

La planche I : sa forme et sa couleur me plait.

La planche IV : sa forme et sa couleur aussi.

Le choix- :

La planche X : par ce que je n'ai pas trouvé à quoi elle ressemble.

La planche XI : elle me plait pas par ce que je n'ai pas trouvé l'autre coté (partie supérieure)

Psychogramme de M^{elle} Yomna :

R= 10 Temps total =22' :47'' Temps par planche= 2' :24''

T.Lmoten =7' :72''

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
G =20 % D = 80 % Dd =0% Dbl =0 Do =0 Db+Dbl+Do =0 TA= Succession=	F ⁺ =6 F ⁻ =3% F [±] =0 F% =90% F ⁺ % =60% F %Elargi=100% F+Elargi=70% K =0 Kp =0 Kan =0 Kobc =0 TRI : 0K<0,5C Extratensif mixte FC : 1 CF : 0 C : 0 F.compl=0 FE =0 EF =0 E =0 Formule d'angoisse : RC% =40% Fclob =0	A = 40 % Ad =1 H =0 % Hd =0 Elem :1 Frag : 0 Obj :1 Anat : 0 Geo : 0 Bot :3 Sc : 0 A/Ad=0 H/hd=0	Banalités =30% Persévération : 0 Refus : 2 R .symétrie :1 Critique objet : 0 Description : 0 Commentaires : 0 Ref axe : 0 Choc : 0 Abstraction : 0 Pay : 0

	ClobF =0 Clob =0		
Choix+ : I-IV Choix- : X-VI			

- **L'analyse qualitative du test de Rorschach de M^{elle} Yomna:**
- **Impression générales :**

Le rorschach du patient laisse apparaitre un ensemble de remarques le nombre de réponse R=10 c'est inférieure a la moyenne (20-30) selon D.Anzieu et C .Chabert.

Les temps de latence sont très long dans toute les planches qui se varient entre 44'' a 2' :45'' sauf a la planche V, et la planche VI elle a prit un temps moyen.14''.

Les temps de totaux se sont varies entre 56'' et 5' :44''

Notons que la patiente a refusé deux planches III, VI ou nous avons remarqué des tentatives d'essai par plusieurs manipulation ou elle a dit « elle me plaît pas...je ne sais pas Quesque c'est ».

La chose qui a été confirmé a l'enquête ou elle s'est rattrapé et dépassé le blocage retrouvé à la passation spontané mais leur interprétation est de mauvaise forme.

Nous remarquons la présence des affectes dépressif, les critique de soi et les précautions verbales non développé, et sa méfiance.

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre des ses réponses G=20% dans la norme

Le F+= 70% un peut élever a la norme

Type d'appréhension absence de réponse K=0

Les A=40% bas.

Le nombre de réponse est très bas R=10

Présence de banalité= 30% supérieur a la norme

- **La qualité de l'approche du monde :**

L'approche du monde qui se fait sur un monde essentiellement partielle D=80% un pourcentage qui est élevé à la norme (60-68). Ce qui explique l'intégration de l'unification corporelle ce se fait au réponse globale G=20% c'est un pourcentage considérable a la norme donné par D.Anzieu .C .Chabert (20-30).Ce qui signifie que le sujet a une vision globale sur la réalité extérieure .

- **Les intérêts :**

Nous remarquons que la patiente n'a aucune réponse humaine qui veut dire une inhibition dans les relations sociale et aussi nous trouvons le pourcentage de réponse A=40% qui est inférieure a la norme ce que signifie l'inadaptation sociale. Concernant les réponses banale =30% C'est un pourcentage supérieur à la norme ce qui indique le conformisme et recherche d'adaptation. Face aux réponses botanique, élément, objet ce qui prouve que le sujet a une fragilité de l'image du corps. ??

- **Le rapport a la réalité :**

D'après les réponses de la qualité, il semble faire un grand effort pour maintenir un bon rapport à la réalité, chose que nous démontre le F%=90% qui est très élevé a la moyenne (60-65) ce que signifie l'étouffement de la vie affective et la privation de contacte immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi même. Nous remarquons que les réponses formelle correcte F+%=60% qui est dans la norme et qui signifie le contrôle. Il ya aussi les A=40% et les G%=20%qui sont inférieure a la norme ce que signifie l'inadaptation sociale.

L'absence de réponse humaine c'est l'incapacité de l'unification de l'image du corps. L'inhibition dans les relations et l'identification à l'image humaine.

- **La dynamique conflictuelle :**
- **L'image du corps :**

L'image du corps de la patiente à la planche I elle a donné deux réponses l'une est globale de bon forme et unit mais l'autre elle l'a donné partielle et de mauvaise forme. A la planche IV elle nous a donné une réponse partielle mais de bonne forme. Par contre dans la planche V elle donne une réponse globale de bonne forme et unie à la planche VI sa réponse est partielle de bonne forme et unit.

