



Université d'Oran 2
Faculté des sciences humaine et sociales.

THESE

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat
En Sciences sociales et santé.

La déficience visuelle.
Représentation, Deuil et Thérapie.

Présentée et soutenue publiquement par :
Mme BENDIDA Souhila.

Devant le jury composé de :

Moulai Hadj Morad	Professeur	Université Oran 2	Président
Cherif Hallouma	Professeure	Université Oran 2	Directrice de Thèse
Boumohrat Belkheir	Professeur	Université Oran 2	Examineur
Remmas Rachida.Z	MCA	Université Saida	Examineur
Betaouaf Djalila	MCA	Université SBA	Examineur

Année 2021

Résumé :

Ce sont les interactions entre les membres d'un groupe qui contribuent à la construction des représentations sociales, soulignant ainsi l'aspect dynamique de ces dernières. Jean Claude ABRIC (1994) définit la représentation sociale comme une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité à travers son propre système de références, donc de s'y adapter et de s'y définir une place. Cette définition ainsi que celles données par D. Jodelet et d'autres, du concept de représentation sociale vont constituer l'assise théorique de toute notre problématique de recherche autour de la déficience visuelle et la perception des changements qu'elle impose sur les plans psychologique, cognitif et social.

Des représentations sociales sur lesquelles nous nous baserons dans notre démarche psychothérapeutique auprès de personnes qui la vivent dans leur corps et leur psyché, et dont l'objectif réside dans le fait de les introduire dans une dynamique de déconstruction et de reconstruction de soi à travers l'accomplissement du processus psychologique de deuil.

Mots clés : Déficience visuelle ; Représentation sociale ; Processus de deuil ; Thérapie.

« Visual impairment. Representation, Mourning and Therapy. »

Abstract:

It is the interactions between members of a group that contribute to construction of social representations, thus emphasizing the dynamic aspect of these last. Jean Claude ABRIC (1994) defines social representation as a functional vision of the world, which allows the individual or group to give a sense of his behavior and to understand reality through his own system of references, therefore to adapt to them and to define a place for themselves. This definition, as well as those given by D. Jodelet and others, of the concept of social representation will constitute the theoretical basis of all our problematic research around visual impairment and the perception of the changes it psychologically, cognitively and socially imposing. Social representations on which we will base our approach psychotherapeutic for people who experience it in their body and their psyche, and whose objective lies in the fact of introducing them into a dynamic of deconstruction and reconstruction of oneself through the completion of the process psychological mourning.

Key words : Visual impairment ; Representation ; Mourning process; Therapy.

"ضعف البصر، تمثّل، حداد و علاج."

الملخص:

إنّ التفاعلات التي تحدث بين أعضاء مجموعة من الأفراد هي التي تساهم في بناء التمثّلات الاجتماعية ، وهذا ما يؤكّد على الجانب الديناميكي لهاته الأخيرة. يعرف (J.C. Abric) جان كلود أبريك (1994) التمثّل الاجتماعي بأنه الرؤية الوظيفية للعالم ، والتي تسمح للفرد أو المجموعة بإعطاء معنى لسلوكه وفهم الواقع من خلال نظامه المرجعي الخاصّ به ، وبالتالي التكيف معه وتحديد مكان لنفسه فيه. هذا التعريف، بالإضافة إلى ذلك الذي قدّمته (D. Jodelet) دونيز جودليوآخرون لمفهوم التمثّل

الاجتماعي ، سيشكل القاعدة النظرية العملية لإشكالية بحثنا حول ضعف البصر و إدراك التغييرات التي يفرضها على المصاب نفسيًا, معرفيًا و اجتماعيًا. التمثّلات الاجتماعية التي سنبنّي عليها نهجنا العلاجي النفسي للأشخاص الذين يعانون من ضعف البصر جسديًا و نفسيًا بغية إدماجهم في ديناميكية تفكيك وإعادة بناء الذات من خلال استكمال سيرورة الحداد النفسي.

كلمات مفتاحية : ضعف البصر, تمثّل اجتماعي, سيرورة الحداد, علاج.

*A la mémoire
de la dame aux éternelles pertes
et aux deuils non finis !*

*A Nanna ;
Mme Fatna Guezzen.*

Remerciements.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à la directrice de cette thèse; Professeure CHERIF Hallouma pour sa disponibilité, sa patience et surtout ses judicieux conseils en m'apportant les outils méthodologiques indispensables à la conduite de cette recherche. Ses connaissances et son expérience dans ce domaine de recherche ont contribué à alimenter ma réflexion. Quant à son exigence, elle m'a grandement stimulée.

Une constellation de mercis pour la confiance que vous m'avez accordée madame.

Sommaire.

Dédicaces.
Remerciements.
Sommaire.
Introduction.
Problématique globale et
Objectifs.

Chapitre I : La déficience visuelle et le processus psychologique de deuil.

Introduction.....	16
1. La déficience visuelle. Quelles définitions ?	16
2. Définition de concepts clés.	18
2.1. Le corps et image du corps.....	18
2.2. L'estime de soi.....	20
2.3. L'identification.....	21
2.4. L'identité.....	21
3. La déficience visuelle et le processus psychologique du deuil.....	23
3.1. Les étapes du processus de deuil.....	24
3.2. La psychodynamique du travail de deuil.....	25

Chapitre II : Déficience visuelle et Représentation sociale.

Introduction.....	29
1. Qu'est-ce que la représentation sociale ?.....	29
2. Pourquoi les représentations sociales pour traiter de la déficience visuelle....	30
3. La théorie des représentations sociales.....	32
3.1. L'objectivation.....	32
3.2. L'ancrage.....	32
4. Les fonctions de la représentation sociale.....	33
5. Trois approches théoriques.....	34
5.1. L'approche socio-anthropologique.....	34
5.2. Théorie des principes organisateurs.....	34
5.3. L'approche structurale des représentations sociales.	35
6. La représentation sociale de la déficience visuelle.....	36

Chapitre III : Déficience visuelle et prise en charge Psychothérapeutique.

Introduction.....	42
1. Le groupe : Quelles définitions ?.....	42
1-1 René Kaës et l'espace psychique du groupe.....	42
1-2 Kurt Lewin et le champ dynamique du groupe.....	44
2. Le processus de changement au sein du groupe.....	45
3. La déficience visuelle et la prise en charge psychothérapeutique.....	46
3-1 La thérapie interpersonnelle individuelle.....	46
3-1-1. Les techniques de la thérapie interpersonnelle.....	47
3-1-2. Déroulement de la thérapie.....	47
3-2 Le groupe de parole.....	48
3-2-1. le groupe de parole. Quels effets ?.....	49
3-2-2. Fonctionnement et déroulement du groupe de parole.....	50

Chapitre IV : Méthodologie de recherche.

Introduction.....	54
1. Problématique de départ.....	54
2. Hypothèses de travail.....	55
3. Approches utilisées.....	55
3.1. La démarche clinique en psychologie.....	55
3.2. La démarche psychosociale et l'étude des représentations sociales. ...	56
4. La recherche-action et Outils de travail.....	57
4.1. L'entretien de recherche.....	57
4.1.1. L'analyse des entretiens semi-directifs. Analyse de contenu thématique.....	59
4.2. Le questionnaire d'associations libres.....	60
4.2.1. Analyse de contenu des RS par le logiciel Iramuteq.....	60
a) L'analyse prototypique.....	61
b) L'analyse de similitudes.....	62
5. Population de recherche.....	63
a) pour le volet de l'étude des représentations sociales.....	63
b) pour le volet des entretiens semi-directifs.....	64
c) pour le volet des prises en charge psychothérapeutiques.....	64
6. Temps et lieux de la recherche.....	64

7. Difficultés rencontrées.....	65
---------------------------------	----

Chapitre V : Résultats et Analyses.

Introduction.....	71
1. Volet des représentations sociales de la déficience visuelle.....	71
1.1. La recherche des éléments constitutifs de la représentation sociale de la déficience visuelle.....	72
1.2. La recherche du noyau central de la représentation sociale de la déficience visuelle.....	76
a) le noyau central de la RS chez la population globale.....	77
b) le noyau central de la RS chez la 1ère catégorie.....	78
c) le noyau central de la RS chez la 2ème catégorie.....	81
Discussion des résultats.....	82
Conclusions.....	84
1.3. La précision des connexités des éléments de la représentation sociale de la déficience visuelle.....	86
a) arbre des similitudes de la population globale.....	86
b) arbre des similitudes de la 1ère catégorie.....	88
c) arbre des similitudes de la 2ème catégorie.....	90
Conclusions.....	91
2. Volet des entretiens semi-directifs.....	93
3. Volet de la prise en charge psychothérapeutique individuelle.....	99
Nadia.....	99
Insaf.....	102
Abdallah.....	106
Messaouda.....	110
Samir.....	114
3.1. Synthèse des prises en charge psychothérapeutiques	
Individuelles.....	117
4. Volet de la prise en charge groupale.....	119
Première rencontre.....	119
Deuxième rencontre.....	121
Troisième rencontre.....	124
Quatrième rencontre.....	125
Cinquième rencontre.....	127
Sixième rencontre.....	129

Septième rencontre.....	131
Huitième rencontre.....	132
Neuvième rencontre.....	134
Dixième rencontre.....	135
Onzième rencontre.....	139
Douzième rencontre.....	141
Treizième rencontre.....	144
Quatorzième rencontre.....	146
Quinzième rencontre.....	147
Seizième rencontre.....	148
Dix-septième rencontre.....	150
Dix-huitième et dix-neuvième rencontres.....	151
Vingtième et dernière rencontre.....	153
4.1. Synthèse des rencontres au sein du groupe de parole.....	154

Discussion.

Conclusions.

Références bibliographiques.

Annexes.

ملخص باللغة العربية للمذكرة.

Introduction :

Fréquenter des établissements hospitaliers spécialisés en ophtalmologie et côtoyer de ce fait des personnes atteintes de pathologies ophtalmologiques, depuis plus de vingt ans, sont les éléments à la l'origine de ce travail de recherche. Les prises en charges psychologiques entamées avec des personnes qui souffrent des conséquences de leurs trajets de vie relatifs à l'atteinte de la vision ont constitué la majeure partie de nos interventions auprès d'eux pendant ces années. Les thématiques conflictuelles qui se présentaient à nous relevaient souvent de cette incapacité à dépasser la perte de la vision sinon le mal-être qui s'installe et qui tend souvent à une humeur dépressive qui caractérise tout leur quotidien.

Il faut savoir que la déficience visuelle a été traitée jusqu'ici dans plusieurs registres. Le domaine qui semble avoir plus intéressé les chercheurs est celui de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes de déficience visuelle. Sinon c'est la question de l'atteinte à un âge avancé de la vie et les apprentissages nouveaux qu'elle impose. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation ainsi que la revue française des affaires sociales sur le portail web Cairn.info par exemple, comportent des articles sur la déficience visuelle et les modalités de réadaptation fonctionnelle au sein d'établissements spécialisés. Les nourrissons naissants avec cette atteinte et les adolescents non-voyants ont attiré l'attention des chercheurs quant à la problématique des apprentissages des connaissances lors de leurs scolarisations.

Dans ce travail de recherche présenté, on traite la déficience visuelle comme une atteinte qui survient brutalement ou progressivement chez des personnes adultes. Une atteinte au corps et à la psyché qui implique un vécu nouveau. Ainsi, on n'interroge ni leurs pathologies ophtalmologiques ni même l'évolution de leurs maladies mais bien leurs représentations sociales de cette déficiences visuelle qu'ils vivent et surtout cette rupture qui survient dans les projets de vie avec la déficience visuelle. C'est le sens que ces personnes octroient à leur déficience visuelle qui nous intéresse. Toute la prise en charge psychothérapeutique proposée par nos soins en dépend. Par le biais de ce prisme, on compte porter l'attention sur l'expérience des personnes atteintes de déficience visuelle. En ce sens, on entend dévoiler ce que le sens d'un vécu personnel a comme répercussions sur le fonctionnement psychique de la personne. Comment le cognitif et le sociocognitif affectent-ils le psychisme et de ce fait le comportemental.

Le fil rouge dans ce travail de recherche consiste à explorer l'expérience subjective de la perte de la vision chez des personnes qui fréquentent les établissements hospitaliers spécialisés en ophtalmologie.

Sont présentés en premier temps (chapitre I) la définition de la déficience visuelle proposée par l'organisation mondiale de la santé. Des éléments qui permettent de bien décrire l'atteinte et les limites de la perception visuelle avec des catégories qui facilitent la reconnaissance d'une personne atteinte de déficience visuelle en fonction de son acuité visuelle et du champ visuel qu'elle perçoit. Des concepts clés sont présentés comme étant nécessaires à la compréhension du processus psychologique de deuil tels le corps et l'image du corps, l'estime de soi, l'identité et le mécanisme d'identification. C'est autour de ces éléments que toute la psychodynamique du deuil est élaborée.

Dans un deuxième temps (chapitre II), on traite la question de la déficience visuelle et les représentations sociales. Des données historiques sont présentées nous éclairant sur la naissance de cette théorie et de son évolution avec le temps ainsi que les chercheurs qui s'y sont intéressés tout en élaborant leurs propres approches découlant de celle-ci. On explique ensuite le processus mental qui nous a conduits à choisir de traiter de la déficience visuelle dans ce contexte et les objectifs opérationnels qu'on espère réaliser par ce choix.

Dans un troisième temps (chapitre III), on présente le groupe comme notion importante dans ce travail. On tentera de démontrer les démarches psychothérapeutiques individuelles et de groupe qu'on compte adopter dans l'accompagnement de ces personnes dans l'accomplissement du processus de deuil de la vision. On explique comment le changement des attitudes et des comportements relatifs à la déficience visuelle s'effectue selon nous par la délivrance émotionnelle et affective vécue au sein de groupe d'appartenance par l'atteinte corporelle et psychique. On portera notre attention sur cette interaction qui s'opère dans ce contexte groupal et qui donne naissance à une activité de reconstruction de sens servant comme édifice à l'équilibre libidinal. Un processus permettant l'intégration de la perte dans un projet de vie nouveau.

Deux assises théoriques de groupe choisies pour traiter de ce sujet que sont celles de Kurt LEWIN et René KAËS. Ce choix est justifié par ce que ces deux approches proposent comme concepts et processus d'évolution psychique individuelle grâce aux "étayages réciproques des appareils psychiques individuels des membres du groupe." (Kaës, 1979) et surtout parce qu'on

appartient par notre formation de psychologue clinicienne à ces deux courants que sont la psychologie sociale et la psychologie clinique de références psychanalytiques. L'espace psychique du groupe et la psychodynamique des groupes sont dès lors exposés et expliqués en réponse à nos attentes de recherches dans le présent travail.

Seront présentés dans la partie consacrée à la méthodologie, en premier lieu, la problématique de départ de ce travail. Les liens entre les trois volets de la recherche que sont les représentations sociales, le processus de deuil et la prise en charge psychothérapeutique, seront exposés. On expliquera comment et pourquoi on a dû articuler entre l'individuel et le groupal pour le bon déroulement du processus de deuil de la vision, d'où l'importance de travailler l'individu et le groupe à travers les représentations sociales de la déficience visuelle.

Suivront les hypothèses émises en fonction de cette problématique et qui répondent à chacune des questions posées dans chaque volet de la recherche. Ce sera des réponses affirmatives qu'on devra vérifier tout au long de cette étude (chapitre IV).

L'approche structurale d'Abric servira d'assise théorique pour ce travail, pour ce qu'elle nous offre comme possibilités de compréhension de l'organisation de la représentation sociale de la déficience visuelle. La structure représentationnelle par cette théorie, nous aidera à mieux cerner le changement espéré dans l'appréhension du vécu de la perte de la vision chez les personnes qui en souffrent et faciliter ainsi l'accomplissement du travail de deuil pour eux au sein du cadre psychothérapeutique proposé. On parlera de l'étude de cas en psychologie clinique comme méthode utilisée par nos soins afin d'établir des profils psychologiques individuels auprès des cinq personnes qui formeront et participeront au groupe de parole autour du vécu de la déficience visuelle. Suivra dans un deuxième temps dans ce chapitre les méthodes et outils de travail choisis, la définition de la recherche action à la base de collecte de données relatives à la recherche. Un type de recherche qui répond fortement à nos attentes et qui surtout correspond à ce genre d'étude sur les représentations sociales. Le questionnaire par évocation hiérarchisée ainsi que l'entretien semi directif seront les outils maîtres dans cette chasse aux données relatives à la déficience visuelle, à son vécu de souffrance et bien sûr au sens de tout ceci pour l'échantillon de notre recherche.

On présentera nos résultats et nos interprétations concernant les trois volets de la recherche et on démontrera par la suite comment on a géré l'application de ces derniers sur la thérapie de groupe (chapitre V).

Les concepts de soi, d'estime de soi, de corps et d'image de corps seront revus après la thérapie de groupe dans des résultats qui seront présentés sous forme de synthèse interprétative n'excluant aucun élément de l'évolution de l'opération thérapeutique de groupe. Les mécanismes d'identification, de projection et d'introjection s'opérant dans ce contexte, seront mis en évidence afin d'interpréter les résultats obtenus à la fin des séances de thérapie de groupe. On évoquera les divers types de différence et de ressemblance au sein du groupe ainsi les rapports femmes/hommes qui s'opèrent au sein du groupe de parole constitué par nos cinq sujets.

Enfin, on discutera globalement nos résultats obtenus, on établira les liens entre chaque volet de la recherche et les autres et on finira par des conclusions récapitulatives des résultats obtenus lors de toutes les étapes de cette étude en mettant la lumière sur notre problématique de départ et les hypothèses émises dans ce sens.

Problématique globale :

L'épreuve de la déficience visuelle est pénible à vivre et à comprendre. On traite cette question dans le cadre d'une problématique sur le processus psychologique de deuil de la perte de la vision ainsi que la prise en charge psychothérapeutique de ces personnes. L'étude des représentations sociales dans une telle problématique constitue pour nous la base nécessaire à l'élaboration d'une démarche psychothérapeutique individuelle et de groupe, visant à impliquer les personnes atteintes dans une dynamique de déconstruction et de reconstruction de soi à travers l'accomplissement du processus psychologique de deuil.