- **Les identifications :**

L'absence de toute réponse humaine aux planches II, IV, VI. Et absence de réponse kinesthésie humaine. Ce qui témoigne l'incapacité d'élaboration des conflits. Et l'inhibition dans les relations interpersonnelles.

- **Le conflit :**

Absence de la kinesthésie ce qui signifie l'inhibition dans les relations interpersonnelles. Présence d'une seule réponse couleur C=0,5 Et absence autre déterminons,

- **Les défenses :**

D'après les réponses de a patientes nous remarquons sur le plan syntagmatique :

Les critiques de soi, les précautions verbales l'hésitation, le refus de deux planches la III, VI.

IV-2-1- Synthèse de test de Rorschach de « Yomna » :

D'après l'analyse qualitative et quantitative nous pouvons relever que le sujet a une vision partielle sur la réalité extérieure vu les $G=20\%$, mais une réalité qui est un peu défaillante. Nous relevons que les $F+60\%$ ou dessous des normes ce qui veut dire une utilisation de la réalité externe car il a été corrigé par le $F+$ élargie 90% ce qui représente un étouffement affectif et le contrôle. L'identité de la patiente pose problème, elle semble mal construite et pour l'image du corps elle n'est pas bonne. Mais le sujet n'est pas arrivé à l'identification les $H=0$ et les $K=0$. Les mouvements pulsionnels sont agressifs marqués par l'évitement, des sollicitations pulsionnelles.

L'angoisse de cette patiente est l'angoisse d'abondance et l'angoisse de vide qui se présente à la planche II et IX et réponses clob, refus. Nombre de réponses abaissé. Et pour les mécanismes de défenses : La régression, évitement du conflit, déplacement. La relation d'objet est une relation de perte d'objet, une relation d'indifférenciation.

L'ensemble de ses éléments nous amène à considérer qu'il s'agit d'un protocole d'organisation limite.

IV-3- Synthèse de cas Yomna :

Enfin, à la lumière de la présente analyse, les résultats de la patiente « Yomna » à l'entretien clinique et celui de Rorschach, nous arrivons à dire que la patiente souffre d'un traumatisme psychique intolérable, ce dernier qui a causé sa tentative de suicide, nous remarquons au test de Rorschach les réponses sémitiques, l'angoisse de vide, la relation d'objet d'indifférenciation, et les mécanismes de défense tels que l'évitement, le déplacement.

V-Présentation et analyse du contenu et de test du Rorschach du 5^{em} cas :**V-1- Présentation et analyse de l'entretien 5^{eme} cas :**

Mr « Naim » est un jeune âgé de 29 ans il est le benjamin d'une famille de 4 membres (deux sœurs, deux frères.) il a eu son diplôme de finance à l'université de Bejaia il a été intelligent et brillant pendant son parcours. Il occupait un poste très important dans une grande entreprise. vivant au sein d'une famille où les relations sont mutuelles, surtout avec sa grande sœur et son père, mais ce dernier est décédé il y a quatre ans de cela, « Naim » fut totalement bouleversé après cette perte. Cela alors a été la cause de sa première tentative de suicide.

Evoquons ses relations Naim n'était pas une personne réservé, il a de nombreux amis qu'ils l'ont beaucoup aidé à surmonter cette épreuve. En particulier Yanis son confident. Yanis qu'il considère comme frère.

Après sa remise en bon état Naim rencontre une jeune fille nommée Leticia, ils sont devenus très attachés l'un à l'autre. Leticia lui disait toujours qu'elle était possédée par un mauvais esprit. Naim croyait à ses choses, Pour lui c'est la cause de leurs problèmes si comme si c'est l'esprit qui veut les séparer. Disent « il veut nous séparer pour qu'il reste avec elle ». « yevgha anem séparé iwaken adhiqim yidhes ».

Après un certain temps de la guérison de Leticia, elle a découvert que Naim a un compte face book sans qu'elle le sache elle l'a directement quitté. Naim n'arrêtait pas de s'accuser il dit « c'est à cause de moi que Leticia m'a quitté pour quoi je ne lui ai pas dit que j'avais ce compte ? ». « Neki idheseba imi iytheja leticia iwachou ifragh felas ? ».

Les idées suicidaires s'installèrent dans sa tête. Il ramenait toujours dans sa poche une bouteille d'acide, et quand il a décidé de passer à l'acte, il a

envoyé des messages de remerciement à ses amis, mais c'est derniers l'ont empêché et incité à renoncer à cette idée. Naim et Leticia se sont remis ensemble et leurs relations ont duré quatre ans. Mais quand Naim a demandé sa main au mariage, le père de Leticia a refusé à cause de quelques problèmes familiaux.

Ils ont rompus encore une deuxième fois, envahi par le chagrin, Naim est devenu insomniaque, en manque d'appétit, il a été suivi en psychiatrie où on lui a prescrit des antidépresseurs avec lesquels il s'est servi pour se suicider en avalant 100 comprimés, après cela il a laissé un message d'adieu à Leticia.

De l'entretien nous avons su que « Naim » avait frôlé la dépression ou il y a la présence du tableau symptomatologique de la dépression. Ou il disait : « Je ne trouve aucun intérêt pour la vie » « Leticia est le centre de ma pyramide que j'ai construit, après son départ la pyramide s'est effondrée » « j'ai annulé mon voyage en France à cause d'elle » « ouythouqi3gkhra g dounith agui » « jegh avoyage iw are frança 3lajal-is ». Naim nous a révélé qu'après avoir rompu avec « Leticia » il est devenu sélectif il ne fréquente plus les filles mais uniquement les garçons.

. Ce passage à l'acte n'a pas été planifié au préalable, il l'a fait au moment de folie « c'était inconsciemment » selon ses dires

V-1-1- La Synthèse de l'entretien de Mr Naim :

D'après l'entretien clinique que nous avons effectué avec le patient « Naim » nous constatons que ce patient face aux problèmes, il a des difficultés à dépasser les événements traumatisants vu son attachement et son étayage aux personnes qu'il aime, la présence d'une dépression vu ses symptômes, et la dévalorisation de soi. Et le sentiment d'abandon ce sont ces facteurs qu'il en a poussé au suicide. Il a fait cet acte au moment de folie « c'était

inconsciemment » selon ses dire. Concernant la question de ses projets dans l'avenir « Naim » nous a répondu avec une incertitude « je ne sais pas peut être je vais aller en France »

V-2- Présentation de protocole de Rorschach de Mr Naim :

Planches	Texte	Enquête	Cotation
Planche I	<p>:7''</p> <p>« C'est difficile...je ne peux pas me fonctionné, la première intention...</p> <p>J'ai rien vu et pourtant il ya quelque chose mais...</p> <p>Peut être c'est l'effet du médicament ou » ?</p> <p>1' :41''</p>	<p>C'est un homme entrain de dense, voila sa main et pour l'autre coté c'est la même chose.</p> <p>(G k h ban).</p> <p>C'est un masque voila c'est 2 yeux, mais les 2autre vide je ne sais pas pour quoi c'est ce qui m'étonne.</p> <p>G(ou éventuellement, selon l'enquête).</p>	Refus
Planche II	<p>:38''</p> <p>1-« ...je ne trouve pas quoi dire il ya quelque chose mais je n'arrive pas a</p>		

	<p>l'explique Quesque c'est ...</p> <p>Deux personnes qui se tapent la main, ou deux animaux. » 1 :18</p>	<p>D (grandes parties latérales).</p>	<p>DKH</p>
<p>PlancheIII</p>	<p>:38''</p> <p>2-« c'est une partie d'une personne les reins. les os d'un être humain. » 2 :11</p>	<p>D (rouge extérieure en haut).</p> <p>D (partie inférieure de côté).</p> <p>c'est comme si des organes des hanche et part apport a ce qui est a l'intérieure je ne sais pas.</p>	<p>DF⁺ anat</p> <p>DF⁺ anat</p>
<p>Planche IV</p>	<p>:12''</p> <p>3-« En dirait pas deux personnes dos a dos ?il s'étaye sur quelque chose,</p> <p>4-peut être c'est un arbre .il ya deux partie qui se ressemble. »</p> <p>1 :03''</p>	<p>(Moitié supérieure).</p> <p>D (parties centrales entières).</p> <p>Deux homme qui s'étaye sur quelque chose arbre et sa tête est coté sur le dessin.DF-H</p>	<p>DKH</p> <p>DF⁺ Bot</p>
<p>PlancheV</p>			<p>GF⁺ A ban</p>

	<p>:2''</p> <p>5-« C'est un papillon, c'est la forme d'un papillon, c'est tous. »58''</p>	<p>G (éventuellement, selon l'enquête). J'essaye d'ajouté quelque chose mais ya rien.</p>	
<p>Planche VI</p>	<p>:14''</p> <p>« (étonné). c'est sa sont sens ?c'est l'inverse de la planche précédente .c'est un homme</p> <p>6-en aux sens contraire la tête en bas et les pieds en haut. » 1 :44</p>	<p>Grande partie latéral. Il s'étaye sur un arbre D (toute la ligne médiane entière).</p>	<p>DF⁺ H DF⁺ bot</p>
<p>Planche VII</p>	<p>:1 :02''</p> <p>(Etonné) sincèrement mon cerveau est bloqué il ne peut pas imaginer (il bouge sa tête, il ferme ses yeux offff .je me sent renversé. 2 :02''</p>	<p>Ça ne ressemble pas à des continents ? C'est une carte géographique. G (éventuellement, selon l'enquête). Voila ya des partie je ne suis pas sur, je ne suis pas d'autre imagination.</p>	<p>REFUS</p>
<p>Planche VIII</p>	<p>: 27''</p> <p>7-(étonné) eh eh ...2 animaux un par la et l'autre</p>	<p>D (parties rose latéral). Les déférente</p>	<p>DKanAban</p>