La perte de la vision est une expérience de vie individuelle certes mais qui affecte le psychologique, le social, le culturel et surtout le cognitif à travers l'image qui en est construite et le sens que s'attribue la personne atteinte. Or, l'image et le sens sont révélés par la représentation sociale qui permet de nous éclairer sur ce vécu subjectif et obscur de la souffrance psychique de la perte de la vision et de l'atteinte dans le corps et la psyché. Elle permet par conséquent de comprendre le processus de la formulation de la demande d'aide psychologique qui les emmène à nous rencontrer au sein des établissements

hospitaliers spécialisés en ophtalmologie en notre qualité de psychologue clinicienne et psychothérapeute exerçant depuis plus de vingt ans dans ces lieux de santé publique.

C'est donc par l'intermédiaire d'une enquête qualitative que ce travail tente d'explorer les représentations sociales de la déficience visuelle telle données par ceux qui en sont atteints et d'éclairer de ce fait les trajectoires individuelles et subjectives de ce vécu de perte. L'objet de cette réflexion est de montrer comment ces représentations sociales qui s'élaborent au sein de groupes sociaux peuvent aider et contribuer au bon déroulement du processus de deuil de la perte de la vision dans un cadre de prise en charge psychothérapeutique de groupe comme complémentaire à la psychothérapie individuelle suivies par ces personnes.

On explorera dans un premier temps la structure de ces représentations sociales de la déficience visuelle auprès de ces personnes qui en souffrent, et dans un double mouvement, on analysera à la fois, la structure psychique de la personnalité de chacun des patients avec en établissant des profils psychologiques élaborés lors des psychothérapies individuelles mais aussi l'organisation dépressive de chacun d'eux. Ceci dans le but de les introduire dans une dynamique de reconstruction de soi avec la perte de la vision et d'effectuer un changement dans la perception sociocognitive de la déficience visuelle, tout ceci dans un contexte groupal offert par l'appartenance et la participation au groupe de paroles comme cadre thérapeutique proposé par nos soins et considéré comme complémentaire à ce qui a déjà été élaboré sur le plan individuel.

Chapitre I

La déficience visuelle et le processus psychologique de deuil

Introduction.

1. La déficience visuelle. Quelles définitions ?
2. Définition de concepts clés.
 - 2.1. Le corps et image du corps.
 - 2.2. L'estime de soi.
 - 2.3. L'identification.
 - 2.4. L'identité.
3. La déficience visuelle et le processus psychologique du deuil.
 - 3.1. Les étapes du processus de deuil.
 - 3.2. La psychodynamique du travail de deuil.

Introduction.

« La fuite hors de la réalité pénible ne va jamais sans provoquer un certain bien-être, même lorsqu'elle aboutit à cet état que nous appelons maladie, parce qu'il est préjudiciable aux conditions générales de l'existence »

Sigmund Freud.

La perte de la vision pour les personnes atteintes de déficience visuelle engendre des blessures autant physiques que psychiques. La question de la modification de l'identité corporelle et psychique a des répercussions sur tout le fonctionnement mental de ces personnes.

Leur souffrance renvoie à des problématiques diverses allant de la blessure narcissique, passant par le conflit intrapsychique à tendance dépressive jusqu'au processus de deuil. Nous assistons auprès d'elles à la mise en place de mécanismes de défense inconscients à des fins d'autoconservation parfois mais souvent d'autodestruction inconsciente. L'estime de soi est vue à la baisse, l'identité connaît des failles narcissiques et le corps n'est plus reconnu ni assumé dans la plupart des cas.

Une déficience visuelle qui touche un organe vital quant à l'édification de toute entité psychique nécessaire à l'accomplissement de soi. L'œil ; organe responsable de la vue, sa fonctionnalité défaillante aujourd'hui, laisse la personne qui en souffre dans l'anéantissement et la crainte de ce que va être sa vie après cela ! L'incompréhension et la révolte sont aux premiers rangs et l'incertitude de pouvoir poursuivre sa vie s'installe.

Qu'est-ce que la déficience visuelle dans ce cas ? comment reconnaît-on la déficience visuelle ? Et quelles sont ses caractéristiques de diagnostic ?

1. La déficience visuelle. Quelle définition ?

L'organisation mondiale de la santé détermine deux critères à la base de l'évaluation et la définition de la déficience visuelle ; la mesure de l'acuité visuelle (la netteté de la vision) et l'état du champ visuel (l'ensemble d'un espace vu par un œil) à partir du meilleur œil après correction. En 2012, l'OMS a du revoir les catégories de la déficience visuelle et arrive à en distinguer cinq :

" Catégorie I : La déficience visuelle moyenne :

Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à $3/10^{\text{ème}}$ et supérieure à $1/10^{\text{ème}}$, avec un champ visuel d'au moins 20° .

Catégorie II : La déficience visuelle sévère :

Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/10^{ème} et supérieure ou égale à 1/20^{ème}, avec un champ visuel compris entre 10° et 20°.

Ces deux catégories correspondent à la notion de basse vision.

"Catégorie III : La déficience visuelle profonde :

Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/20^{ème} et supérieure ou égale à 1/50^{ème}, avec un champ visuel compris entre 5° et 10°. En pratique, le sujet compte les doigts à 1 mètre.

Catégorie IV : La cécité presque totale :

Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/50^{ème}, mais perception lumineuse préservée, avec un champ visuel inférieur à 5°.

Catégorie V : La cécité absolue :

Pas de perception lumineuse, a fortiori absence de l'œil." (OMS, 2012)

Les trois dernières catégories correspondent à la notion de cécité. Ce qui nous amène à dire que la déficience visuelle est l'ensemble des basses visions et de la cécité.

Par cette définition, on constate que la déficience visuelle réduit le champ d'agissement des personnes qui en sont atteintes. "Un vécu de restrictions qui provoque des changements dans la perception de soi et du monde environnant. Une déficience visuelle qui impose un changement important dans le mode de vie quotidien jusqu'ici sans particularités. Une altération de l'image de soi et de l'identité corporelle ; une image de soi sous le poids de l'incapacité et la défaillance puisque le corps touché par cette déficience visuelle lui fait défaut et la place dans des restrictions de mouvements à la base d'une autonomie qui se voit amoindrie ou souvent perdue". (Bendida, 2015)

Un vécu pénible, là où tout un être est remis en question, tout un projet de vie remis en cause, une appréhension du monde qui entoure la personne et qui va connaître des modifications en fonction du ressenti personnel et du vécu subjectif de cette atteinte.

Une restriction aussi d'échanges résultant de la difficulté de s'inscrire dans des relations avec l'autre. Des relations à la base de la structure de l'identité et qui font d'elle un construit relationnel puisque " le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle est basé sur(...) la perception de l'unité de soi et de la continuité de sa propre existence dans le temps et l'espace, et la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité." (Erikson, 1968, p

50). Or, le rapport à soi chez la personne atteinte de déficience visuelle est très fragile. Ce qui constituera donc l'objet d'une souffrance intense, souvent tue !

Un corps modifié et entravé par l'atteinte de cet organe. Un organe considéré comme celui avec lequel on perçoit le monde extérieur, et que la déficience visuelle compromet son rôle. Une atteinte qui touche même la perception de soi, de son corps et surtout la perception de ce que l'autre lui renvoie.

Une déficience visuelle qui contraint l'appareil psychique à revoir et remettre en question tout ce que le corps a subi et à se représenter la réalité qui l'entoure avec cette atteinte tout en essayant de donner sens à ce nouveau vécu.

Un vécu avec de nouveaux apprentissages dans les domaines les plus élémentaires. Des apprentissages soutenus par une certaine souffrance, mais qui devrait être créatrice et réparatrice ; des aspects que seul un travail psychologique de deuil pourrait procurer s'il est correctement entamé.

Une sélection de concepts fondamentaux qui répondent à une attente forte de définition rigoureuse s'impose à nous pour une meilleure compréhension de la réalité clinique et psychique de ce vécu de perte, des divers modes de fonctionnements face à ce dernier ainsi que les différentes façons utilisées par ces personnes souffrantes pour se penser comme sujets de leurs actions et de leurs vies. Le processus psychologique de deuil de cette perte de la vision s'élabore autour de ces concepts clés.

2. Définition de concepts clés :

2.1. Corps et image du corps :

Le corps était réservé aux médecins depuis les premières dissections humaines d'André Vésale et son célèbre livre de 1543 ; *De humani corporis fabrica*. La notion de " corps " quitte l'anatomie et la physiologie pour l'ethnologie et la sociologie avec Marcel Mauss qui le définit comme " un fait social total ". Le corps serait donc une représentation, une construction et non une nature, car " l'homme commence en effet à vivre, avant d'être en état de connaître sa vie ou d'apercevoir sa sensation " (Maine de Biran, 1995). Le corps préexiste alors à la conscience et la connaissance puisque " l'origine de toute pensée se situe dans un état affectif du corps ..., un affect qui reste un mode de révélation du corps à soi-même. " (Maine de Biran, 1995).

A travers son concept de "corps propre", Merleau Ponty (1945) montre comment "l'histoire perceptive du sujet s'organise à partir du corps qui en constitue la référence, qui devient le reflet et le témoin de notre expérience du monde, de notre rapport au monde". Le corps est le lieu par excellence des expériences perceptives et cognitives où s'opère l'interaction avec l'autre. L'expérience corporelle ne peut s'inscrire que dans une articulation permanente avec le monde. Le corps vécu, ne s'organise que dans et par le corps d'autrui. " Le corps n'est donc pas une donnée anatomique seulement [...] il reste toujours un produit psychosocial. Il est l'enjeu principal pour socialiser la personne à travers toutes les étapes de l'éducation et le moyen par excellence par lequel elle formera l'individu dans l'idéologie de la collectivité." (Fsian, 2011). Et voilà comment dans "une perspective psychanalytique, le corps apparaît comme le lieu géométrique à partir duquel se déploie progressivement la subjectivité. " (G. Bulat- Manenti, 2008), une subjectivité qui produit donc ce corps organique, un corps qui en effet est une création puisqu'on fait de lui ce qu'on veut qu'il advienne, il est une construction sociale qui naît dans la relation à l'autre, dans la parole et le langage qui nous dicte nos attitudes et nos comportements, un corps non régi par l'anatomie mais plutôt par des représentations car il est le siège de tous les possibles et de toutes les subjectivités puisque l'humain s'installe dans le symbolique et dans le culturel, il est construit dans la pensée et est assujéti à des discours sociaux, psychologiques et culturels. "Le corps est corps quant il nous met en relation avec des choses et donne un sens." disait Sartre en 1943. Porteur de sens, il fonctionne par ses cognitions préétablies ; en assimilant ce qui lui est extérieur et en tentant de se l'approprier comme réponse à des interrogations subjectives. Dans son ouvrage L'herméneutique du sujet, Foucault (2001) parlait du "corps existentiel" qui lui a permis d'explicitier la question du sujet et de la subjectivité, et comment sommes-nous le produit de pratiques et de techniques subjectivantes qui moulent notre rapport à nous mêmes et aux autres. Ce corps est continuellement représenté dans la vie mentale. Cette représentation qu'un sujet se fait de lui-même est tout simplement la définition basique de l'image du corps.

"Elle se structure par la communication et se réfère donc à un imaginaire intersubjectif... l'image du corps est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant" (Dolto, 1984). En relation perpétuelle avec l'histoire de l'individu, elle est constituée de l'ensemble de ses expériences depuis sa naissance ; de ses affects qui en résultent, de ses émotions qui la génèrent et des représentations mentales et psychosociales qui se construisent à partir de cette

image du corps et surtout de tous les conflits psychiques que le sujet a pu vivre dans sa vie. C'est cette quête progressive de l'unité de soi, cette identité de soi telle qu'Erikson (1972) la définissait, qui permet la maîtrise de la totalité de notre corps. Or, ce corps quand il subit les conséquences d'une maladie quelconque, tout un processus mental et psychique prend forme. Marqué alors par une altération de l'image du corps, c'est le commencement d'une multitude de questionnements qui restent pour la plupart sans réponses. L'angoisse et la détresse s'installent, empêchant la personne d'acquiescer les possibilités de compréhension et d'élaboration psychique du nouvel état de son corps. La déficience visuelle alors est placée sous cette optique quand elle s'inscrit sur ce corps et le prive de cet organe essentiel pour la construction de soi. Une vision altérée au point de ne pouvoir dissimuler toutes les incapacités motrices et perceptives qu'elle impose à la personne souffrant de cette déficience visuelle.

2.2. L'estime de soi :

Elle se définit comme " l'ensemble des traits, sentiments que l'individu reconnaît comme faisant partie de lui-même, influencée par l'environnement et organisée de façon plus ou moins consistante » (L'écuyer. R, 1978). Une dynamique interactionnelle est donc à la base de la constitution de cette estime de soi et met en jeu, selon Tap (1986) "un processus de comparaison sociale, à travers les identifications, les perceptions de similitudes ou l'ouverture à autrui". La construction du "Soi", chez l'individu, articule alors le psychologique et le sociologique, Mead (1963) insiste sur ce fait en démontrant les deux composantes dans cette construction que sont le "je" et le "Moi" et affirme que "confrontées à un vécu nouveau, inconnu, incompréhensible et pénible, risquent de connaître des altérations provoquant des troubles sur tout le fonctionnement psychique de la personne." Une estime de soi qui " indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable et important ; l'expression d'une approbation portée sur soi-même." (Coopersmith, 1967). L'estime de soi serait "comme un moteur de l'activité sociale, en tant que source de satisfaction, de sécurité consciente ou inconsciente à connotation affective, positive ou négative, étroitement liée à des processus cognitifs." (Rogers et al, 1977). Voilà pourquoi la perte de la vision à la base de la déficience visuelle, vécue dans le corps et la psyché, est source de perturbation et de troubles au niveau cognitif, perceptif et émotionnel chez l'individu. Une notion importante à cerner dans ce processus d'aide aux personnes atteintes de déficience visuelle afin de les accompagner dans le parcours du travail de deuil de la vision au sein d'un cadre psychothérapeutique adéquat.

2.3. L'identification :

"C'est un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications." (Laplanche et Pontalis, 1967). Etre soi dans ce cas là implique l'existence de l'autre car c'est l'intersubjectivité qui donne naissance et sens à la subjectivité. "Au cœur de la construction du psychisme du sujet humain.... l'identification articule le dedans et le dehors, l'intime et le social, soit la relation qui unit le sujet avec son environnement." (Chagnon, 2008). L'autre et soi, dans un environnement les unissant, se voient confrontés au cours de leurs vies à de multiples évènements. Les retentissements de ces vécus sur leurs structures psychiques perturbent cette relation dans ce qu'elle constitue comme repères de soi. Chagnon (2008) parlait des processus d'identification comme étant "constitutifs de la permanence identitaire assurant la cohésion narcissique." Il ajoute qu'à chaque fois qu'ils se heurtent à des conflits psychiques, une souffrance ou n'importe quelle situation frustrante, ces processus "sont réinterrogés... imposant une mise en tension entre permanence, stabilité structurelle et changement." (Chagnon. J.Y, 2008).

La déficience visuelle est vécue sous cet angle là. Elle remet en question toute une existence par cette rupture d'avec ce qui préexistait avant sa survenue et qui vient bouleverser des chemins et des trajets de vie déjà tracés et prédéfinis. Le sujet déploie sur le plan psychologique des efforts immenses afin de parvenir à élaborer cette crise. Des désinvestissements libidinaux doivent s'opérer et des processus d'investissements nouveaux doivent s'installer pour un Moi en souffrance. L'identification est un de ces mécanismes psychiques par lesquels un sujet en détresse peut par "introjection, transformer les investissements libidinaux d'objets en investissements libidinaux du moi narcissique." (Green. A, 2002).

2.4. L'identité :

L'identité est une structure, c'est un processus dynamique et relationnel. Erikson (1972) écrivait "La formation de l'identité commence là où cesse l'utilité de l'identification." La quête de l'identité est alors un processus continu et souvent inachevé en raison des situations conflictuelles que peut rencontrer l'individu durant cette édification de son identité. Une trajectoire minée d'évènements inattendus qui en modifient tout le cheminement et la structure. Le sentiment

d'identité implique d'abord la conscience de soi comme être spécifique, différent des autres. C'est la capacité de distinguer ce qui est soi et ce qui ne l'est pas. La cognition et l'affect sont deux piliers sur lesquels l'identité se construit. Par la perception subjective de ce qui se passe autour de soi, l'individu réagit subjectivement aussi par des comportements et des attitudes relatifs à son appréhension subjective, autrement dit ; grâce à la signification cognitive et affective qu'il a conféré à ses agissements. Bref, c'est cette relation subjective qui existe entre le sujet et l'objet qui donne sens à ses réactions et attitudes. Une conscience de soi qui oriente ses comportements et surtout ses relations avec l'autre. Cet autre avec qui il est en constante interaction, et à travers qui il se perçoit puisqu'il lui renvoie une image de lui-même. Mais l'important disait Sartre (1943) " n'est pas ce qu'on fait de nous, mais ce que nous faisons nous-mêmes de ce qu'on a fait de nous." Ainsi l'identité se construit dans un mouvement de conscience de soi par différenciation d'autrui et assimilation au même, subjectivité et intersubjectivité sont alors intrinsèquement liées. Projection et introjection constituent les soubassements psychiques lors de ces interactions et de ces identifications et dont il résulte une identité.

René L'Écuyer (1994) cite des stades du développement de la conscience de soi allant de l'émergence du soi, la confirmation de soi, passant par l'expansion du soi, la réorganisation du soi, et aboutissant à la maturation du soi et enfin la permanence du soi. En voilà une preuve de ce processus cognitivo-affectif continu dont on parlait plus haut ; une trajectoire avec des remaniements et des tentatives d'intégration permanents pendant toute son existence.

Quant à Malrieu.P (1980), il parlait d'un résultat d'une "dialectique de conversion/conservation". Selon lui, les identifications antérieures sont maintenues puis abandonnées ou réaménagées en fonction des projets de vie nouveaux. L'estime de soi ici est un des ressorts fondamentaux qui sous tendent la quête de l'identité. Voilà comment le phénomène identitaire revêt un éventail d'aspects ; relationnels, interactionnels et dynamiques à la fois. A la fin nous citerons la définition de Codol, J.P (1980) qui fait de l'identité "un système de représentations, de sentiments et de stratégies, organisé pour la défense conservatrice de son objet, mais aussi pour son contrôle, sa mobilisation projective et sa mobilité idéalisante. L'identité est un système structuré, différencié, à la fois ancré dans une temporalité passée, dans une coordination des conduites actuelles et dans une perspective légitimée. Elle coordonne des identités multiples associées à la personne ou au groupe". Ce groupe où s'opèrent des stratégies identitaires d'assimilation et de différenciation afin d'y

trouver une place et se définir en tant que sujet appartenant à un groupe. Ce cadre où coexistent l'individuel, l'interpersonnel et le social est favorable pour l'affirmation de soi par la constitution d'une identité. C'est donc dans l'intersubjectivité que se fonde le sentiment d'identité.