	<p>par la qui marche, 8-c'est comme un chat. ou je ne sais pas Quesque c'est, je suis août, je me sens écarté c'est ça ? 1 :20''</p>	<p>couleurs c'est la terre, sur tous quand on regarde de profil. D/bl (l'ensemble sans les parties roses latérales)</p>	
<p>Planche IX</p>	<p>:17'' « c'est sont sens ? φ (prend la comme tu veux) .je peut la manipulé ? v > ^ je voix rien du tous, n'arrive pas, j'ai essayé de voir quelque chose par tous les sens, mais ya rien. »1 :30''</p>	<p>Aucune image dans ma tête, désolé.</p>	<p>Refus</p>
<p>Planche X</p>	<p>:26'' 9-« Ou il ya des couleurs je me trouve bloqué .il ya un mélange d'animaux. c'est des animaux, chaque dessin ressemble a quelque chose ψ (ressemble a quoi ?). 10-un mouton 11--une gazelle qui saute ψ (est ce que vous pouvez dire quelque chose par apport au bleu ?).non je n'arrive pas, c'est tous. mon cerveau est arrêté (sourit). Je n'arrive pas a</p>	<p>G (éventuellement selon l'enquête). D (brun latéral, en bas). D (gris brun de coté).</p>	<p>DF⁺ A GFA DKanA</p>

	me concentré quand il ya beaucoup de couleur déjà maintenant je me sens ayeur, c'est tous ».2 :07''		
--	---	--	--

Choix + :

1 - la planche VIII : « Sa forme elle me plaît bien et la position du chat la il est prêt a faire quelque chose ».

2- la planche V : « Papillon c'est jolie c'est par apport a la forme par la quelle ils ont fait. C'est jolie et la couleur du sombre qui me plais beaucoup ce né pas trop de couleur ».

Choix - :

1- La planche VII : »Parce que je n'arrive pas a lire ce que je voix de ces continents. Ça ne me plaît pas ».

2- 2-la planche IX : « Elle me plais pas ni la forme ni la couleurs je voix rien, je n'arrive pas ni avec la couleur ni avec la forme a voir quelque chose .c'est de ma faute si je ne voix rien ».

Psychogramme de Mr Naim :

R=11 Temps total = 14',34''

Temps par planche=1' :02''

T.Lmoten =28''

Mode d'appréhension	Déterminants	Contenus	Facteurs additionnels
G = 9 % D =90,90 % Dd =0 Dbl =0 Do =0 Db+Dbl+Do =0 TA= Succession=	F ⁺ =7 F ⁻ =2 F [±] =0 F% =82% F ⁺ % =87 ,5% F %Elargi=78% F+Elargi=92% K =2 Kp =0 Kan =2 Kobc =0 TRI :2K>0C introversif mixte FC: 0 CF: 0 C: 0 F.compl=0 FE =0 EF =0 E =0 Formule d'angoisse : RC% =27% Fclob =0 ClobF =0 Clob =0	A = 36 % Ad =0 H = 27% Hd =0 Elem: 0 Frag: 0 Obj: 0 Anat :2 Geo : 0 Bot :2 Sc: 0 A/Ad=0 H/hd=0	Banalités =27% Persévération : Refus : 3 R .symétrie :3 Critique objet : 0 Description : 0 Commentaires : 1 Ref axe : 2
Choix+ V-VIII Choix-VII-IX			

- L'analyse qualitative de test de Rorschach de Mr Naim :

- **Impression générales :**

Le rorschach du patient laisse apparaitre un ensemble de remarques

Les temps de latence sont long dans toute les planches varient entre 17''a 1':02''sauf a la planche I, IV et la planche VI il a prit un temps moyen, alors que a la planche II il a prit un temps court.

Tout en notant que le patient a été étonné par les planches pendant la passation sur tous au deux planches la VI et VII .les temps totaux sont varies entre 1'et 2' :07''

Notons aussi que le patient a refusé trois planches I, VII, IX ou nous avons remarqué des tentatives d'essaie par plusieurs manipulations ou il dit « je ne sais pas qu'est ce que c'est mais je sais qu'il ya quelque chose ».

La chose qui a été confirmé a l'enquête ou il s'est rattrapé et il a dépassé le blocage retrouvé à la passation spontané.

Il nous avons remarqué le malaise de Naim a la planche X a cause de ses couleurs il nous a dit « ou il ya les couleurs je me trouve bloqué »

Nous remarquons la présence des réactions de registre narcissique la critique de soi et affecte dépressif, l'étayage a la planche IV et la planche VI ou il a dit « deux personnes dos a dos ils s'étayent sur un arbre ».

- **L'investissement de l'intelligence :**

Le nombre de son bat G=9% le F+= 87% un peut élever a la norme,

Type d'appréhension nombre de réponses des K=2

Type d'appréhension absence de réponse K=0

Les A=36% bas.

Le nombre de réponse est très bas R=11

Les banalités= 18% inférieur à la norme

- **La qualité de l'approche du monde :**

L'approche du monde qui se fait sur un monde essentiellement partielle D=91% un pourcentage élevé par rapport à la norme (70-80). Ce qui explique la désintégration de l'unification corporelle ce qui se fait au niveau de la réponse globale G=9% c'est un pourcentage non considérable à la norme donnée par D.Anzieu .C .Chabert (20-30).Ce qui signifie que le sujet n'a pas une vision globale sur la réalité extérieure .

- **Les intérêts :**

Nous remarquons que le patient a manifesté une variété d'intérêts entre les H=27% un pourcentage qui est un peu élevé et aussi nous trouvons le pourcentage de réponse A=36% qui est inférieur à la norme ce qui signifie l'inadaptation sociale. Concernant les réponses banales =18% C'est un pourcentage inférieur à la norme ce qui indique que le sujet ignore les conventions sociales. Face aux réponses anatomiques=2 et botaniques=2, géographie ce qui prouve que le sujet n'a pas une grande variété des couleurs il s'est contenté de ce qui seulement.

- **Le rapport à la réalité :**

D'après les réponses de la qualité, il semble faire un grand effort pour maintenir un bon rapport à la réalité, chose que nous démontre le F%=74% qui est supérieure à la moyenne (60-65).ce qui signifie le contrôle et l'étouffement de la vie affective et la privation de contact immédiat spontané avec le monde ambiant et avec soi-même. Nous remarquons que les réponses formelles correctes F+%=88% qui est dans la norme ce qui signifie le contrôle. Il y a aussi les A=36% et les G%=9% qui sont inférieurs à la norme ce qui signifie les H=27%

- **La dynamique conflictuelle :**
- **L'image du corps :**

L'image du corps du patient à la planche I a été refusé, la planche IV le patient nous donne deux réponses partielles l'une est bonne et l'autre mauvaise par contre dans la planche V il donne une réponse globale de bonne forme et unie à la planche VI il nous a donné deux réponses partielles donc l'image du corps. N'est pas satisfaisante, identité pose problème.

- **Les identifications :**

Le patient s'identifie à trois images humaines aux planches II, IV, VI une identification qui n'est pas sexuée et définie. Nous remarquons qu'il y a présence de kinesthésie humaine. Ou il y a deux dispositions d'étalement.

- **Le conflit :**

La présence d'une seule kinesthésie à la planche III ce qui signifie l'absence de l'inhibition dans les relations interpersonnelles. Et besoin d'appui.

- **Les défenses :**

D'après les réponses du patient nous remarquons sur le plan syntagmatique :

Les critiques de soi presque à toutes les planches, les précautions verbales l'hésitation, le refus de trois planches la I, VII, IX mais il s'est rattrapé à l'enquête.

V-2-1- Synthèse de test de Rorschach du « Naim » :

Après avoir fait notre analyse qualitative et quantitative nous avons relevé ce qui suit :

La nature adaptative du sujet avec la réalité externe ce caractérise par l'incapacité de l'unification de l'image du corps et la rigidité des processus

défensifs qui apparaît dans l'utilisation de la réalité $G=9\% < D91\%$. Nous remarquons sa tentative de contrôle rationnel et la distance des affectes $F\%$ élevé a la norme ce qui signifie le contrôle et l'étouffement affectif. Concernant la problématique identitaire du sujet elle n'est pas satisfaisante il a une fragilité de corps. L'angoisse est notamment une angoisse de perte d'objet qui se présente par les réponses : les remarques symétrique les $RC=27\%$ Réponse référence axe l'angoisse blanche a l'enquête de la planche I. Les mécanismes de défenses rigidité obsessionnel l'annulation, précaution verbal. Et mécanismes des limites dévalorisation de soi, critique négative.

Et pour la relation d'objet c'est une relation miroir « deux personnes qui se ressemble » l'étayage apparent clairement a la planche IV et la planche VI, réponses spéculaire. La représentation de soi : processus de dévalorisation de soi. La représentation d'affects : TRI nous montre une extra Tensift pur $2k < 0c$.absence de l'agressivité.

L'ensemble de ces éléments nous amenant a considéré qu'il s'agit d'un protocole état limite (narcissique).