3. La déficience visuelle et le processus psychologique de deuil :

C'est dans son ouvrage "Deuil et mélancolie" que Freud (1915) introduit la notion de travail de deuil pour la première fois. Il s'agit d'" un processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement, et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci " (La planche et Pontalis, 1967). Le travail de deuil consiste à un détachement du sujet de ce qui le liait à l'objet comme investissements narcissiques et attentes libidinales. L'objectif étant la mise en place de nouveaux investissements en transformant les investissements de l'objet perdu et des identifications du Moi avec cet objet. Relatif alors à une perte effective ou symbolique, le processus psychologique de deuil n'est autre que ce travail mental que la personne subissant cette perte doit effectuer en opérant un retrait contraint des investissements fixés à l'objet, afin de dissocier cette relation entre la présence intrapsychique de l'objet relationnel perdu et la réalité de son absence objective. Intégrer pour ainsi dire la perte avec toutes ses dimensions dans un projet de vie avec tout ce qu'elle a pu engendrer.

Tout s'opère de manière à favoriser un nouveau développement structurel chez la personne avec sa perte, sans substituer à l'objet perdu, mais bien au contraire, tenter de se reconstruire un nouveau cadre contenant tout en reconnaissant et prenant conscience de cette perte. Or, le vécu de la déficience visuelle dans ses premiers moments est caractérisé par des périodes régressives relatives au fait de croire en la capacité de la science, la médecine et la chirurgie à apporter du changement quant à la vision. Mais c'est l'agressivité et l'impulsivité qui caractérisent le travail de deuil de la perte de la vision. Nos constats auprès de nos patients faisaient état de lieu de "contournements stratégiques dont le but est de berner la conscience de la déficience visuelle"(Bendida, 2015). Des idées qui nuisent et freinent le processus de deuil de la perte de la vision. Voilà pourquoi, instaurer un équilibre entre la réalité des événements et l'opération de la reconstruction de soi de nouveau est nécessaire pour le bon déroulement du travail de deuil. Le temps est l'élément clé dans cette élaboration psychique. La compréhension et l'assimilation des événements nouveaux et ce qu'ils exigent de la personne souffrant de cette déficience doivent obéir à un mouvement

psychique qui demande beaucoup d'efforts mentaux d'où la grande difficulté. Passer de la phase du diagnostic objectif de la pathologie ophtalmologique à la représentation de soi et de ce qu'elle doit subir dans sa vie avec cette déficience visuelle n'est pas l'affaire de quelques jours. Un travail psychique doit s'opérer en respectant ses étapes et en les vivant une par une, chaque personne à sa manière, avec les capacités mentales et psychiques dont elle dispose. La personne exprimera des attitudes et des comportements qui restent normaux malgré l'intensité de leur éprouvé. Refus et anéantissement caractériseront la première étape du processus de deuil, suivis d'une dépression pour enfin parvenir à l'investissement progressif de nouveaux acquis.

3.1. Les étapes du travail de deuil :

Freud indique que le travail de deuil ne peut être entamé que si l'individu dépasse la première étape caractérisée par la révolte, le refus de s'avouer sa perte. L'individu va essayer progressivement d'ôter toute énergie libidinale de sa relation qu'il avait avec l'objet de sa perte, et ceci demande du temps et de l'énergie. Freud insistait sur le fait que nous ne pouvons parler de deuil que si la personne arrive à retirer l'investissement libidinal de l'objet perdu. "Le temps est essentiel dans l'accomplissement et dans les détails du pouvoir de l'examen de la réalité. Un travail qui permet au Moi de libérer son énergie libidinale de l'objet perdu." (Freud, 2002). Des étapes au nombre de trois ; la période de prise de conscience de la perte, le choc et la catastrophe sont ce qui la caractérisent ainsi que le refus, où on observe des troubles corporels, tels les insomnies, l'anorexie, l'asthénie et l'ouverture aux questionnements existentiels. La deuxième période est l'étape de dépression, où tout discours va exprimer des conflits psychiques refoulés. Par introjection de sa perte qui a touché non seulement sa vue mais aussi son indépendance et l'estime de soi, l'individu plonge dans la phase nodale du processus psychologique du deuil. En dernier, la période de réaction, où on assiste à la tentative d'adaptation aux nouvelles circonstances, " la personne en deuil va sortir progressivement de l'état d'inhibition et va essayer de se propulser dans une toile de relations sociales nouvelles dans le but de réorganiser son existence et dépasser sa crise." (Renault, 2005). Le relationnel et l'intersubjectif sont nécessaires dans cette phase afin de permettre à la personne en deuil de se séparer et de se libérer de l'objet de sa perte. Dans cette phase, le travail de deuil consiste à une révision mentale de tous les comportements et des projets relatifs à l'objet de la perte et les confronter à l'événement de la perte. Ceci impose une "mentalisation des

nouveaux projets, et le fait de nouer des relations basées sur le changement qu'a subi l'identité de l'individu suite au travail de deuil, car nous ne sortons pas du travail de deuil tels qu'on était auparavant mais nous en sortons différents à nos yeux, et au monde autour de nous, comme on change dans nos croyances, nos réactions et nos connaissances. (Renault, 2005). Le Moi est épuisé suite à ses tentatives de contenir l'hémorragie libidinale à travers les investissements contraires. "Ceci arrive comme si l'énergie libidinale va vers un objet qui n'existe pas, ainsi elle cause l'appauvrissement du Moi et le prive de l'énergie nécessaire pour les autres investissements." (Widloscher, 2002). Il est certain que la souffrance est vécue à tout moment, mais le travail de deuil est une opération d'élaboration psychique qui doit être effectuée afin que la perte d'objet pulsionnel soit intégrée et fasse partie de nouveau d'un Moi reconstruit avec et par elle.

3.2. Psychodynamique du travail de deuil :

On parlait du temps comme élément important dans l'accomplissement du travail de deuil. Freud insistait sur ce point en précisant que le deuil n'est pas limité dans le temps. Le sujet en deuil passe par une succession de processus inconscients d'identification à l'objet perdu. Une opération mentale qui met en exergue une relation permanente entre l'objet pulsionnel perdu et les représentations de soi. Ce que Kernberg, O (2011) nomme "l'association entre la présence intrapsychique de cet objet et la conscience de son absence objective permanente." Quant à Gaines, R (1997), le deuil pour lui implique deux tâches dynamiques et structurelles ; celle du détachement de l'objet perdu et celle du maintien en même temps de la continuité de la relation à l'objet perdu. Cela rejoint à notre avis ce que Freud disait quand il évoque l'intégration de la perte dans le nouvel projet de vie sans pour autant la remplacer. La souffrance engendrée par le vécu de la perte avec toute la connotation négative qui l'enveloppe, peut être bénéfique pour le psychisme. Aussi douloureuse qu'elle soit, elle comporte une "valence positive de protection et d'équilibre de la vie psychique. (Verdon, 2009). Une dualité intrapsychique que Freud (1917) et Mélanie Klein (1940) décrivaient comme idéalisation de l'objet perdu et la réactivation de la position dépressive. Klein (1940) croyait qu'une "résolution adéquate à la réactivation de la position dépressive et sa réélaboration complètent le travail de deuil". Une tentative de réparation psychique est à chaque fois élaborée lors d'un travail de deuil. Par ce sentiment de détresse et par tous les affects qui en découlent, "les représentations d'impuissance, tissent

alors des liens complexes, parfois masqués, condensés, refoulés, non indemnes de satisfaction secondaires où être meurtri peut participer de la conflictualité intrapsychique et la victoire de jouissance secrètes." (Verdon, 2004).

Le vécu de la déficience visuelle impose à la personne atteinte cette souffrance dépressive. Souvent, c'est ce vécu dépressif qui est à l'origine des rencontres cliniques avec nos patients. Voilà pourquoi, il est impératif que lors de ces rencontres, nous puissions identifier la thématique conflictuelle réelle et saisir la complexité du fonctionnement psychique de chacun de nos patients. Nous assistons souvent à des réactions inattendues de la part de personnes atteintes de déficience visuelle. Des réactions que nous pourrions qualifier d'extraordinaires rebondissements de situations. Des personnes qui se lancent dans des projets de vie qui durent longtemps, croyant avoir dépassé la situation de la perte de la vision, mais qui confrontées à des situations frustrantes, elles régressent et connaissent des failles dans leur vie psychique mettant en péril tout leur équilibre mental. Ne comprenant pas ce qui leur arrive, et niant tout lien avec leur perte antérieure, ils sont marqués par le seau de l'effondrement, l'enfoncement et le retrait.

Chapitre II
Déficiences visuelles et Représentations
Sociales.

Introduction.

1. Qu'est-ce que la représentation sociale ?
2. Pourquoi les représentations sociales pour traiter de la déficience visuelle ?
3. La théorie des représentations sociales.
 - 3.1. L'objectivation.
 - 3.2. L'ancrage.
4. Les fonctions de la représentation sociale.
5. Trois approches théoriques :
 - 5.1. L'approche socio-anthropologique.
 - 5.2. Théorie des principes
organiseurs.
 - 5.3. L'approche structurale des représentations sociales.
6. La représentation sociale de la déficience visuelle

Introduction.

L'objectif de ce travail a été dès le début, la quête de sens vis-à-vis du vécu de la déficience visuelle auprès de personnes qui la vivent comme atteinte du corps et la psyché.

Cerner donc leurs représentations sociales de la déficience visuelle, allait constituer la base sur laquelle nous comptons élaborer une démarche psychothérapeutique avec comme objectif, les introduire dans une dynamique de déconstruction et de reconstruction de soi à travers l'accomplissement du processus psychologique de deuil.

1. Qu'est-ce que la représentation sociale ?

La représentation sociale est un concept issu des travaux de l'éminent sociologue Emile Durkheim, où la pensée sociale insistait sur la primauté du collectif sur l'individu. Le concept a été élaboré ensuite par Serge Moscovici en 1961, où on assiste à un glissement à l'interaction entre les deux. Moscovici redonne à l'individu le statut actif, et révèle donc l'existence d'une relation entre le groupe ou la société et l'individu. Il définit la représentation sociale comme "un ensemble de phénomènes complexes toujours activés et agissant sur la vie sociale." (Moscovici, 1961). La représentation sociale selon lui reste pour constituer un système cognitif doté d'une logique et d'un langage particulier. La représentation est donc le lien entre le social et le cognitif. Moscovici met l'accent sur le fait que le sujet est non seulement en relation avec l'objet de la représentation sociale mais aussi avec l'Alter (l'autre) au niveau social, psychique et cognitif, d'où les trois éléments fondamentaux de la représentation sociale dont parle Denise Jodelet ; le sujet, l'objet et la connaissance.

Ce qui est à retenir est que le cognitif se construit par la perception, qui n'est autre que le fait de se saisir d'un objet par les sens. Une opération mentale qui sert à interpréter tout ce qui est perçu. La représentation est dès lors à un niveau imagé, elle a une position dynamique vu que celui qui se l'approprie, l'individu en l'occurrence, a changé du statique au dynamique grâce à Moscovici.

Des caractères de la représentation sociale selon Denise Jodelet que sont :

- L'objet : toute représentation a un objet. Comme l'avait très bien montré Moscovici, l'objet de la représentation doit être un objet d'échanges et d'interactions autour duquel a circulé des informations au sein d'un groupe ou d'une communauté.

- Le sujet : l'objet est en relation avec le sujet. La représentation est le processus par lequel s'établit leur relation. Les deux sont en relation. Moscovici disait dans la préface de Claudine Herzlich du livre : "Santé et Maladie" : " il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu. Le sujet et l'objet ne sont pas distincts. Se représenter quelque chose c'est de donner ensemble indifférenciés le stimulus et la réponse." (Moscovici, 2005). Contrairement donc au courant behavioriste, la réponse n'est pas une réaction au stimulus, mais jusqu'à un certain point son origine.
- Le caractère imageant et la propriété de rendre interchangeable le sensible et l'idée, le percept et le concept.
- Le caractère symbolique et signifiant.
- Le caractère constructif.
- Le caractère autonome et créatif ; la représentation sociale a une influence sur les attitudes et les comportements.

2. Pourquoi les représentations sociales pour traiter de la déficience visuelle ?

Depuis l'œuvre de Serge Moscovici en 1961 intitulée : "La psychanalyse, son image et son public", l'étude des représentations sociales s'est révélé d'une grande importance dans la compréhension et l'analyse des phénomènes psychosociologiques.

Les expériences individuelles par la communication vont devenir le cœur battant dans la construction de la représentation sociale. Quoi de meilleure méthode pour enfin éclairer ce vécu obscur de la souffrance psychique due à la perte de la vision !

La représentation sociale est une construction sociocognitive. Denise Jodelet la définit comme étant " une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la constitution d'une réalité commune à un ensemble social." (Jodelet, 1989, p 36). Voici la visée de cette quête de sens dont nous parlions plus haut.

Partant donc de la théorie des représentations sociales, reposant sur le postulat selon lequel "toute réalité est représentée ; c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégré dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'entourne." Abric (1984), les représentations sociales de la déficience visuelle

viennent nous éclairer sur les mots que mettent nos patients sur leur déficience visuelle, les définitions qu'ils lui attribuent, leurs perceptions des changements qu'elle leur a imposés sur les plans psychologique, cognitif et social.

Communication et interaction sont au cœur de la construction de la représentation sociale, et ceci sert grandement l'objet de notre recherche. Par l'interaction qui s'opère au sein d'un groupe d'appartenance par la déficience visuelle, les personnes concernées sont plongées dans la construction de sens et la tentative de compréhension de l'évolution de leurs cas. Une démarche qui favorise le bon déroulement du processus de deuil de la perte de la vision.

Vion (1992) nous interpellait sur cette activité de construction d'images identitaires mises en jeu et comment elles se modifient selon les modes d'interaction opérés ; une activité cognitive à la base de la construction de la représentation sociale et qui la place à "l'interface entre deux réalités : la réalité psychique avec les connections qu'elle a avec le royaume de l'imagination et les sensations, et la réalité extérieure qui se situe dans une collectivité et est sujette aux règles du groupe." (Moscovici, 1988, p 220)

La représentation sociale va "permettre la compréhension mutuelle de l'objet représenté lors des interactions" (Moscovici, 1976) entre les individus. Des individus pour qui "les choses ne se définissent pas [...] par leurs propriétés physiques mais par leurs aspects vécus, avec leurs prédicats de valeur et d'action." (Jodelet, 2006). L'affectif et l'émotionnel touche dans ce cas toute perception et appréhension d'une expérience nouvellement vécue telle la perte de la vision.

Les représentations sociales de la déficience visuelle vont nous permettre d'"approcher des expériences et les sens qui lui sont attribués subjectivement" (Jodelet, 2006), afin d'élaborer les outils maîtres dans nos suivis psychologiques individuels ainsi que la démarche psychothérapeutique lors du groupe de parole qui vient compléter ce qui avait été entamé auparavant sur le plan individuel dans une dynamique cognitive que nous espérons va concourir à la construction d'une réalité nouvelle où la déficience visuelle est intégrée après avoir pu accomplir un processus psychologique de deuil en retirant tout investissement libidinal de la relation objectale qui liait chaque personne avec la perte de la vision.

3. La théorie des représentations sociales :

On la doit à Serge Moscovici ; psychologue social français qui, dans les années cinquante, va reprendre le concept de représentations collectives d'Emile Durkeim et le transformer en représentations sociales, justifiant cela par les changements qu'avait subi la société française au milieu du XXème siècle "et qu'en réalité, avec le discours médiatique, on abouti à des groupes sociaux qui ont des perceptions différentes parce qu'on est homme ou femme, un cadre ou un ouvrier, parce qu'on est communiste ou catholique, du nord ou du sud, on se forge des représentations différentes." (Moscovici, 1961). Selon lui, la représentation sociale change en fonction du temps, des générations et des cultures. Jodelet quant à elle, insiste sur l'étude des représentations sociales qui articule des "éléments affectifs, mentaux et sociaux et en intégrant à coté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéelle sur laquelle elles ont à intervenir." (Jodelet, 1989, p41).

A partir de son analyse d'articles de presse, Moscovici met en évidence les deux processus fondamentaux dans la formation et l'élaboration de la représentation sociale que sont l'objectivation et l'ancrage.

3.1. L'objectivation :

Un processus par lequel ce qui est abstrait est rendu concret. Voilà comment un concept devient une image, un noyau figuratif. Moscovici (1961) parle de trois étapes lors de ce processus ; la première consiste en une sélection et une décontextualisation d'informations relatives à l'objet de la représentation sociale à partir des normes, des valeurs et des croyances. La deuxième va concerner la formation d'un noyau figuratif en guise d'identité de l'objet de la représentation. En dernier lieu, on arrive à cette concrétisation de nos objets de représentations sociales. C'est ce que nous allons partager comme savoir commun au sein de groupes auxquels nous appartenons ou faisons partie grâce au deuxième processus dont Moscovici parle dans son œuvre.

3.2. L'ancrage :

C'est le processus par lequel passe l'intégration de l'objet de la représentation sociale et de toutes les nouvelles informations relatives à ce dernier dans le savoir et de son enracinement dans le système de pensée préexistant. C'est l'étape de "l'incorporation de nouveaux éléments de savoir dans un réseau de catégories plus familières." (Doise, 1990, p128).

Deux processus dont l'enjeu de leur étude consiste à comprendre comment les groupes sociaux s'approprient la représentation sociale à partir de l'élaboration psychologique et sociale des événements de la vie. Par leur contenu, il sera possible d'en comprendre leur organisation.

Ce qui est à retenir est que ce n'est pas n'importe quel objet qui pourrait devenir un objet de représentation ! Pour cela, des conditions explicitées par Moliner (1993) en six points, doivent caractériser l'objet de représentation :

- L'importance de l'existence d'un groupe social caractérisé par des échanges et des pratiques vis-à-vis de l'objet de représentation.
- Il faut qu'il y ait un enjeu d'identité et de cohésion sociale de l'objet pour le groupe.
- La possibilité d'une dynamique sociale à l'égard de l'objet. " la notion d'enjeu social ne peut se comprendre que si on envisage les relations que le groupe entretient avec d'autres groupes sociaux.... C'est placer cet objet au centre d'une interaction sociale." (Moliner, 1993, p11)
- La liberté de pensée, en d'autres termes ; l'absence d'orthodoxie.
- En dernier, il faut qu'il y ait des pratiques sociales vis-à-vis de l'objet.