V-3- Synthèse de Mr Naim :

D'après l'analyse de l'entretien clinique et le test projectif de Rorschach de cas « Naim », nous avons pu ressortir un tableau clinique d'une organisation limite, que nous avons détecté par ce qui suit: la dévalorisation de soi et les repenses symétrique.les symptômes dépressifs ,Au test de rorschach nous avons détecté, la défiance de control, l'angoisse de perte d'objet, et la relation d'objet analytique.

VI-Discussion de l'hypothèse :

D'après l'analyse des entretiens cliniques et les protocoles du test de Rorschach, nous arrivons à la discussion de notre hypothèse présumée, qui

viennent répondre à notre question de départ de notre problématique, « existe-t-il un fonctionnement mental bien spécifié chez les adultes suicidaires ? », et nous confirmons notre hypothèse qui porte l'intitulé « Les adultes suicidaires n'ont pas un fonctionnement mental bien spécifique »

D'après l'entretien clinique et le test de Rorschach effectué avec monsieur « Lamine », nous avons constaté qu'il présente des signes qui se relèvent dans le registre d'une organisation limite (narcissique), accompagné par des symptômes de dépression et des conduites alcooliques. Son passage à l'acte a été par un mélange des médicaments, alcool, drogue. Un comportement qui est décrit par Ingold F.r comme « lorsqu'un alcoolique se suicide, c'est par ce que l'alcool ne remplit pas son office de médicament antidépresseur et anxiolytique » (Ingold F.r 2987 ,p184).

Pour le cas de madame « Anissa », nous avons remarqué qu'elle souffre d'une dépression et le déséquilibre caractériel. Selon Andier « l'impulsivité et l'intolérance aux frustrations, les conduite déviante, tous traits comportementaux ou caractériels pouvant être rattachés a l'immatunité et à la dysharmonie dans le développement psychoaffectif » (Andier.F ,1994 ,p212) notre patiente présente tout ses symptômes se qui nous permet de dire que Anissa et dont l'organisation limite.

Passant au cas « Naima » qui présente un tableau clinique psychotique, son passage à l'acte est du face au délire. Et les comportements bizarre qu'elles présenté comme se faire (brulé avec de l'eau chaud) selon Reclé Barbier « le passage à l'acte suicidaire chez le psychotique est irrationnel utilisant des procédés bizarre ». (Reclé .B,2009,p84).

A présent, nous passons au cas « Yomna », d'après la synthèse générale du cas, le fonctionnement mental de la patiente « Yomna » s'agit d'une organisation limite. L'adaptation familial et relationnel est de mauvaise qualité

l'événement traumatisant (l'agression sexuelle), qui a favorisé le passage à l'acte suicidaire.

Enfin, pour le cinquième cas ce lui de Naim sa tentative de suicide est due à la dépression, et son étayage, une transgression narcissique qui est l'incapacité à surmonter une situation ou conflit et le besoin de plus y penser. (Laforgue.R ,1950 , p202).

Nous remarquons à partir de notre groupe d'étude que les états limites sont les plus disposés au passage à l'acte suicidaire. Et nous avons constaté aussi que le fonctionnement mental chez les adultes suicidaires se différencie d'une personnalité à une autre, le suicide causé par des différents événements.

Et si nous élaborons un autre groupe de recherche plus large peut être que nous obtiendrons un résultat qui montre que le suicide est plus fréquent chez les états limites.

Conclusion

Conclusion :

Nous arrivons au terme de notre travail qui porte l'intitulé « existe-t-il un fonctionnement mental bien spécifié chez les adultes suicidaires ». Pour la réalisation de notre recherche nous avons constitué un échantillon qui se compose de cinq adultes âgés entre 23ans à 49ans, qui sont placés dans le service de l'urgence de la localité d'Akbou (akloul ali), et au sein de l'hôpital « Frantz fanon » de la localité de Bejaia au niveau de centre psychiatrique. Notre étude a été effectuée à partir des entretiens et un teste projectif « Rorschach » et pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur l'approche psychanalytique et les études qui ont été faite par les psychologues et les psychiatres, offrant un aspect global et un arrière plan théorique qui nous a aidés à établir notre recherche, cette dernière qui nous permet de comprendre le fonctionnement chez les adultes suicidaires.

Après avoir analysé les résultats de notre pratique nous avons pu répondre à notre question de départ, et de confirmé notre hypothèse.

- Nous insistons sur l'importance de la prise en charge des suicidaires et des suicidant, soit chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte ou les personnes âgées, par : La création des centres et des associations qui prendront en charge ses patients.
- La prévention et la sensibilisation des gents sur ce phénomène.
- Ne pas marginalisé les suicidaires.

Enfin, L'importance et la complexité de ce phénomène fait appelle a d'autre thèmes de recherche telle que :

Le suicide à répétition chez les adolescents.

L'estime de soi chez le suicidaire.

Le suicide en Kabylie.

Liste
bibliographique

Liste bibliographique :

Ouvrage :

1. Agnès.B et Fernandez.L , (2007), « Psychopathologie », Dunod, Paris, .
2. Alexandre.B et coll. (2005), « psychologie clinique et psychopathologie », édition Breal, Bruxelles.
3. Féline.A et al, (2002), « Les troubles de la personnalité », édition Medicine-science , Paris.
4. Bardin L. (2003), « L'analyse de contenu », édition PUF, Paris.
5. Beizmann C. (1966), « Livret de cotation des formes dans le Rorschach », édition centre de psychologie appliquée (CPA), Paris.
6. Bernaud J.L. (1998), « Les méthodes d'évaluation de personnalité », édition Dunod, Paris.
7. Bertschy G. Vandael , S, (1991), « Le lien entre le suicide et dépression », l'encephale, bruxelles.
8. Botta J-M. (1982), « conduites suicidaires et image du corps », édition Masson, Paris.
9. Carolif F. (1984), « Simiologie des conduites suicidaires », édition Enc-du Girad, paris.
- 10.Catherine Chabert. (1997), « Le Rorschach en clinique adulte », édition Dunod, Paris.
11. Chabert C. (2004), « psychanalyse et méthode projective », édition Dunod, Paris.
- 12.Chahraoui K. et Benony H. (2003), « Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique », édition Dunod, Paris.
- 13.Chillande C. (1983), « l'entretien clinique », édition PUF, Paris.
- 14.Chrystel Besche-Richard et Cathrine Bungener. (2002), « Psychopathologie de l'adulte », édition Armand Colin, Paris.

15. DSM IV, **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, Paris, Masson 2000.
16. Endier F. et al, (1994), « **La tentative de suicide dans le parcours des schizophrène** », édition Pit, Paris
17. Kacha.F (2002), « **Psychiatrie et psychologie médicale** », Algérie, 2^{ème} édition Printed in Alegria.
18. Feillard J et Vidon G. (1982) « **Le suicide après une hospitalisation** », édition Prat, Paris.
19. Feud S. (1984), « **Pour introduire la discussions sur le suicide** », édition Puf, Paris.
20. Freud S. (1920), « **Au-delà du principe de plaisir** », édition Payot.1968 Paris.
21. Freud. S, 1901, « **psychopathologie de la vie quotidienne** », petite bibliothèque, Paris.
22. Freud S. (1926), « **Inhibition, symptôme et angoisse** », Paris, 9^{ème} édition Puf.1995, Paris.
23. Chabrol.H et Callahan.S (2013), « **Mécanisme de défense et coping** », Paris, 2^{ème} édition Dunod.
24. Ingold F-R. (1987), « **les toxicomanes et le suicide** », psychcol, med, France.
25. Richelle.J, (2009), « **Manuel du test de rorschach** », éditions Boek Université, 1^{er} édition, Bruxelles.
26. Jeammet .PH et al, (1980), « **Psychologie médicale** », édition Masson, Paris.
27. Jérôme palazzolo, (2011), « **Les troubles de personnalité** », édition dunod,paris).
28. John.E et Exner.Jr, (1990), « **Manuel de cotation du Rorschach** », édition Marco Pietteur ,Paris.

29. Laplanche.J et Portalis .J.B, (1967), « Vocabulaire de la psychanalyse»,
éditon Puf , Paris
- 30.Laforgue René. (1950), « Psychologie de l'échec », édition Payp. Paris.
- 31.Marty.P, (1990), « la psychosomatique de l'adulte », édition PUF,
Paris.
- 32.Paillé .P et Muchielli.A, (2005), « L'analyse quantitative en sciences
humains et sociales», édition Armand Colin, Paris.
- 33.Pediniel .J-I, (1994), « Introduction à la psychologie clinique », édition
Nathan. Paris.
- 34-Levey-Soussan.P (1994), « psychiatrie », édition Estem, Paris.
- 34.PommereauX, 2001, « Adolescent Suicidaire », Dunod, Paris.
- 35.Rauch.N de Traubenberg et Boizon.MF, (1996), « Les techniques
projectives2», Armand colin, France.
- 36.Roman P. (2006), « Les épreuves projectives dans l'examen », édition
Dunod, Paris,
- 37.Recle Barbier Maelle. (2009), « L'approche psychopathologique et la
crise suicidaire », 5Descarte, paris.
- 38.Sarll.L, (1977), « Les mécanismes de l'hystérie », édition Masson ,
paris
- 39.Freud.S,(1933), « introduction a la psychanalyse », édition Gallimard,
Paris.

Revu et périodique:

Congres de prychiatrie et de neurologie de langue française, 1997,
Diekstra.R.F, Gulbianat.w, the epidemiology of suicidal behaviour, a review of
three continents, world health statistics Quarterly &1993.