4. Les fonctions de la représentation sociale :

A quoi sert-elle ?

Pour Moscovici (1976), elle permet aux individus de disposer, à propos de l'objet, des croyances communes nécessaires à leur compréhension mutuelle lors de leurs interactions. Quant à Abric (1994a), les représentations sociales ont quatre autres fonctions dont celle de savoir, puisqu'elles permettent de comprendre la réalité qui nous entoure et de faciliter ainsi les échanges entre individus et groupes sociaux. La seconde fonction consiste à définir l'identité sociale des individus et par conséquent celle des groupes sociaux. Les groupes sont des supports pour l'identité par l'appartenance à ces derniers. Une fonction d'orientation qui permet d'anticiper les comportements et les pratiques relatifs à la représentation sociale. Elles sont porteuses de sens et créent un lien d'ordre social, elles aident à la communication, à agir et à se diriger dans l'environnement ; elles engendrent donc les attitudes, les opinions et les comportements. Rappelons que l'identité se construit dans la ressemblance et dans la différence. Enfin une fonction justificatrice qui expliquera nos choix et attitudes vis-à-vis de la représentation sociale et renforcera nos positions sociales. Elle concerne aussi les relations entre les groupes et les représentations

que chaque groupe va se faire de l'autre groupe, justifiant à posteriori des prises de position et des comportements.

Abric parle ici d'un nouveau rôle de la représentation ; celui du maintien et du renforcement de la position sociale du groupe concerné.

Des fonctions qui nous serviront lors de notre travail de recherche à mieux comprendre la dynamique représentationnelle et en déceler le fonctionnement à des visées psychothérapeutiques de groupe, puisqu'elles ont pris forme et sens au sein même de groupes auxquels nos patients appartiennent.

5. Trois approches théoriques :

Comme disait Moscovici (1961), c'est des niveaux de regards. Il existe plusieurs approches qui traitent des représentations sociales.

5.1. L'approche socio-anthropologique :

Elle examine le rôle régulateur des représentations sociales sur les interactions sociales où elle intervient en milieu réel. Nous parlons ici de la théorie tridimensionnelle de Moscovici où il montre l'intérêt de la socialisation, en d'autres termes ; l'importance de l'environnement où se développe l'individu. La psychologie sociale pour lui venait répondre à des besoins pas bien traités par la psychologie individuelle et la sociologie. Moscovici base son approche sur les attitudes et la construction de la représentation. Trois dimensions selon Moscovici, organisées et hiérarchisées ; les attitudes vis-à-vis de l'objet de la représentation sociale, les informations circulant autour de cet objet et le champ des représentations. Très important ; c'est dans le champ de la représentation que s'organisent tous les éléments de la représentation. La différence dans l'hiérarchisation va donner des représentations différentes.

5.2. Théorie des principes organisateurs :

Principe à la base d'une prise de position dans un système de rapports et jouant un rôle dans le maintien de ces rapports. Pour Willem Doise, les représentations sociales sont "des principes générateurs de prises de positions liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenants dans ces rapports." (Doise, 1986). Il existe selon elle une relation et une interférence entre deux dynamiques ; la première est représentationnelle et

la deuxième est relationnelle qui lie le savoir abstrait des croyances et la vie sociale et concrète des individus. Passant ainsi du psychologique au social et de l'individu au groupe sans rupture encore une fois entre le sujet et l'objet de la représentation. On retrouve encore ici la notion d'objectivation et d'ancrage nécessaires pour qu'une représentation soit fonctionnelle. Dans cette optique théorique, la structure sociale des appartenances détermine les dynamiques, les représentations et surtout les prises de position.

5.3. L'approche structurale des représentations sociales.

C'est celle qui nous intéresse le plus et qui va constituer l'assise théorique de notre étude. L'approche structurale d'Abric (1989) avec Flament (1987), Rouquette et Guimelli (1992) et Moliner (1988) est la théorie du noyau central qui ne se limite pas au contenu de la représentation sociale mais porte son intérêt sur son organisation. La représentation sociale ici est à envisager comme des systèmes cognitifs hiérarchisés sur la base de deux dimensions ; une centrale et l'autre périphérique. Le système central constitue la composante fondamentale de la représentation dont la fonction principale est de générer le sens global du champ représentationnel et d'organiser son contenu. Ce que Abric nomme "fonction génératrice" puisqu'il constitue l'élément par lequel "se crée, ou se transforme la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il est ce par quoi ces éléments prennent un sens, une valeur". (Abric, 1994). Il sert à "définir et à identifier l'objet de la représentation." (Flament, 1994a). Les éléments donc centraux sont définis en tant que "cognitions consensuelles et non négociables." (Moscovici, 1993). Pour le système périphérique, il reste "conditionnel" (Flament, 1994) car il est souvent associé à l'objet de la représentation. C'est son fonctionnement qui reste intéressant, puis que c'est à travers lui que nous pouvons inscrire dans la représentation notre histoire personnelle, notre vécu, notre personnalité et y apporter de ce fait une hétérogénéité. Le noyau central et le système périphérique se complètent, le premier, "plus résistant aux changements" (Tafari, 2001) avec une fonction structurante parce qu'il donne à l'objet de la représentation une signification, et une fonction organisatrice en déterminant les liens qui unissent les éléments et la représentation. Le deuxième avec une fonction adaptative et défensive à la fois, car il permet

à la représentation de s'adapter à la réalité extérieure et protège le système central des éléments qui pourraient le remettre en cause.

Le système périphérique, par les modulations individuelles qu'il autorise et l'hétérogénéité des éléments qu'il contient, rendra possible les contradictions et la conflictualité entre les éléments et les prises de positions, il aura une fonction de "pare choc" (Flament, 1987) ainsi qu'une fonction de "régulation et d'adaptation du système central aux contraintes et aux caractéristiques de la situation concrète à laquelle le groupe est confronté." (Abric, 1994a). Des fonctions qui favorisent le changement et l'évolution dans les pratiques, les conduites et les comportements. Une souplesse au service d'éventuelles transformations attitudinales et comportementales nécessaires parfois pour l'accomplissement de soi chez des individus confrontés à des situations pénibles et mal vécues tels l'atteinte d'une pathologie aux conséquences conflictuelles sur les plans physique, psychique et cognitif.

Le concept de zone muette :

La zone muette est tout ce que la personne ne va pas dire et est contre normatif comme par exemple tout ce qui relève du sacré ou des tabous.

On la définira comme étant un ensemble de "cognitions, qui tout en étant disponibles, ne seraient pas exprimées par les sujets dans les conditions normales de production." (Guimelli et Deschamps, 2000). Pour Abric, si les individus se trouvaient dans un contexte de substitution, cela permettra de "réduire la pression normative" (Abric, 2003, p. 75), c'est là, la possibilité d'exprimer les opinions non désirables socialement.

6. La représentation sociale de la déficience visuelle :

Travailler sur une représentation, c'est "observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales, et de modèles culturels, est pensé et vécu par des individus de notre société; étudier comment s'élabore, se structure logiquement, et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux ». (Herzlich, 1969).

Pionnière de l'étude des représentations sociales de la maladie et de la santé, Claudine Herzlich fait apparaître dans ses travaux (1973) sur les représentations sociales de la santé et de la maladie que ces dernières se sont structurées autour des oppositions : intérieur/extérieur, sain/malsain, naturel/pas naturel ou normal/pas normal et individuel/société. Sans rupture entre ces composantes opposées.

(Ce qui suit est le résultat de prises de notes de séminaires assurés par Pr Cherif en 2017.)

"La santé, selon les recherches d'Herzlich est attribuée à l'individu, tandis que la maladie vient du monde extérieur, elle est attribuée à la société, et les facteurs la provoquant sont liés à la société. Herzlich, dans son travail, conclut que l'activité est l'élément principal de la représentation de la santé autour duquel les éléments ont cristallisé, et l'inactivité est l'élément principal de la maladie. C'est-à-dire que le critère de la santé et de la maladie n'est pas représenté en terme anatomique ou physiologique. Dans le cas de la santé, le critère est formulé en termes d'activité, d'engagement dans la vie sociale et dans le cas de la maladie en termes d'inactivité, d'interruption de la vie d'individu.

Herzlich va prendre les paradoxes afin d'arriver à les mettre en lien. La santé prendra donc des sens positifs ainsi que des sens négatifs vu qu'elle insiste dans ses travaux sur le fait que la maladie et la santé sont une expérience individuelle, vécue et subie individuellement mais aussi apprise. Deux dimensions de l'expérience ; celle de l'ordre de l'éprouvé, le vécu, le ressenti, l'affect et conscience de la subjectivité et la dimension de l'ordre du cognitif.

De ce fait, et dépassant le seul aspect corporel, santé et maladie nécessitent pour l'individu de connaître quelles en sont les interprétations collectives afin de donner un sens et de déterminer la nature des rapports qu'il doit avoir avec elles."

Citer Herzlich et ses travaux, nous conduit au fait que la déficience visuelle est le résultat souvent de maladies ophtalmologiques qui plonge les sujets dans le même contexte dont elle parle. L'œil touché, il devient non fonctionnel et fait perdre au sujet son activité habituelle. Les interruptions ; l'inactivité par conséquent, sont vécues à ce moment comme interprétations principales de la perte de la vision. Ce qui ressort souvent dans les dires des personnes atteintes de déficience visuelle comme handicap, arrêt de vie, incapacité à poursuivre les projets de vie déjà entamés ou même en projeter d'autres. Une connotation négative caractérisera la majorité de leurs propos relatifs à leur état de santé visuel. Elles perçoivent leur nouvel état avec la perte de la vision à travers ce que leur entourage leur renvoie comme idées et images. Dans le changement de comportement de l'autre avec eux ; un changement avec des intentions d'aide en général, elles prendront cela comme une défaillance de leur

part, une incapacité, un manque, une dépendance, une perte d'autonomie, une perte d'une partie de soi, une perte de soi parfois.

Ces personnes se représentent la déficience visuelle dans un registre cognitif et affectif très frustrant qui les empêche souvent d'aller de l'avant. Nous verront les unes dans le déni total de la maladie, elles arrivent même à la cacher ; le cas de certaines filles sur le point de se marier et qui décident de ne rien dire à leurs futurs conjoints ni à leurs belles familles. Les restrictions d'activités pour elles sont mal vécues puisqu'elles se sentent tout simplement impuissantes. Ce que Herzlich nomme la maladie destructrice.

Nous verrons d'autre part d'autres personnes dans le même cas de déficience visuelle, mais qui arrivent à bien vivre plus au moins avec leur inactivité, elles tentent parfois de la communiquer aux autres dans le but d'une libération. Herzlich parle ici de maladie libératrice. Nous rencontrerons aussi des personnes qui font face à leur déficience visuelle, elles parviennent à l'accepter d'une manière ou d'une autre ; la maladie métier dira Herzlich.

D'un point de vue psychologique, pour la psychologue clinicienne que nous sommes, nous dirons que les trois situations n'empêchent pas le passage par un vécu pénible, souffrant, frustrant et angoissant. Et que, quand on parle de maladie libératrice par exemple, nous avons plus tendance à l'interpréter comme un surinvestissement libidinal qui empêche toute objectivation de la perte de la vision. Il est possible que les faits soient parfois là mais sur le plan psychique on craint souvent que ce soit des modes d'évitement, des mécanismes de défense inconscients qui vont à l'encontre d'un bon développement psychique après la perte de la vision. Quant à la maladie métier, nous pourrions parler ici, même si nos craintes soient les mêmes, d'un travail de deuil qui a été entamé et qu'apparemment, il a été accompli correctement. Nous ne parlerons pas d'accepter sa maladie ou sa déficience visuelle mais plutôt de la capacité d'avoir pu l'intégrer dans son projet de vie. La déficience visuelle fait partie de celui qui en est atteint et elle ne constitue plus pour lui une source de frustration. Il avance avec elle, par elle et il y arrive vraisemblablement bien. C'est là tout ce qu'on espère pouvoir apporter à ces personnes par le fait de les introduire dans un processus psychothérapeutique de groupe puisqu'elles évoluent au sein de leurs groupes sociaux et puisent toutes leurs forces d'un côté et leurs

impuissance de l'autre de ces mêmes groupes. Leurs interprétations et représentations de leur déficience émanent de ces groupes. Tout changement alors ne peut se réaliser qu'à travers un groupe selon notre pensée, étayée par notre expérience auprès d'eux.

Chapitre III

Déficiences visuelles et prise en charge psychothérapeutique

Introduction

1. Le groupe : Quelles définitions ?
 - 1-1. René Kaës et l'espace psychique du groupe.
 - 1-2. Kurt Lewin et le champ dynamique du groupe.
2. Le processus de changement au sein du groupe.
3. La déficience visuelle et la prise en charge psychothérapeutique.
 - 3-1 La thérapie interpersonnelle individuelle.
 - 3-1-1. Les techniques de la thérapie interpersonnelle.
 - 3-1-2. Déroulement de la thérapie.
 - 3-2 Le groupe de parole.
 - 3-2-1. le groupe de parole. Quels effets ?
 - 3-2-2. Fonctionnement et déroulement du groupe de parole :

Introduction.

Rappelons que notre objectif par ce travail est d'accompagner nos patients dans l'accomplissement du travail de deuil de la perte de la vision. Par la délivrance des émotions et des affects lors des échanges verbaux et par l'interaction qui va s'opérer au sein du groupe de parole qu'on voudrait les y faire intégrer, l'interprétation des phénomènes de groupe issue de la vie psychique de ses membres contribuera à apporter du changement dans les attitudes et les comportements de ces derniers. Une interaction des activités cognitives qui va permettre d'engager les membres du groupe dans "une activité de construction du sens, de relations et d'images identitaires" (Vion, 1992). On espère observer un remaniement de l'équilibre libidinal qui sera la preuve que le groupe et le fait d'appartenir à un groupe par l'atteinte de la déficience visuelle a pu être d'un soutien considérable et d'une aide importante qui leur a facilité ce processus psychologique de deuil. Le groupe de parole aura à cet effet complété ce qui a déjà été entamé lors des prises en charges psychothérapeutiques individuelles.

1. Le groupe. Quelles définitions ?

C'est au père de la sociologie française Emile Durkheim que nous devons la théorie du groupe et ses bases. Selon lui, l'individu ne peut se développer que "dans le sens de son intégration de plus en plus étroite dans la société." (Durkheim, 1895). Ce groupe assure trois fonctions ; celles de " l'intégration de l'individu à une communauté, la régulation des relations entre les membres qui le composent et l'idolâtrie de sa propre force " (Heraudet, 2007) résultante du sentiment de sa cohésion autour de valeurs communes.

Mais c'est l'approche de Kaës combinée à celle de Lewin que nous avons choisi d'adopter afin de réaliser ce travail. Nos antécédents de formation de psychologue clinicienne ainsi que l'intérêt que nous portons à la sociologie et la psychologie sociale seraient à l'origine de cette orientation.

1-1 René Kaës et l'espace psychique du groupe.

L'intérêt que porte Kaës à la psychologie sociale et aux représentations sociales, a fait qu'il décrive la vie comme "une succession de crises où la continuité du dedans dépend pour beaucoup de la suppléance psychosociale qui établit une fonction de conteneur." (Kaës, 1979). Il s'agit dans ce travail d'une perte de la vision qui entraîne la personne dans un vécu nouveau avec beaucoup de difficultés sur les plans ; physiques, psychologique, social, affectif et cognitif. Son entourage (la personne) le plus proche est lui aussi impliqué et concerné par ce nouveau mode de vie. Tout développement donc de la personne passe par cet environnement auquel elle appartient et duquel elle fait partie. La perception de cette crise qu'est la survenue de la déficience visuelle sera l'outil par lequel la

personne va construire et élaborer ses représentations. Le sociocognitif sera à la base de toute compréhension et fonctionnement psychique. La société ; le groupe est ce conteneur dont parle Kaës. Selon lui, le groupe serait " le support sur lequel prennent appui, s'accrochent, dépendent les membres du groupe : il est le représentant externe d'une fonction d'étayage primaire défaillante " (Kaës, 1993), ce qui favorise donc la création de liens entre les membres, la multitude de représentations mentales et surtout de transformations et de changements.

Dans son ouvrage ; Qu'est-ce que la groupalité psychique ? René Kaës (1980) propose de penser les interférences entre trois espaces psychiques :

- l'espace du sujet singulier dans sa groupalité intrapsychique. Il entend par groupalité psychique " des formations intrapsychiques dotées d'une structure et de fonctions de liaison entre les pulsions, les objets, les représentations et les instances de l'appareil psychique [...] la groupalité psychique possède une consistance comme formation et comme processus de l'inconscient " (Kaës, 2005).
- l'espace des liens entre les membres du groupe ; l'inter-psychique. Il lui octroie trois dimensions. La première est relative à son contenu ; le lien pour lui " est un espace de réalité psychique spécifique construit à partir de la matière psychique engagée dans les relations entre deux ou plus de deux sujets.... ces liens sont de nature libidinale, narcissique et thanatique." (Kaës, 2010). La seconde concerne son processus ; "le lien est le mouvement plus ou moins stable des investissements, des représentations et des actions qui associent deux ou plusieurs sujets pour accomplir certaines réalisations psychiques qu'ils ne pourraient pas obtenir seuls." (Kaës, 2010). La dernière dimension est que le lien suit une logique que Kaës nomme "de corrélation de subjectivités."
- l'espace psychique du groupe. C'est ce que Freud appelait psyché, Bion (1961) le nommait mentalité ou culture du groupe, Foulkes (1948) ; matrice groupale et Anzieu (1975) le décrivait comme illusion groupale ou même enveloppe groupale. Ici, Kaës introduit la qualification d'appareil psychique groupal et il le dote de trois caractéristiques ; la première concerne le travail de cet appareil "dont la fonction est de lier et de transformer les espaces psychiques des sujets qui sont membres du groupe." (Kaës, 2010). La deuxième est que cet appareil "contient plusieurs espaces psychiques, chacun disposant de contenus psychiques,

d'organisations et de fonctionnements spécifiques, avec une topique, une dynamique et une économie distinctes" (Kaës, 2010) et la troisième est qu' " il réintroduit la prise en considération de l'espace psychique du sujet singulier dans le groupe." (Kaës, 2010).

Trois espaces distincts ; ceux du sujet, du lien et du groupe, mais qui "communiquent entre eux ". (Kaës, 2005) et assurent par conséquent cette continuité du dedans grâce à ces "étayage réciproques des appareils psychiques individuels des membres du groupe." (Kaës, 1979) pour aller de l'avant dans la vie avec ses crises, ses pertes et ses tentatives de reconstruction de soi. Et surtout des éléments qui répondent à nos attentes de chercheuse quant à la visée thérapeutique auprès des personnes atteintes de déficience visuelle et qui nous favorise une meilleure compréhension de l'évolution et la résolution des thématiques conflictuelles individuelles au sein du contexte groupal intégré.

1-2. Kurt Lewin et le champ dynamique du groupe.

Quant à Kurt Lewin, c'est la théorie de la gestalt et la physique théorique qui ont inspiré ses travaux. Il avance sa théorie des champs de force relative aux relations qui s'opèrent au sein d'un groupe entre les membres qui le constituent et même entre un groupe et les autres groupes, qu'il considère être régies par des attractions qu'il nomme "champ de force". Chaque situation sociale est produite grâce à des facteurs. Etudier donc ces facteurs, c'est examiner ce champ de force et en comprendre l'évolution dans tous les sens à travers les comportements et des attitudes. Face aux crises et aux contraintes survenues au cours de la vie, l'individu ou le groupe est tenu de s'y adapter sans créer d'autres contraintes mais plutôt évoluer dans le sens de la résolution et le dépassement de ces obstacles. Ceci sert considérablement notre recherche puisque nous la plaçons dans ce contexte social afin d'arriver à nos fins psychothérapeutiques ; le changement reste notre objectif et la théorie de Kurt Lewin le sert très bien puisqu'il définit ce champ de force comme "la direction et la puissance d'une tendance au changement."

Le groupe, selon lui est une entité avec une structure propre à elle. Cette entité est en relation continue avec les autres groupes. Selon lui, l'essence du groupe réside dans l'interaction et l'interdépendance entre les membres du groupe. Kurt Lewin parle d'un ensemble de propriétés dynamiques expliquant que " dans un entourage défini, une certaine distribution de forces détermine le comportement d'un objet possédant des propriétés définies." (Lewin, 1959). Sa théorie s'appuie sur cette interdépendance qui existe entre les parties composant cet ensemble ainsi que des forces qui les animent. Afin de comprendre le fonctionnement d'un groupe, il faudrait le saisir en fonction d'"un système d'interdépendance entre les membres." (Lewin, 1959).

La compréhension du comportement de l'individu reste relative aux déterminants de son groupe d'appartenance. Les propriétés dynamiques sont déterminantes pour lui, il insistera sur les réactions, les influences et les interdépendances qui existent au sein d'un groupe et qui constituent ce champ psychologique favorable à la compréhension de tout comportement humain. Ce qu'on retient de l'orientation de Lewin et qui répond à nos objectifs de travail, concerne ce sentiment d'appartenance à un groupe par la ressemblance dans l'atteinte de la déficience visuelle ainsi que par les différences dans la perception et le vécu de cette même atteinte et qui va générer grâce aux échanges au sein de ce groupe à ce que Lewin nomme "une solidarité" qui assurera l'atteinte des objectifs individuels communs soient –ils ou différents mais qui permettent la pérennité de son existence même si les membres ne sont pas ensemble dans le temps et dans l'espace.

Bref, favoriser la construction de sens par la reconsidération de soi et de son vécu émotionnel et affectif de la déficience visuelle par cette appartenance à un groupe se fera par la dynamique qui se créera et sera en faveur de la transmission, le partage, la comparaison, la prise de conscience et la perception de soi à travers la vie de groupe et ce qu'elle offre comme transformations et changements.

2- Le processus de changement au sein du groupe.

Si nous avons pensé à cerner les représentations sociales de la déficience visuelle chez les personnes atteintes de cette dernière, c'est justement pour connaître sa structure (la représentation) et comprendre son fonctionnement. Le groupe de parole servira de contexte pour en choisir les éléments structurant cette représentation sociale qui appartiennent au système périphérique; sensible au changement comme il a été démontré dans le chapitre précédent, et qui seront à notre avis les vecteurs au changement. Un changement dans la perception de l'objet de la représentation sociale dont résultera des transformations dans les attitudes et les comportements face à cet objet et par conséquent favoriser le bon déroulement du processus psychologique du deuil de la perte de la vision chez les sujets singuliers membres de ce groupe de parole.

L'interaction par les échanges verbaux au sein du groupe, ce que Lewin appelle "discussion interactive", réduit les résistances et les inhibitions aux changements. C'est le résultat d'une certaine implication des sujets dans ce qui est partagé dans le groupe comme opinions, perceptions, compréhensions et interprétations. C'est dans son ouvrage "Les ménagères de Lewin" en 1943 qu'il démontre le pouvoir de la discussion interactive en la comparant à l'écoute passive. Ce volet de son travail apporte à notre étude les outils clé afin de réaliser nos objectifs psychothérapeutiques. Le groupe selon Lewin est à appréhender en tant qu'entité dynamique. Cette dynamique n'est que le résultat de l'interaction entre les membres de ce groupe qui aidera à les amener vers ce

changement. A ce propos, Lewin avance trois étapes lors du processus dynamique du changement (Lewin, 2009) :

- **La dé cristallisation** : s'observe à cette phase la rupture avec les comportements habituels, naissance du besoin de changer et par la suite une prédisposition à changer.
- **Le déplacement** : s'opère à cette phase une identification à de nouveaux modèles et l'intériorisation de nouveaux comportements. Le cognitif est aux premières loges puisqu'il permet ici d'avoir une autre vision des choses.
- **La recristallisation** : un équilibre psychique est atteint et on tend à le protéger en le stabilisant, de ce fait, les nouvelles attitudes et comportements sont intégrés. La pérennité de ce nouveau champ de forces sera l'objectif du groupe.

C'est le cheminement que prendra le processus d'accompagnement psychothérapeutique auprès des sujets constituant le groupe de parole avec lequel nous avons travaillé. Le processus psychologique du deuil de la perte de la vision chez ces personnes obéit aux mêmes étapes décrites par Lewin et n'est nullement contradictoire avec les bases de la psychologie clinique lors des prises en charges psychothérapeutiques mais plutôt la complète et la rend plus efficace.

3. La déficience visuelle et la prise en charge psychothérapeutique :

Il a fallu dans ce travail de recherche, articuler entre une psychothérapie individuelle qu'est la thérapie interpersonnelle et le groupe de parole. Des profils psychologiques ont été établis pour chacun des cinq patients, une démarche qui a servi à constituer le groupe de parole par la suite. La déficience visuelle vécue dans le corps et la psyché étant ce que ces personnes partagent en intégrant le groupe de parole. Une atteinte qui va révéler plus de points en commun entre les membres et contribuera à la reconstruction de soi par le biais de l'interaction qui s'opère au sein de ce contexte groupal.

3-1. La thérapie interpersonnelle individuelle :

Issue d'une approche psychodynamique, la thérapie interpersonnelle est d'orientation psychanalytique qui s'est avérée très efficace dans le traitement de la dépression. Elle reste une psychothérapie brève, limitée dans le temps et s'attarde sur les relations actuelles du sujet ; l'"ici et maintenant". Elle se base sur des objectifs de travail bien identifiés ce qui lui confère la recommandation par l'APA. Les bases théoriques de la thérapie interpersonnelle sont élaborées initialement par G. Klerman et M. Weissman lors de leurs recherches extensives sur la nature et le traitement de la dépression. Elle repose essentiellement sur le

postulat que les troubles psychiatriques bien que multifactoriels, surviennent généralement dans un contexte social et interpersonnel particulier.

Elle s'appuie aussi sur les travaux de Meyer (1950) en Psychobiologie, de Sullivan (2002) en Psychiatrie et la Théorie de l'attachement de Bowlby (1978). Quatre domaines problématiques fortement corrélés à la dépression sont identifiés par Klerman ; les conflits interpersonnels, les deuils, les déficits interpersonnels et les changements de statut social. La thérapie interpersonnelle vise à réduire les symptômes dépressifs en essayant de trouver des moyens de résoudre ces difficultés relationnelles, elle vise aussi à augmenter l'estime de soi chez les sujets et à développer des stratégies efficaces dans les rapports interpersonnels de l'individu par la tentative de compréhension des réelles causes de l'apparition et de l'intensité des symptômes dépressifs reliés souvent si ce n'est tout le temps à ce qui se passe dans la vie personnelle du sujet dépressif. Tout ceci sans aucune intention de restructurer la personnalité de l'individu.

3-1-1. Les techniques de la thérapie interpersonnelle :

L'analyse de la communication et la régulation émotionnelle sont les deux principales techniques sur lesquelles la thérapie interpersonnelle s'appuie dans le traitement de la dépression. D'autres techniques viennent s'ajouter telles les techniques exploratoires ; qu'elles soient directives ou non et ceci par des questions ouvertes ou fermées, permettant la collecte de données. L'encouragement à l'expression de l'affect ; le reconnaître, l'accepter et l'utiliser positivement dans les relations interpersonnelles. La clarification par la restructuration du discours et la réflexion à la communication. L'utilisation de la relation thérapeutique comme modèle d'interaction utilisé dans les autres relations personnelles actuelles et problématiques de l'individu.

3-1-2. Déroulement de la thérapie :

Le cadre de travail dans la thérapie interpersonnelle se comporte de 12 à 16 séances, divisées et structurées en trois phases : phase initiale (4séances), une phase intermédiaire (8séances) et une phase finale (4séances). La durée des séances varie de 45 min à 1 h, à raison d'une séance par semaine.

Le contenu des séances concerne les aspects de vie actuels du patient. Les éléments de vie antérieurs sont abordés uniquement pour identifier des types d'interactions répétitifs.

- La phase initiale : ses objectifs dans un premier temps sont de reconnaître la dépression et de relier les symptômes dépressifs à un contexte interpersonnel. Dans un deuxième temps, il reste impératif d'identifier la problématique interpersonnelle contribuant à l'épisode dépressif avec comme stratégie la mise en place d'un plan de travail relatif au focus

choisi parmi les quatre problématiques interpersonnelles que nous avons citées plus haut.

- La phase intermédiaire : il ne faut pas oublier que le domaine problématique dans cette recherche est le processus psychologique du deuil. Néanmoins les autres thèmes apparaissent et sont associés à cette problématique. Dans une démarche donc complémentariste, les objectifs de cette phase sont la facilitation du travail de deuil en tentant de rétablir les intérêts et des relations du sujet en guise de substitution à ce qu'il a perdu comme statut social surtout mais en intégrant la perte de vision dans un projet de vie nouveau avec elle et par elle (la perte). Pour ce qui est des conflits interpersonnels résultants de ce vécu de perte, nous tenterons d'amener nos patients à modifier leurs attentes mutuelles avec les personnes en question de manière à les emmener vers une résolution satisfaisante du conflit.
- La phase finale : l'objectif à ce moment de la thérapie sera l'abandon de la relation qu'auront eu nos patients avec nous ; leur psychothérapeute, afin de donner sens à leurs propres compétences dans le traitement des futures situations conflictuelles. Il ne faut pas oublier que la fin de la thérapie est en elle-même un temps de transition. Un point que nous traiterons encore plus profondément lors des séances de groupe de parole prévues en seconde étape complémentaire à la psychothérapie individuelle.

3-2. Le groupe de parole :

*« À la menace visant le narcissisme individuel,
l'illusion groupale répond en instaurant un narcissisme groupal. »
(D. Anzieu, 1975, p. 83)*

Un espace d'expression, là où on peut déposer ses émotions et aborder les difficultés et les préoccupations qui sont les nôtres. Le groupe de parole est l'occasion de rencontrer des personnes qui vivent et sont dans la même situation que soi. Dans ce travail, par l'atteinte de la déficience visuelle, les sujets trouvent un semblant de réassurance ; ils ne sont pas seuls et vont pouvoir échanger des vécus et des expériences autour de cette atteinte, créer des liens qui les aideront à avancer dans leurs réflexions et par conséquent les mènera par un projet qui est celui de changer, à essayer de progresser.

3-2-1. le groupe de parole. Quels effets ?

C'est un espace psychique commun, protecteur et de ressources, là où chaque membre peut, et cela grâce au sentiment de réassurance qu'il procure après sa constitution, créer des liens et construire une relation symbolisée qui admet surtout les différences. L'angoisse vécue sur le plan individuel se verra substituée par un remaniement de la représentation de la souffrance de manière à mieux la prendre avec soi sans qu'elle puisse nuire à la personne. Le groupe de parole est l'occasion d'interagir et de partager des émotions et des expériences dont l'objectif serait de vivre une nouvelle expérience au sens de la contenance. Ce contexte groupal permet d'édifier des mécanismes de défenses collectifs garantissant une sécurité narcissique de base. Le groupe de parole "a la particularité d'offrir des défenses dynamiques.... Il peut être investi comme objet libidinal qui, en représentant de nouvelles représentations, devient lieu de restauration narcissique." (Privat, 2003). Par l'apprentissage de nouvelles valeurs, les membres arrivent à prendre conscience de la singularité de chacun d'eux et ainsi, gagner le respect de leur propre personne et de cette façon verront leur estime de soi virer à la hausse et la confiance en soi bien consolidée et renforcée. Le groupe de parole est garant de la continuité du discours de chacun et par les processus d'identification et de projection qui s'opèrent en son sein, le psychisme de chacun des membres sera construit sur de nouveaux plaisirs qui auront retiré tout investissement libidinal de la perte et de son vécu. Le plus important à mon humble avis, est que chaque membre du groupe va pouvoir reconnaître dans l'autre les attributs qu'il désire acquérir ou qu'il n'aime pas chez lui, le changement espéré pourrait débiter ici !! Le groupe de parole se révèle être aussi un espace d'écoute bienveillante et de sociabilité pour des personnes qui se sentent souvent seules et désespérées, une solitude qui peut être dépassée grâce à l'interaction et l'échange des émotions et leur vécu en commun au sein du groupe. Un processus qui aide au travail d'élaboration.

Bref, chaque membre "peut bénéficier du groupe comme d'un véritable espace psychique commun, qui permet de passer de l'angoisse à la représentation et par le biais de la verbalisation à la mentalisation." (Privat, 1987). Un autre mode de relation peut naître et être expérimenté dans un groupe de parole ; celui de l'altruisme. Un processus qui apporte beaucoup sur le plan narcissique et amène à la gratification inconsciente de soi. Se penser dans la ressemblance et la différence à la fois, favorise toute prise de conscience d'une situation frustrante et la possibilité de la reconsidérer dans un contexte personnel nouveau, un processus et une élaboration psychique qui aide à effectuer sainement et correctement un processus de deuil, ceci sert donc l'objectif de notre travail de

recherche et justifie le choix du groupe de parole comme contexte psychothérapeutique dans ce travail.

3-2-2. Fonctionnement et déroulement du groupe de parole :

Le dictionnaire français définit le groupe de parole comme étant "un groupe de personnes réunies pour témoigner sur un thème commun". Traversant alors des difficultés similaires, subissant une ou des pertes identiques et vivant une transformation dans leur quotidien, ce sont des personnes qui désirent en parler en groupe car elles croient en la complicité et la confiance générée par le fait de vivre une seule expérience ensemble qui les unie malgré leurs différences. Le groupe de parole est un groupe fermé qui se réunit selon un calendrier fixé au préalable et une durée préétablie. Un concept qui permet un cheminement dans le temps et offre une vraie qualité d'écoute et de présence surtout. Quant à la parole, elle demeure au centre de toute forme d'accompagnement, même si le silence fait toujours partie du discours. Une parole avec une fonction affective lors des récits de soi qui n'est autre qu'une forme d'une relation humaine fondamentale, facilitant ainsi la conscience de soi et la reconstruction de soi. En mettant des mots sur ses maux, on s'écoute parler et c'est ainsi qu'on arrive à se disséquer de la situation émotionnelle et affective frustrante et angoissante. On a soudain cette possibilité de l'interpréter et de la comprendre avec l'aide de tous ceux qui l'ont entendu en même temps que soi. Les membres du groupe de parole vont partager un vécu composé par tous les vécus individuels et surtout les réflexions individuelles et personnelles relatives à ces vécus. Par l'émission d'avis, de points de vue, d'opinions et d'interprétations collectives et d'échange d'expérience, l'appartenance à ce groupe de parole viendra palier à toute faille narcissique et à tout débordement d'angoisse.

Au sein des groupes de parole que j'ai animés durant l'exercice de mes fonctions en qualité de psychologue clinicienne de santé publique et cela durant plus de vingt ans, il n'a jamais été question de monopoliser la parole. Parfois, et cela selon les thèmes autour desquels se forment ces groupes, la parole est prise à tour de rôle par les participants en premier temps, puis c'est des indices discursifs ou des comportements verbaux qui désignent ou sélectionnent l'interlocuteur suivant. On peut observer aussi des locuteurs qui s'auto désignent. Des éléments très importants dans l'analyse que nous apportons au déroulement des groupes de parole que nous animons et qui nous aident à avancer dans la résolution des thématiques conflictuelles psychiques que nous traitons. Notre rôle lors de ces groupes de parole est d'orienter la discussion vers l'objet réel et initial du groupe de parole. Souvent, une séance peut être centrée sur un seul élément que nous estimons être essentiel pour que chaque membre puisse se positionner par rapport à ce dernier et pouvoir de ce fait avancer sans craintes de régression à des stades frustrants de sa vie psychique. Nous intervenons afin de favoriser la discussion et le partage des expériences, des

émotions et des ressentis. Une tentative à chaque fois d'enrichir les échanges dans le but d'une restauration d'un équilibre psychique individuel et d'un bien être groupal et collectif restructurant.

Il est certain qu'on reste l'expert de sa propre vie, mais le groupe de parole réuni autour de la déficience visuelle vécue, a comme objectif de rompre avec cette image que chacun pense renvoyer de lui, ou bien pire encore, devoir renvoyer de lui. Cette rupture est la clé du chemin vers l'accomplissement du processus de deuil de la perte de la vision et l'accomplissement de soi.

Chapitre IV

Méthodologie de recherche

Introduction.