Les Dictionnaires :

40. Norbert Sillamy, (2003), « **Dictionnaire de psychologie** », édition Larousse-Vuef. Paris

Liste des thèses :

42. Anusaksathien Narongdoj, (2011), « **Le teste du dessin de personnage chez le sujet suicidaire** », Poitier.

43. Abbé Charles et Antonie Galbaud, (2011), « **Le suicide et tentatives de suicides** », Institut Catholique de Paris.

Article :

Rédaction national ,2010.

Les sites internet :

www .Cairn .info /revue-psychologie-clinique-et-projective-2005 .htm .17 .02.2016/23 :27.

www .staps-univ-avignon.fr .

www.psychiatrie Infermiere.fr.Anobjectal.(N .Calvin Deug 1 Avignon,1998.

www.Psychologie-m-Fouchey.psy bogues.net.

Liste des annexes

Annexe1 :

: Présentation de l'organisme de l'hôpital FARANTZ FANON

HÔPITAL FARANTZ FANON			
Services	Lits Techniques	Nombres d'Unités	Unités
13-Anatomie Pathologique	/	02	2- Réanimation Chirurgicale 1- Réanimation Médicale
14- Maxillo-faciale	10	02	1- Hospitalisation Homme 2- Hospitalisation Femme
15- Médecine de Travail	/	02	1- Hospitalisation Homme 2- Hospitalisation Femme
16- Médecine légale	/	02	1- Hygiène Hospitalière 2-Médecine Préventive
17- Néphrologie Hémodialyse	16	02	1- Hospitalisation Homme 2- Hospitalisation Femme
18- Oto-rhino-laryngologie	16	02	1-Biochimie 2-Microbiologie-Parasitologie
19. Pneumologie Phtisiologie	42	02	1- Hospitalisation Homme 2- Hospitalisation Femme
20- Psychiatrie	26	02	1- Hospitalisation Homme 2- Hospitalisation Femme

Le guide d'entretien

Axe I : Les données personnelles

1. Nom :
2. Prénom :
3. Age :
4. Sexe :
5. Niveau d'étude :
6. Profession :

Axe II : Histoire personnelle

1. Vos parents sont-ils vivant ? si c'est non, quel âge aviez-vous quand sont t-ils mort ?
2. Avez-vous des frères et sœurs ? leurs âges ? Leur profession et leur niveau d'études ?
3. Etes-vous marié ? de puis quand ? l'âge de votre conjoint ? sa profession ?
4. Avez-vous des enfants ? comme bien ? leur âge ? leur niveau d'études ?
5. Avez-vous des frères et sœurs ? leur âge ? Leur profession et leur niveau d'études ?

Axe III : le fonctionnement mental

1. Dans votre famille Quelle est la personne avec laquelle vous êtes d'accord ?
2. Vous l'aimez ? Est ce que vous lui exprimé vos sentiments ?
3. Quand vous avez des problèmes, au travail, dans votre vie quotidienne que ce que vous faites ?
4. Avez-vous des amis ? leurs âge ? comme bien ? quel genre d'amis ? comment vous les connaissez ? Et depuis quand ?
5. Vous les faite confiance ?
6. Quand quelqu' un vous met en colère Comment vous gérez la situation ?
7. Vous avez un temps libre week-end ?
8. Préfère vous le passez seul ou bien avec quel un ?
9. Dans votre travail vous aimez quand vous fassent des compliments ?
10. Cherchez vous a avoir des compliment ?
11. Et pour la critique vous réagissez comment ?
12. vous arrive t'il de vous pleurez face au critique ?

13. Comment vous voyez par rapport aux autres ?
14. Est-ce que vous vous intéressez à votre physique et être toujours belle ou beau ? Toujours ? Ou bien occasionnellement ?
15. Prenez-vous des décisions facilement ?
16. Quelles sont les décisions que vous avez déjà prises ?
17. Quand une décision ne réussit pas, comment vous réagissez ?
18. Vous souffrez de l'insomnie ? Est-ce que vous rêvez la nuit ? Chaque nuit ou bien rarement ?
19. Avez-vous d'appétit ?

Axe IV : LE SUICIDE

1. Vous êtes hospitalisé par votre volonté ou c'est quelqu'un qui vous a ramené ici ? C'est qui ?
2. Est-ce que c'est pour la première fois ?
3. Êtes-vous sous traitement ?
4. Comment vous avez pensé à cet acte suicidaire ?
5. Et par quel moyen ? Comment vous avez pensé à ce moyen exactement ?
6. Depuis quand vous avez ces idées ?
7. Avez-vous planifié pour cet acte ?
8. Avez-vous des antécédents suicidaires dans votre famille ?
9. Avez-vous pensé à quelqu'un juste avant de passer à l'action ? Pour quoi cette personne exactement.
10. À qui vous avez pensé en se réveillant ? Qui a été à votre réveil ? Comment il a été ?
11. Est-ce que vous allez le refaire ?
12. Est-ce que vous regrettez l'acte ?
13. Quel sont vos projets dans l'avenir ?



