1. Problématique de recherche.
2. Hypothèses de travail.
3. Approches utilisées.
 - 3.1. La démarche clinique en psychologie.
 - 3.2. La démarche psychosociale et l'étude des représentations sociales.
4. La recherche-action et Outils de travail.
 - 4.1. L'entretien de recherche.
 - 4.1.1. L'analyse des entretiens semi-directifs.
Analyse de contenu thématique.
 - 4.2. Le questionnaire d'associations libres.
 - 4.2.1. Analyse de contenu par le logiciel Iramuteq.
 - a) L'analyse prototypique.
 - b) L'analyse de similitudes.
5. Population de recherche.
 - a) pour le volet de l'étude des représentations sociales.
 - b) pour le volet des entretiens semi-directifs.
 - c) pour le volet des prises en charge psychothérapeutiques.
6. Temps et lieux de la recherche.
7. Difficultés rencontrées.

Introduction:

Rappelons que nous traitons la question de la déficience visuelle dans le cadre d'une problématique sur le processus psychologique de deuil de la perte de la vision ainsi que la prise en charge psychothérapeutique des personnes qui en souffrent.

Inspiré par les travaux de celle qui est considérée comme étant la pionnière de la théorie des représentations sociales en Algérie avant même que la théorie du noyau central d'Abrie ne voit le jour, et celle qui nous a fait l'honneur de diriger cette thèse, le professeure CHERIF Hallouma, que ce travail a pris forme et sens.

Professeure, aujourd'hui en psychologie sociale à l'université Mohamed Ben Ahmed. Oran 2, Algérie. Sa thèse de doctorat du troisième cycle intitulée : *La représentation du travail chez l'ouvrier algérien. Son attitude et son comportement vis-à-vis de ce travail*. Soutenue en France en 1982, ainsi que sa thèse de doctorat d'état en psychologie sociale intitulée : *La représentation du travail et l'image de soi chez l'ouvrière de l'électronique*. Soutenue en 1999, sont ses premiers travaux sur les représentations sociales à côté de plusieurs articles publiés et de thèses dirigées par ses soins ainsi que plusieurs projets de recherches au niveau national et international qu'elle dirige.

Traiter alors l'objet de notre présente recherche dans ce contexte théorique ne pouvait que mieux nous éclairer sur nos objectifs et enrichir de ce fait nos résultats de travail.

Voilà comment l'étude des représentations sociales de la déficience visuelle a constitué le point de départ dans ce travail de recherche. Non seulement, elles nous révèlent le sens mais aussi l'image que chaque personne se construit de son atteinte de cette déficience visuelle. Nous avons pu approcher leurs vécus subjectifs de la perte de leurs visions à travers ces dernières.

Nous tentons d'explorer ces représentations sociales dans un but de compréhension des trajectoires individuelles et subjectives du vécu de la perte de la vision. Le but est de démontrer comment ces représentations sociales qui s'élaborent et se construisent au sein de groupes sociaux peuvent contribuer au bon déroulement du processus de deuil de la vision dans un cadre psychothérapeutique de groupe. Ce dernier reste complémentaire à une prise en charge psychologique individuelle des sujets qui demandent une aide psychologique.

Nous avons exploré dans ce sens aussi, un aspect que nous pensons être intéressant quant à l'élaboration psychique de la déficience visuelle. Le temps ou la durée de l'atteinte. Il impacterait à notre humble avis toute la construction représentationnelle de cette atteinte. D'où notre problématique de recherche.

1- Problématique de recherche.

Elle s'articule autour des trois questions qui suivent :

- Quels sont les éléments qui structurent la représentation sociales de la déficience visuelle chez les personnes qui ont sont atteintes ?
- Existe-t-il des représentations sociales différentes de cette déficience visuelle en fonction du temps passé à porter et souffrir de cette dernière ?
- Et quelle est la fonction de ces représentations sociales de la déficience visuelle et leur contribution au bon déroulement du travail de deuil de la perte de la vision ?

2- Hypothèses de travail.

Afin d'y répondre nous émettons les hypothèses suivantes :

- L'affectif, l'émotionnel, le cognitif, passant par le religieux, le culturel, le social et le médical sont les registres dans lesquels s'inscrivent les représentations sociales de la déficience visuelle chez les personnes qui en souffrent.
- Le temps passé à porter la déficience visuelle et à en souffrir affecte la perception de cette dernière et donne lieu, par conséquent à des représentations sociales différentes. Témoin de ce que cette perte inflige à la personne atteinte de déficience visuelle, le temps est un facteur élémentaire dans la perception et la construction représentationnelle de cette atteinte.
- Puisqu'elles s'élaborent au sein de groupes sociaux, les représentations sociales ne peuvent connaître de changement qu'au sein d'un groupe. Le groupe de parole, dans ce cas, est l'outil psychothérapeutique par excellence dans l'accompagnement des personnes suivies dans l'accomplissement et le bon déroulement du processus psychologique du deuil de la perte de la vision.

3. Approches utilisées et outils de travail :

Nous avons combiné entre deux approches dans cette étude afin de mener à bien nos objectifs thérapeutiques. La première s'élabore autour de la psychologie clinique servant à comprendre le fonctionnement psychique des personnalités avec qui nous avons travaillé. Des profils psychologiques et des suivis psychothérapeutiques ont été établis à ces fins. La deuxième approche est psychosociale s'appuyant sur l'étude des représentations sociales et la notion de groupe comme contexte d'interactions.

3.1. La démarche clinique en psychologie :

L'accompagnement de nos patients lors de l'accomplissement du travail de deuil de la perte de la vision, fut élaboré au sein de prises en charges psychologiques individuelles. Ces dernières ont obéit aux règles de la démarche clinique en psychologie. La construction et l'étude de cas individuelle sont réalisées à partir d'entretiens cliniques, à travers lesquels nous avons tenté d'identifier la thématique conflictuelle chez chacun de nos patients ainsi que la notion de crise

et d'interaction qui constituent un moment de rupture dans leur équilibre psychique avec tout le vécu de la déficience visuelle. Un vécu qui affecte, nous l'avons vu, leurs relations interpersonnelles impliquant l'image de soi et l'estime de soi. Cette démarche clinique a constitué la première étape de ce travail de recherche. Les premiers résultats de la prise en charge individuelle, nous ont mené après interprétations et analyses, à considérer un point semblant important dans la prise en charge, et la démarche clinique a pris une autre orientation ; celle du psychosocial dans l'étude qu'on menait et dont les objectifs concernaient le repérage lors des suivis thérapeutiques individuels, d'éventuelles demandes implicites ou explicites de contact avec un groupe de parole. Nous avons porté un intérêt particulier aux besoins exprimés lors de cette prise en charge psychothérapeutique pouvant trouver leur résolution dans une dynamique de groupe. Le tout étant de les aider dans l'accomplissement du travail de deuil de leur perte de la vision toujours et dépasser l'état de dépression qui touchait tout le fonctionnement psychique. La gestion de tous les changements vécus avec cette perte s'élaborerait dans des conditions favorables au dénouement de tout conflit psychique relatif à la perte.

3.2. La démarche psychosociale et l'étude des représentations sociales :

Comme il a déjà été avancé dans le deuxième chapitre de ce travail, l'approche structurale conçue par Abric, constitue l'assise théorique de cette recherche. L'étude de la représentation sociale de la déficience visuelle auprès de personnes qui en souffrent, dans ce contexte, nous permet de déceler le système sociocognitif qui la forme et de connaître surtout l'organisation des éléments qui la structurent. La recherche du noyau central de cette représentation sociale chez ces personnes déterminera le sens spécifique donné au vécu de la déficience visuelle. L'identification des éléments périphériques de cette représentation sociale nous aidera, lors de la thérapie de groupe, à mieux gérer et comprendre le processus de changement s'opérant dans ce contexte groupal et ainsi permettre aux patients en thérapie de mieux accomplir le travail de deuil de la perte de la vision.

Ce qui nous intéresse dans ce travail, sont les liens qui existent entre les différents éléments constituant la représentation sociale de la déficience visuelle. Son vécu tel il a été démontré dans le premier chapitre, est très pénible et impose aux personnes un remaniement de tout ce qui a été édifié avant l'atteinte. Abric (1986) expliquait que "Plus une situation est univoque et non ambiguë, plus elle détermine une représentation simple, différenciée, organisée par des règles de centralité qui sont facilement repérables. (...). Par contre, plus une situation est ambiguë pour les sujets, plus la représentation de cette situation sera «compacte» : c'est-à-dire que les éléments constitutifs de cette représentation seront moins différenciés et que les liens qui les unissent seront plus complexes". Or, la réalité de la déficience visuelle est plus que complexe. Le sens que chacun lui donne est étroitement lié à la relation que chacun entreprend

avec sa propre déficience visuelle et au mode spécifique de ses connaissances autour de cette dernière. Travailler alors sur l'objet de cette représentation sociale, c'est " observer comment... (il) est pensé et vécu par (ces) individus ; étudier comment s'élabore, se structure logiquement, et psychologiquement, l'image..." (Herzlich, 1969) de cet objet social. La représentation sociale fournie des notions prêtes à l'emploi, et un système de relations entre ces notions qui permet l'interprétation des idées, l'explication des attitudes et des comportements et ainsi la prédiction de changement propice au bon déroulement du processus psychologique de deuil.

4. Recherche-action et Outils de travail :

Pour ces fins de recherche, des outils spécifiques ont été utilisés. Nous les énumérons dans ce qui suit en les définissant et en exposant les règles de leurs utilisations auxquelles ils obéissent. Notons que c'est dans le cadre d'une recherche-action que la quête de données relatives aux représentations sociales de la déficience visuelle, s'est effectuée. Un procédé dont l'idée principale est la production de savoirs qui se développe dans et par l'action réalisée par des groupes sociaux. L'interaction qui s'y opère entre le chercheur et les sujets de sa recherche a une finalité de changement. C'est Kurt Lewin qui élabore ce modèle en se basant sur l'idée qu'il existe une relation entre "le processus de la pensée scientifique de la recherche, de la recherche de type expérimental et celui de l'action sociale planifiée vue sous l'angle d'un processus de résolution de problème." (Lewin, 1954).

D'ailleurs, il la définit comme "une recherche comparant les conditions et les effets de différentes formes d'action sociale, et conduisant à l'action sociale". (Lewin 1946, 1997). Selon lui, le but de la recherche action est de " produire des connaissances sur le fonctionnement du système social et l'action en son sein, mais aussi sur l'intervention elle-même". Ceci sert nos objectifs dans cette étude. Par le changement qu'on essaie de produire dans l'élaboration de la représentation sociale de la déficience visuelle, nos patients pourront développer de nouvelles connaissances en rapport avec leurs vécus mais qui leur a été d'une manière ou d'une autre inconnues. Le groupe par appartenance nous servira de contexte de ce construit sociocognitif permettant l'intervention au niveau des individualités subjectives constituant notre population d'intervention psychothérapeutique. L'objectivation de la perte de la vision se fera en suivant le fonctionnement du système groupal nouveau. Le travail psychologique de deuil sera de ce fait accompli correctement.

4.1. L'entretien de recherche :

Il résulte d'une démarche de recherche-action. Il est né en 1929 pour la première fois en sociologie. Blanchet (2010) le définit comme étant " Un moment de parole durant lequel un interviewer extrait une information d'un interviewé (dans son acte de parole) sur des actions passées, des savoirs sociaux, sur ses

valeurs, normes, représentations... ". Il constitue un outil d'évaluation qui privilégie le phénomène d'interaction. Cette interaction produite par l'entretien de recherche nous renseigne sur les liens qu'entreprennent les sujets de notre population de recherche avec les faits et l'objet de notre étude. Le déclaratif est aux premiers rangs, ce qui nous permet de toucher nos interviewés dans leur historicité. Le psychologique et le social sont appréhendés par ce que la parole véhicule comme représentations de l'expérience personnelle de chacun. Ce qui nous intéresse et revêt une grande importance pour nous dans ce travail, ce sont les subjectivités en premiers lieux ; et pour l'entretien de recherche, elles constituent une propriété. Même la dimension émotionnelle et les réactions affectives ont pu être recueillies grâce à cet entretien de recherche, ce qui témoigne de l'efficacité de ce dernier comme outil de recueil de données dans ce domaine. Les informations que nous cherchons à collecter auprès de notre population de recherche, sont pour la majorité, des informations expérimentées. C'est cette expérience vécue avec l'objet de notre recherche qui attire notre attention. Comment cette restitution de ces informations durant l'entretien, sont vécues par le sujet ? Comment il les réinterprète par rapport à sa propre expérience ? La singularité des vécus est touchée grâce à la parole qui véhicule le discours pendant l'entretien.

Blanchet(1991) fait de l'entretien une technique à part entière, que cela soit sur la méthode ou sur l'analyse des résultats et sur les fondements théoriques. Pour lui l'entretien est "un dispositif d'enquête susceptible de lever certaines résistances de l'interlocuteur. Un mode d'accès efficace aux représentations et aux opinions individuelles."(Blanchet, 1991).

Il existe plusieurs types d'entretiens ; l'entretien directif ; structuré et uniformisé, l'entretien non-directif ou libre ; non standardisé et non structuré et enfin l'entretien semi-directif avec des thèmes préétablis où l'ordre et les formes de présentations sont libres.

L'entretien semi-directif qui servira comme outil de travail avec la population de notre recherche. L'objectif étant d'approfondir nos connaissances quant au vécu de la déficience visuelle auprès de ceux qui en sont atteints. Un guide d'entretien composé de questions relativement ouvertes et qui concernent plusieurs thèmes relatifs à la déficience visuelle (exemplaire en annexes). Il est dans cette recherche à usage complémentaire avec le questionnaire basé sur l'évocation hiérarchisée des représentations sociales de la déficience visuelle. Le but étant d'enrichir et de compléter les données collectées à des fins psychothérapeutiques puisqu'il nous renseigne sur le sens donné par nos interviewés à leurs vies de

personnes atteintes de déficience visuelle, aux contraintes et difficultés auxquelles elles sont confrontées, leurs nouveaux repères établis ou pas et surtout sur leurs interprétations conflictuelles de leurs expériences de la perte de la vision. Bref ; le fonctionnement psychique et sociocognitif de l'atteinte de la déficience visuelle. Nous précisons que nos entretiens ont obéi aux règles sociales de la relation lors d'un entretien de recherche. Confidentialité, anonymat et engagement moral ont été établis au début de chaque entretien. Nous avons insisté sur les règles déontologiques liées à notre pratique en qualité de chercheuse et de psychologue clinicienne. La durée de nos entretiens changeaient en fonction de nos interviewés et leur capacité à continuer avec nous. Dans ces cas, nous les revoyions une deuxième fois avec leur consentement. Il faut noter qu'ils ne dépassaient pas les une heure et demi maximum.

4.1.1. L'analyse des entretiens semi-directifs :

Analyse de contenu. Analyse thématique.

Dans ce travail, c'est l'analyse dite de contenu qui a été privilégiée. Elle consiste à établir un code d'analyse d'un corpus texte élaboré suite à la transcription d'un entretien de recherche. Le texte est décomposé en des unités de significations constituant des catégories sémantiques en fonction de ce code. Les deux opérations obéissent au cadre référentiel de la recherche que nous menons. Sachant que le guide d'entretien que nous avons utilisé est composé de thèmes en relation avec la déficience visuelle et son vécu sur les plan psychique, social et cognitif, l'opération de codage des corpus textes obtenus auprès des personnes interrogées nous a beaucoup aidé. Voilà ce qui justifie le choix de l'analyse thématique comme méthode d'analyse de contenu dans ce travail. L'objectif est de regrouper des signifiants par thèmes déjà établis au préalable et d'interpréter le sens qu'ils portent tels énoncés par les sujets interrogés.

Bardin (1977) rappelait que l'objectivité est de rigueur dans ce type d'analyse, n'empêche que la subjectivité est souvent féconde dans ces cas là et apporte beaucoup, lors de l'interprétation.

L'analyse de contenu thématique est une forme de catégorisation opérée sur un corpus texte d'un discours et dont l'unité de base est le thème. Cette catégorisation permet la réorganisation du discours de manière à résumer les dires des individus interrogés. Des étapes à suivre lors de ce procédé que sont en premier lieu la transcription des entretiens en intégralité, puis l'identification des thèmes en résumant des unités de discours par des mots ou même une expression ; cela nous a facilité le travail d'interprétation, et arriver à élaborer d'une grille d'analyse qui sera appliquée à tous les entretiens transcrits.

Une synthèse individuelle est faite pour chaque corpus où il est question de comprendre la structure de la pensée du sujet interrogé et le degré de son implication lors de l'entretien. En dernier lieu, nous effectuons une analyse

transversale ; une lecture de tous nos entretiens mettant en avant les interprétations subjectives collectées argumentées par les points de similarité et de différence. La quantification dans ce travail ne constitue pas un aspect auquel nous nous intéressons, n'empêche que nous tenterons de la souligner si elle est importante.

4.2. Le questionnaire d'associations libres :

Le recueil du contenu de la représentation sociale de la déficience visuelle s'est fait par des associations libres. Un questionnaire a été adressé aux personnes constituant notre population de recherche, où nous leur avons demandé d'associer cinq mots ou expressions à l'objet de la représentation sociale avec comme mot inducteur ; la déficience visuelle. Dans un deuxième temps, nous leur avons demandé de bien vouloir citer trois mots ou expressions associés toujours à la déficience visuelle que d'autres personnes auraient cités et qu'eux n'y avaient pas pensés. L'objectif de cette deuxième question est de détecter la zone muette de la représentation sociale de l'objet de notre recherche. Des mots qu'on peut trouver dans la zone centrale de la représentation sociale mais que la personne, par le contexte dans lequel le mot a été émis, ne se l'approprie pas. L'étape suivante est de choisir parmi les huit propositions, cinq mots ou expressions et de les classer par ordre d'importance ; du plus important pour eux au moins important. Une méthode conçue par Abric (2003) et connue sous le nom de l'évocation hiérarchisée. Elle permet non seulement le recueil du contenu de la représentation sociale mais également l'identification de la structure de cette dernière.

Ce volet du questionnaire a été suivi d'un recueil de diverses variables classiques ; tels le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la profession et plus précisément la durée de l'atteinte de la déficience visuelle, en d'autres termes, depuis combien de temps la personne vit-elle la déficience visuelle. Cette variable est reliée au contenu de la représentation sociale de l'objet de notre étude et elle est à la base de l'énoncé d'une de nos hypothèses de départ. La centralité des éléments ou leur emplacement périphérique est étudié dans ce sens. Les autres variables ont servi à élaborer d'autres études en parallèle dont les résultats ont fait l'objet d'articles publiés.

4.2.1. L'analyse du contenu de la représentation sociale :

Nous avons utilisé un outil informatique servant à étudier et analyser des textes et des tableaux de données. C'est le logiciel d'analyse Iramuteq. Il s'appuie sur le logiciel de statistique R et sur le langage python. "Iramuteq propose un ensemble de traitements et d'outils pour l'aide à la description et à l'analyse de corpus textuels et de matrices de type individus/caractères. Iramuteq est une

Interface de R pour les Analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. Son fonctionnement consiste à préparer les données et écrire des scripts qui sont ensuite analysés dans le logiciel statistique R. " (Ratinaud, 2013).

Une démarche de recherche méthodologique qui s'appuie sur la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1961) avec le moyen de construire des analyses de similitude, des analyses prototypiques et catégorielles (Abric, 1994 ; Vergès, 1992). Pour cela, il a fallu dans un premier temps, saisir nos données recueillies par l'administration du questionnaire d'associations libres sur une feuille de calcul Excel. Il est à préciser que la saisie se fait en respectant certaines règles de saisie pour que le programme Iramuteq puisse les lire. Les accents et les apostrophes dans les mots ne doivent pas exister. Les traits d'union au milieu des mots doivent disparaître. Quand c'est des expressions, il faut les saisir de manière à ce que les espaces entre les mots soient remplacés par le tiret du huit sur le clavier. Comme on peut coller deux mots dans une seule expression. Si nous insistons sur ce point, c'est pour qu'il n'y ait pas d'incompréhensions relatives à la forme des phrases et aux fautes d'orthographe pour le lecteur. La lecture des résultats des analyses prototypiques et la lecture des arbres de similitudes sont ainsi claires. Cette opération de saisie est précédée surtout d'une tentative de regroupement par catégories de sens de mots ou d'expressions énoncés, sous un seul mot ou une seule expression. Ceci réduit le nombre des propositions, donne plus de sens au contenu du tableau et ainsi nos analyses prototypiques et de similitudes sont plus claires et dégagent une structure représentationnelle claire et explicite. Sa lecture est pleine d'éléments qui renvoient au processus sociocognitif dans lequel elle s'est construite et élaborée.

Le document Microsoft Office Excel obtenu est ensuite converti en un document Office Open. C'est sur ce document converti en matrice que les analyses prototypiques et l'analyse des similitudes sont réalisées par le logiciel d'analyse Iramuteq.

a) l'analyse prototypique :

Il s'agit, dans ce travail de recherche, de procéder à une analyse quantitative qui met en évidence la structure de la représentation sociale. C'est ce que l'analyse prototypique propose sous forme d'un tableau de quatre zones contenant des mots classés selon l'importance et la fréquence et ayant chacune une signification relative à la représentation sociale. Les mots apparaissent dans le tableau avec leur importance et leur fréquence.

Rang moyen.		
Fréquence moyenne.	zone centrale. Fréquence élevée et rang faible (case 1)	Zone potentielle de changement. Fréquence élevée et rang élevé. (Case 2)
	Zone potentielle de changement Fréquence faible et rang faible (Case 3)	Périphérie extrême Fréquence faible et rang élevé (Case 4)

Tableau 1 : Les zones résultant de l'analyse prototypique.

La première case correspond aux éléments faisant partie du noyau central. Elle contient les mots fréquemment cités et dont l'importance les placent dans le premier rang. "Ils donnent une signification, une cohérence à la représentation sociale. Il s'agit des termes les plus saillants et les plus significatifs." (Vergès, 1992). La deuxième case est appelée première périphérie et contient les mots fréquemment cités mais d'une importance faible. La case numéro trois est la zone des éléments contrastés, elle contient les mots peu fréquents mais bien placés. Quant à la quatrième case, c'est la deuxième périphérie, elle contient les mots peu fréquents et d'une importance faible.

L'objectif de cette analyse est d'identifier les éléments qui ont une forte probabilité de constituer le système central de la représentation sociale. Il est aussi intéressant pour nous, surtout que nous tentons d'utiliser ces résultats pour amorcer le processus de changement lors de la thérapie de groupe, d'identifier et de repérer les éléments qui vont changer de ceux qui vont perdurer et ceux qui vont muter d'une case à une autre.

b) L'analyse de similitudes :

En second lieu, nous nous intéressons à la connexité de ces mots et expressions cités. C'est ce que l'analyse des similitudes nous permet de réaliser en retenant "les critères de proximité et de distance pour étudier les liens des éléments entre eux et avec l'objet social qui les suscite. L'analyse se donne donc l'objectif de cerner les relations les plus fortes qui traduiront la structure la plus significative du champ représentationnel." (Valence, 2010).

Cette analyse a été formalisée par Flament en 1926. Son but est celui d'identifier les liens qu'entretiennent les éléments de la représentation sociale entre eux. "Elle ne vise pas la causalité. Elle ne prend en compte qu'une notion « pauvre » : celle de ressemblance et d'aller ensemble." (Bouriche, 2005). A la base de cette méthode, deux théories ; celle des graphes et celle des représentations sociales. Le résultat de cette opération permet une représentation topographique et relationnelle sous forme d'arbre de similitudes. Les relations fortes entre les éléments sont mises en relief sur les critères de proximité et de distance. "On admet que deux items seront d'autant plus proches dans la représentation, qu'un nombre d'autant plus élevé de sujets les traite de la même façon (soit les acceptent tous les deux, soit les rejettent tous les deux)." (Flament, 1987)

Dans l'étude que nous menons, il est question de comparer des matrices de similitudes de deux sous populations en fonction de la variable durée de la déficience visuelle. L'opération se fera par étapes, telles énumérées par Flament et citées par Bouriche (2005) ; la création et l'analyse de la matrice de similitudes, la visualisation de l'arbre de similitudes et enfin la comparaison de matrices de similitudes des différentes sous populations et les arbres de similitudes qui en résultent.

5. Population de recherche :

a) pour le volet de l'étude des représentations sociales :

L'échantillon choisi est composé de cent personnes. 42 femmes et 58 hommes. Agés entre 39 et 72 ans. Appartenant à divers niveaux socioculturels et avec des situations familiales différentes. Le critère retenu pour l'élaboration de cette recherche est celui de l'atteinte de la déficience visuelle. Ce sont des personnes qui côtoyaient les services de soins hospitaliers au niveau des deux structures de l'établissement hospitalier spécialisé en ophtalmologie d'Oran. Nous y exerçons nos fonctions en qualité de psychologue clinicienne et cela depuis plus de vingt ans. Nous avons rencontré quelques personnes de notre échantillon de travail au niveau des structures de soins ophtalmologiques sis à la ville d'Ain Témouchent et Béni-saf. Des lieux qui ont permis l'administration du questionnaire de recherche à ces personnes atteintes de déficience visuelle.

b) pour le volet des entretiens semi-directifs :

Parmi ces cent personnes, nous avons effectué des entretiens semi-directifs avec vingt d'entre elles (celles qui ont bien voulu revenir pour s'entretenir avec nous). L'objectif était, que ces personnes allaient constituer les membres de deux groupes de paroles par la suite. Sauf que les circonstances ont été autres à cause de contraintes que nous évoquerons plus tard. Vingt entretiens semi-directifs ont été donc réalisés et c'est l'analyse de ces derniers qui est exposée dans ce travail.

c) pour le volet de prise en charge psychothérapeutique :

De ces vingt personnes avec qui on s'était entretenues, treize personnes ont formulé une demande d'aide psychologique. Elles ont bénéficié toutes de suivis psychothérapeutiques individuels reposant sur la thérapie interpersonnelle individuelle. Quand il a été question d'intégrer un groupe de parole comme démarche complémentaire à leur thérapie, onze de ces personnes avaient consenti à cette idée. De ce fait, deux groupes de parole ont été constitués. Le premier comportant six personnes ; trois femmes et trois hommes. Le deuxième constitué de cinq seulement ; trois femmes et deux hommes.

La constitution des groupes s'est faite de manière à ce qu'il y ait les deux sexes, plusieurs tranches d'âge et surtout des problématiques conflictuelles différentes. L'objectif était de reproduire les caractéristiques humaines de l'environnement sociétal. Un groupe où l'âge et le sexe ne seraient pas des éléments de comparaison avec d'autres, mais plutôt, des éléments qui favorisent l'échange et l'interaction avec les membres du même groupe où l'appartenance à celui-ci est par et seulement, par l'atteinte de la déficience visuelle.

Il faut préciser que les résultats du travail de prise en charge groupale qui sont exposés et interprétés dans cette recherche, ne concernent que le deuxième groupe de parole composé de cinq personnes. Nous évoquerons les raisons quand on parlera des contraintes et des difficultés rencontrées dans la réalisation de notre étude.

6. Temps et lieux de la recherche :

Divisé en trois temps, en fonction de la chronologie des étapes de la recherche.

- Le premier temps s'étend du mois d'Avril 2017 jusqu'au mois de Décembre 2018. Ces vingt mois ont été consacrés à la constitution de la population de recherche, à la passation des questionnaires d'associations libres et enfin, à la réalisation des entretiens semi-directifs. La population de recherche appartenait à trois services d'ophtalmologie ; l'hôpital

Benzerdjeb d'Ain Témouchent, l'hôpital de Béni-saf et l'établissement hospitalier spécialisé en ophtalmologie d'Oran. Les entretiens semi-directifs ont été effectués dans notre bureau au niveau de l'EHS ophtalmologie Oran.

- Le deuxième temps dure six mois, de Février 2019 jusqu'en Juillet 2019. Il a été consacré aux prises en charge psychothérapeutiques individuelles. Rappelons que treize personnes ont bénéficié d'une thérapie brève qu'est la thérapie interpersonnelle individuelle pour traiter de la problématique dépressive du processus psychologique du deuil de la perte de la vision. Le lieu ; notre bureau.
- Le dernier temps concerne les vingt séances entreprises au sein du groupe de parole constitué des cinq patients. Il dure cinq mois, à partir du mois d'Aout 2019 jusqu'au mois de Janvier 2020. C'est au niveau de notre bureau que ces séances ont eu lieu.

8. Difficultés rencontrées :

Trois types de contraintes dans ce travail. Le premier est en relation avec la nature de la recherche, ses outils et notre statut de chercheure. Le deuxième concerne les caractéristiques de notre population de recherche. Le dernier fait état des conditions de disponibilité et d'assiduité des personnes constituant le premier groupe de parole. Nous les exposons dans ce qui suit :

a) Nous estimons humblement que durant l'exercice de nos fonctions en qualité de psychologue clinicienne et psychothérapeute au sein d'un établissement hospitalier spécialisé en ophtalmologie, nous nous sommes toujours inscrits dans des investigations à visée thérapeutique dans une tentative de notre part de venir en aide à nos patients et à leurs familles. Une attitude qui nous a appris durant ces années, à mieux analyser notre positionnement dans le faisceau interrelationnel et surtout à mieux cerner le contexte de nos interventions auprès de nos patients et de nos collègues de travail. Confrontés, lors de la réalisation de ce travail, au souci de l'utilisation de l'outil maître de la recherche qu'est l'entretien de recherche, nous avons eu du mal à le disséquer de celui (entretien) qui s'est toujours imprégné d'un objectif interprétatif d'inspiration psychanalytique et clinique. Travaillant sur les représentations sociales de la déficience visuelle, nous sommes donc appelés à nous entretenir avec une population de recherche qui est constituée de nos patients que nous avons pris l'habitude de voir dans l'établissement lors de leurs hospitalisations ou examens ophtalmologiques et surtout qui sont suivis par nos soins depuis un certain temps. Ce sont donc des personnes qui non seulement nous connaissent mais en

plus nous connaissent en tant que leur psychothérapeute. S'adresser à eux avec un autre statut qu'est celui de chercheur ou d'enquêteur était un peu, peu ordinaire pour eux et pour nous, la relation avait pris une autre orientation.

Même en présentant la situation dans le respect de la procédure de l'enquête et en tenant compte de la nécessité de l'accord du sujet pour participer à l'enquête et de répondre à nos questions et interrogations, nous nous sommes heurtés à plusieurs contraintes

La plus importante était la demande. Nous avons toujours fonctionné en réponse à une demande d'aide, une demande émanant de sujets souffrants sur le plan psychologique et avec qui on entretenait des entretiens qui se sont toujours inscrits dans une approche de compréhension et d'identification de la thématique conflictuelle chez chacun d'eux. Cet " entretien qui est considéré en psychologie comme un outil de diagnostic et de thérapie " (Blanchet, 1989) ne pouvait plus répondre à nos attentes nouvelles. Cette fois nous étions nous dans la demande. C'était nous qui sommes allés vers l'autre pour lui demander de nous informer sur ce qui nous intéresse chez lui, des informations que seul lui détenait. On avait cette impression de " curieux : un pillage individuel servant un projet..., il se présente (l'entretien) comme un effort de mise en relation qui sera éventuellement trempée, qui sera de toute façon déformée au nom des réalités évoquées et recherchées." (Marmoz, 2004). Ce n'était plus nous, nous irions jusqu'à dire que nous vivions une angoisse relative à la rencontre de celui qui allait être notre sujet d'enquête. En plus de cela, cet outil, cet entretien de recherche a été préalablement préparé, confectionné, de manière à nous amener vers la réalité des choses et des phénomènes psychologiques, cognitifs et sociaux que nous recherchions, et c'est effectivement quand "les outils sont élaborés en vue de leur fin, que la conscience les pose comme des interruptions dans la continuité indistincte. L'outil élaboré est la forme naissante du non-moi." (Marmoz, 2004)

Quant à la souffrance, avouons que lors des premiers échanges verbaux, nous ne faisons que ressusciter leurs souffrances, alors qu'à la base nous étions tout le temps auprès d'eux pour les accompagner dans l'atténuation et le soulagement de cette même souffrance. On insiste, ce n'était guère nous. Ou plus précisément, on ne se rendait pas compte que nous n'étions plus dans le même registre d'interventions. Nous ne pouvions disséquer le thérapeute du chercheur, ou plutôt, le chercheur avait du mal à s'imposer devant « la prétention » et l'accumulation cognitive du thérapeute qui était sur son terrain de jeu. Sacré terrain !! Et c'est là qu'intervient la prise de conscience que c'était

ce terrain d'investigations qui posait problème. On n'arrivait pas à prendre de la distance quant à ce que nous avons toujours fait. Une profession, un statut, un profil, une personnalité qui ne pouvait répondre aux nouvelles exigences de notre nouvel objet de travail. Notre population de recherche ; nos patients à l'origine, nous donnaient parfois cette conviction qu'ils tentaient de maintenir de " bons rapports" (Ghiglione. R, Matalon. B (1998) avec nous et à nous donner une " image favorable" (ibid.) d'eux dans le but de " leur apporter des bénéfiques" (ibid.), puisqu'ils pouvaient cette fois s'adresser à nous sous un autre angle et avec d'autres préoccupations. Pourquoi ? Parce qu'ils réalisaient qu'on avait besoin d'eux, et toute la crédibilité et la fiabilité de ce que nous collections était remis en question. Bref rien ne collait et rien n'était cohérent pour nous. Des contraintes qui étaient sources de maintes contradictions, des contradictions qu'on jugeait d'ordre éthique même avec ce que nous entretenions !

Afin de remédier à cette situation, et pallier à cette faille dans notre démarche de recherche, notre directrice de thèse, nous a orientés vers des lectures qui nous ont permis d'élargir nos connaissances et de tenter de nous mettre dans la peau d'un réel chercheur maîtrisant ses outils d'investigations. Nous ne les avons pas peut être perfectionnés mais nous sommes arrivés à nous inscrire dans une démarche correcte et fiable. Nous avons, de ce fait, jugé utile de changer de terrain de recherche et de nous rendre dans des lieux qui nous sont totalement étrangers. Et voilà comment nous nous sommes retrouvés entraînés d'enquêter dans des établissements, là où nous même n'avons pas de repères ni dans l'espace ni par rapport aux personnes. On devait construire notre champ de recherche par nos propres moyens et dans tous les registres. Notre savoir était face à un nouveau savoir être et savoir faire qui devaient faire preuve de la réussite de nos entretiens auprès des personnes interrogées et qui n'avaient pas d'éléments sur nous ni nous sur eux. Tous deux on commençait dès le commencement, nous étions sur la même ligne de départ dans la recherche.

Au bout d'un certain moment de la recherche, ce même travail a dû concilier les deux versants de notre identité sans les séparer mais bien au contraire en les plongeant dans une cohésion constructive.

b) La deuxième difficulté est que les sujets à qui nous avons administré le questionnaire, étaient pour la totalité, des personnes qui ne pouvaient ni lire ni répondre aux questions par écrit. Il a été nécessaire de leur poser les questions verbalement, parfois les répéter deux, trois fois pour qu'ils puissent enfin en saisir le sens. Leurs réponses étaient transcrites par nos soins, telles qu'elles ont

été énoncées. Nous ne traduisions pas leurs propos, à cette phase de l'étude. Lors du dépouillement, la traduction en langue française est restée fidèle au sens donné par les personnes interrogées et suivait parfaitement l'orientation du discours.

c) En dernier, nous avons eu du mal à continuer à travailler avec le premier groupe de parole. Nous n'avons jamais pu les réunir en plus de deux fois. Pendant ces deux rencontres, seule trois étaient présents la première fois, et seulement une personne la deuxième fois. Même en leur communiquant nos coordonnées afin qu'ils puissent nous avertir en cas d'éventuelles absences, et de report de nos rencontres, nous n'avons jamais pu les réunir après plusieurs tentatives. La difficulté de se déplacer seuls était souvent la première raison de ces absences. Il leur fallait toujours un accompagnateur, des personnes qui n'étaient pas aussi souvent disponibles. La distance et l'absence de moyen de transport ainsi que le coût de ces déplacements sont parfois évoqués comme difficultés qui les empêchent de se présenter pour les rencontres de groupes.

Nous ne pouvons avancer aucune hypothèse en réponse à cette situation. Les personnes avaient donné leurs consentements mais ne se sont jamais réellement rencontrées pour dire que le groupe et ses membres les ont mis à un certain moment mal à l'aise. Quatre d'entre eux (ils étaient six à la base) ont dû, à plusieurs reprises changer les dates de leurs séances psychothérapeutiques individuelles pour les mêmes raisons. L'interruption dans ces suivis, rend difficile, pour ne pas dire impossible d'aboutir aux fins thérapeutiques tracées au début de la prise en charge au sein du contexte de son déroulement.

Chapitre V
Résultats et Analyses.

Introduction.

1. Volet des représentations sociales de la déficience visuelle.

1.1. La recherche des éléments constitutifs de la représentation sociale de la déficience visuelle.

1.2. La recherche du noyau central de la représentation sociale de la déficience visuelle.

a) le noyau central de la RS chez la population globale.

b) le noyau central de la RS chez la 1ère catégorie.

c) le noyau central de la RS chez la 2ème catégorie.

Discussion des résultats.

Conclusions.

1.3. La précision des connexités des éléments de la représentation sociale de la déficience visuelle.

a) arbre des similitudes de la population globale.

b) arbre des similitudes de la 1ère catégorie.

c) arbre des similitudes de la 2ème catégorie.

Conclusions.

2. Volet des entretiens semi-directifs.

3. Volet de la prise en charge psychothérapeutique individuelle.

Nadia.

Insaf.

Abdallah.

Messaouda.

Samir.

4. Volet de la prise en charge groupale.

Introduction :

Nous présentons dans ce chapitre, tous nos résultats relatifs aux représentations sociales de la déficience visuelle chez les personnes qui en sont atteintes et à qui nous avons adressé nos questionnaires d'associations libres. Les cinq profils psychologiques et les évolutions des prises en charge psychothérapeutiques individuelles sont exposés ici aussi. La population en parole est présentée en détail de manière à en entrevoir les interactions qui s'y opèrent et l'évolution de la thérapie de groupe au sein du groupe de parole. Nous analysons les types de ressemblances et de différences au sein de ce groupe, la question du champ créé dans ce contexte sera un des éléments qu'on traite ici ainsi que les normes qui défendent le groupe de parole.

1. Volet des représentations sociales de la déficience visuelle :

Sont présentés ici les analyses prototypiques et les arbres de similitudes obtenus par traitement avec le logiciel Iramuteq. L'objectif étant de reconnaître les éléments constitutifs de la représentation sociale de la déficience visuelle, de rechercher le noyau central de cette représentation et de visualiser ensuite la connexité entre ces éléments. Par la distinction des éléments centraux et les éléments périphériques, ainsi que la comparaison entre les deux catégories créées en fonction de la période de l'atteinte de la déficience visuelle, nous tenteront de vérifier notre hypothèse de départ.

Il est important de signaler qu'au début, il était question de trois catégories relatives au temps de l'atteinte. La première regroupait celles s'étalant d'une année jusqu'à dix ans, la deuxième de onze ans jusqu'à vingt ans et la troisième allait de vingt et un ans et plus. Sauf que la troisième catégorie, non seulement ne contenait que quatre personnes parmi les cent mais en plus les éléments qu'elle présentait n'étaient pas différents de ceux révélés par la deuxième catégorie. Et voilà pourquoi, nous nous sommes retrouvés avec deux catégories. Une qui regroupe les personnes qui vivent la déficience visuelle depuis au mois un an jusqu'à dix ans et une catégorie regroupant les personnes qui vivent la déficience visuelle depuis onze ans et plus.

Les résultats obtenus ici seront utilisés lors du groupe de parole comme soubassements thérapeutiques dans le but de mener nos patients à accomplir un travail de deuil de la perte de leur vision et dépasser toute attitude dépressive. Le processus de changement sera effectué en fonction de ce que les zones de

potentiel changement auront révélé comme éléments structurant la représentation sociale. La zone de la première périphérie est porteuse de sens qui aide à développer de nouvelles compréhensions du vécu porté par ces personnes, grâce à l'interaction et l'échange des expériences et des vécus subjectifs au sein du groupe de parole.

1.1. Les éléments constitutifs de la représentation sociale de la déficience visuelle.

L'analyse prototypique globale présentée en premier lieu est celle qui concerne toute la population de recherche dans cette étude. C'est l'analyse des données recueillies auprès des cent personnes.

< = 2.99 Rangs > 2.99									
< 26.21 Fréquences > = 26.21	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Zone du noyau.</th> <th style="text-align: center;">Première périphérie.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> handicape-84-2.4 aveugle-68-2.9 difficultes-58-2.8 angoisse-46-2.8 rupture_davec_lavie_davant-30-2.9 souffrance_dans_le_rapport-a-soi-28-2.9 </td> <td> fatalite-54-3.7 corps_incomplet-40-3.4 </td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Eléments contrastés.</th> <th style="text-align: center;">Deuxième périphérie.</th> </tr> <tr> <td> mauvaise_priseencharge_ophtalmo-8-1.8 souffrance_dans_le_rapport_a_lautre-8-2 moi-2-1 qui_soccupera_de-mesenfants-2-1 </td> <td> Sagesse-14-4 solitude_choisie-12-4 solitude_par_rejet-10-3 colère-10-3.8 nouveaux_reperes-10-3.6 sentiment_de_dependance-8-3.5 besoin-6-4.5 </td> </tr> </tbody> </table>	Zone du noyau.	Première périphérie.	handicape-84-2.4 aveugle-68-2.9 difficultes-58-2.8 angoisse-46-2.8 rupture_davec_lavie_davant-30-2.9 souffrance_dans_le_rapport-a-soi-28-2.9	fatalite-54-3.7 corps_incomplet-40-3.4	Eléments contrastés.	Deuxième périphérie.	mauvaise_priseencharge_ophtalmo-8-1.8 souffrance_dans_le_rapport_a_lautre-8-2 moi-2-1 qui_soccupera_de-mesenfants-2-1	Sagesse-14-4 solitude_choisie-12-4 solitude_par_rejet-10-3 colère-10-3.8 nouveaux_reperes-10-3.6 sentiment_de_dependance-8-3.5 besoin-6-4.5
	Zone du noyau.	Première périphérie.							
	handicape-84-2.4 aveugle-68-2.9 difficultes-58-2.8 angoisse-46-2.8 rupture_davec_lavie_davant-30-2.9 souffrance_dans_le_rapport-a-soi-28-2.9	fatalite-54-3.7 corps_incomplet-40-3.4							
	Eléments contrastés.	Deuxième périphérie.							
mauvaise_priseencharge_ophtalmo-8-1.8 souffrance_dans_le_rapport_a_lautre-8-2 moi-2-1 qui_soccupera_de-mesenfants-2-1	Sagesse-14-4 solitude_choisie-12-4 solitude_par_rejet-10-3 colère-10-3.8 nouveaux_reperes-10-3.6 sentiment_de_dependance-8-3.5 besoin-6-4.5								

Tableau 2. Analyse prototypique globale de la représentation sociale de la déficience visuelle chez les personnes qui en sont atteintes.

En observant le tableau, nous pouvons constater que les éléments appartenant à **la zone du noyau** de la représentation sociale de la déficience visuelle sont au nombre de six, avec une différence de fréquence certes mais qui reste importante pour permettre de les placer à cet endroit. L'élément « handicapé » est cité par 84 personnes et avec une moyenne d'importance de 2.4. Quant à « aveugle », il est cité 68 fois avec une moyenne d'importance de 2.9. Suivi de l'élément « difficultés » qu'on retrouve à 58 reprises avec une moyenne

d'importance de 2.8. Ces trois mots, à la tête des éléments de la zone centrale, nous renseignent sur ce vécu de la déficience visuelle sur le plan cognitif. L'atteinte place la personne dans la catégorie des handicapés. Le fait de ne pas voir, les désigne comme des personnes aveugles, dans l'incapacité totale d'agir et de bouger avec liberté et sans l'aide d'un tiers. L'impossibilité de continuer leurs vies, avec le même élan et les mêmes moyens qu'avant, explique toutes les difficultés auxquelles ces personnes font face quotidiennement. Il leur est très difficile et complexe de se projeter dans un avenir avec la déficience visuelle qu'elles portent aujourd'hui. Un sentiment d'« angoisse » (46-2.8) s'installe, chargé de peur de l'inconnu qui les attends, des pleurs et des questionnements quant au pourquoi cela leur arrive. Un vécu de personnes perdues au milieu de leurs pensées qui ne cessent de se bousculer dans leurs têtes sans trouver de finalité. Elles ne sont plus tranquilles et elles stressent à longueur de temps ; si on voudrait être fidèle à leurs propos. C'est cette « rupture avec la vie d'avant » (30-2.9), la vie de personnes voyantes qui revient à ce niveau du classement de ces éléments centraux. Une rupture vécue dans un mal-être et une tristesse terrible. Une rupture à l'origine d'une « souffrance dans le rapport à soi ». Une souffrance que 28 personnes évoquent avec une moyenne d'importance de 2.9, ce qui témoigne de l'intensité de ce vécu pénible de la déficience visuelle.

Les éléments de **la première périphérie**, quant à eux sont au nombre de deux. « Fatalité » qui revient à 54 reprises et une moyenne d'importance de 3.7 et le mot « corps incomplet » cité 40 fois et à un rang de 3.4. La fatalité pour ces personnes renvoie à cette tentative d'interpréter les événements nouveaux par ce qui devait arriver ; l'inévitable. Prières et louanges sont les comportements par lesquels ces personnes implorent le pardon de Dieu. Perçue comme un châtiment, mais souvent comme une affliction, la déficience visuelle peut être comme signe de piété de leur part et surtout reconnue par Dieu. Une croyance qui sert à atténuer de l'intensité de la souffrance ressentie. L'élément « corps incomplet » revêt ici un aspect de manque. Un corps à qui il manque une partie, une fonctionnalité d'un organe. Un corps qui par son manque est mal vécu. La totalité corporelle est inexistante et par conséquent le corps n'est plus sien. Observons la **zone des éléments contrastés**. Ils s'organisent autour de quatre mots et expressions. Peu cités certes, mais avec des rangs importants. Nous retrouverons « la mauvaise prise en charge ophtalmologique » (8-1.8) qui est évoquée pour exprimer leur ignorance de la gravité de leurs cas ophtalmologiques et le fait de ne pas s'y avoir pris à temps. Il en résulte des

regrets et des lamentations. L'altérité est citée à ce niveau par cette « souffrance dans le rapport à l'autre » (8-2), l'autre et la relation à l'autre est vécue douloureusement et avec une certaine imagination quant à la perception de cet autre de leur déficience. Ce que l'autre pense d'eux peut devenir une obsession. L'image que ces personnes lui renvoient, occupe toute l'attention de ces dernières. Elles vont jusqu'à cacher leurs atteintes de plusieurs manières. Des comportements qui sont à l'origine de cette souffrance. Deux autres éléments qui sont « moi » (2-1) et « qui s'occupera de mes enfants » (2-1) qui apparaissent dans cette zone. Le premier renvoie clairement à une identification à l'atteinte. Même si seulement deux personnes ont donné ce mot, elles l'ont placé comme même au premier rang. Quant au deuxième mot, cité lui aussi à deux reprises mais pas par les mêmes personnes, il est d'une importance première. Même si la fréquence est faible pour les deux mots, leur importance nous renseigne sur cette relation aux enfants et l'inquiétude relative à leurs sorts que la déficience visuelle suscite. **La deuxième périphérie** regroupe quant à elle sept éléments. « Sagesse » (14-4) qui renvoie à la patience due à l'âge. Ce sont des personnes qui justifient leurs états par le fait d'avoir atteint un âge avancé pour se préoccuper de la déficience visuelle. La patience, pour elles, est la meilleure des manières pour ne pas sombrer dans un mal être en vain. La solitude, qu'elle soit « choisie » (12-4) par peur d'être rejetés un jour par l'autre ou « par rejet » (10-3) parce que l'autre les a rejetées réellement suite à leurs atteintes, c'est un sentiment qui ne peut qu'accentuer leurs souffrances et les empêcher d'avancer dans leurs vies. « Le sentiment de dépendance » (8-3.5) est présent constamment et les met dans une position de « besoin » (6-4.7). Besoin de l'autre, besoin de nouveaux moyens pour faire face à la nouvelle situation créée par la déficience visuelle. Un sentiment de besoin imposé par les situations et qui provoque souvent leur « colère » (10-3.8). Vécue comme un véritable drame, la déficience visuelle a pu pousser ces personnes à penser dans de rares cas au suicide. Bref, c'est une question de « nouveaux repères » (10-3.6) qu'il faut retrouver ou construire avec de nouveaux apprentissages, de nouvelles habitudes ; une autre vision des choses afin de les amener vers le changement.

En résumé, la représentation sociale de la déficience visuelle s'organise autour d'éléments relevant de trois registres. Le premier revêt un caractère identitaire avec « handicapé » et « aveugle ». Le deuxième fait état des conséquences et des retentissements psychiques imposés par la déficience visuelle. Des « difficultés » sur tous les plans et une « angoisse » comme pour témoigner de l'incompréhension et le sentiment d'être perdus. Le troisième registre relève du

ressenti et de l'affectif. La « souffrance » qui naît de ce sentiment de « rupture » pèse sur tout ce vécu de l'atteinte visuelle.

En deuxième lieu, nous présentons l'analyse prototypique de la première catégorie de personnes qui vivent la déficience depuis un an jusqu'à dix ans. Nous cherchons toujours les éléments qui constituent la représentation sociale de la déficience visuelle chez elles.

< = 2.99 Rangs > 2.99

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; color: red;"> < 15.68 Fréquences > = 15.68 </div>	Zone du noyau.	Première périphérie.
	handicape-48-2.4 difficultes-32-2.9 angoisse-26-2.8 rupture_davec_lavie_davant-22-2.5 souffrance_dans_le_rapport_a-soi-16-2.9	aveugle-40-3 fatalite-40-3.5 corps_incomplet-18-3.4
	Eléments contrastés.	Deuxième périphérie.
	mauvaise_priseencharge_ophtalmo-6-2 souffrance_dans_le_rapport_a_lautre-4-1 moi-2-1 qui_soccupera_de-mesenfants-2-1	solitude_choisie-8-3.5 solitude_par_rejet-8-3.5 sagesse-8-4.5 nouveaux_reperes-6-3 besoin-4-4 .5 colère-4-3.5 sentiment_de_dependance-4-4.5

Tableau 3. Analyse prototypique des cinq mots chez la 1ère catégorie.
(01-10 ans d'atteinte).

La première observation est celle concernant l'élément « aveugle » qui se trouve chez cette catégorie de personnes en zone de première périphérie aux côtés de « fatalité » et « corps incomplet ». A ce niveau là de l'atteinte visuelle, être aveugle ne constitue pas, apparemment, un élément central. Reste à vérifier lors de la recherche du noyau de la représentation. Les éléments de la première périphérie, comptent dans ce cas trois éléments par rapport à celle de la population globale. Quant aux éléments contrastés, ils ne changent pas. Ce sont les mêmes et dans le même ordre de fréquences et d'importance. Même constat pour les éléments de la deuxième périphérie, les mêmes mais avec un petit changement dans leurs fréquences et ordre d'importance.

Voyons maintenant ce que révèle l'analyse prototypique de la deuxième catégorie de personnes atteintes de déficience visuelle depuis plus de onze ans.

< = 3 Rangs > 3

< 11.76 Fréquences > = 11.76	Zone du noyau.	Première périphérie.
	handicap-36-2.1 aveugle-28-2.7 difficiles-26-2.7 angoisse-20-2.8 souffrance_dans_le_rapport-a-soi-12-2.8	corps_incomplet-22-3.4 fatalite-14-4.1
	Éléments contrastés.	Deuxième périphérie.
	souffrance_dans_le_rapport_a_lautre-4-3 sentiment_de_dependance-4-2.5 mauvaise_priseencharge_ophtalmo-2-1 solitude_par_rejet-2.1	rupture_davec_la_vie_davant-8-4 sagesse-6-3.3 colere-6-4 solitude_choisie-4-5 nouveaux_reperes-4-4.5 besoin-2-5

Tableau 4. Analyse prototypique des cinq mots chez la 2ème catégorie.
(11 et plus d'atteinte).

La zone centrale de la représentation sociale de la déficience visuelle à ce niveau de l'atteinte est composée de cinq mots. La seule différence avec la population globale est la disparition de l'élément « rupture d'avec la vie d'avant » de cette zone et sa réapparition en deuxième périphérie. Quant à la périphérie première, elle conserve les deux mêmes éléments que sont « fatalité » et « corps incomplet » avec juste un changement dans l'ordre de fréquences et d'importance aussi. Les éléments contrastés ici avec un rang très important tel « mauvaise prise en charge ophtalmologique » et « solitude par rejet » peuvent nous renseigner sur l'existence de sous catégories de représentation. Nous expliquons et développons cette disposition des éléments lors de la recherche du noyau de la représentation afin de ne pas se répéter.

1.2. La recherche du noyau central de la représentation sociale de la déficience visuelle.

La recherche du noyau consiste à revoir les éléments de la zone centrale. Ils y appartiennent certes mais ne sont pas forcément des éléments centraux de la représentation. Pour cela, Jean Claude Abric nous propose dans l'étude de l'organisation de la structure de la représentation sociale d'essayer de rechercher le noyau de celle-ci parmi les trois mots retenus, en dernier par les personnes interrogées. C'est ce que nous avons fait en établissant une analyse

prototypique avec ces trois mots et expressions auprès de la population globale, de la catégorie première et enfin avec les personnes de la deuxième catégorie.

a- Le noyau central de la RS chez la population globale :

<= 2 Rangs > 2	
< 15.74 Fréquences > = 15.74	Zone du noyau.
	handicape-62-1.8 aveugle- 36-1.8 rupture_davec_la_vie_davant-16-1.5
	Eléments contrastés.
	Souffrance_dans_le_rapport_a_soi-14-1.6 nouveaux_reperes-8-2 mauvaise_priseencharge_ophtalmo-6-2 Souffrance_dans_le_rapport_a_lautre-4-2 moi-2-1 colere-2-2 qui_soccupera_de-mesenfants-2-1
Première périphérie.	
fatalite-36-2.4 difficultes-36-2.1 angoisse-32-2.1 corps_incomplet-18-2.3	
Deuxième périphérie.	
solitude_choisie-6-2.3 Sagesse-6-2.3 solitude_par_rejet-10-3 besoin-4-3 sentiment_de_dependance-4-3	

Tableau 5. Analyse prototypique des trois mots de la représentation sociale de la déficience visuelle chez les personnes qui en sont atteintes.

Et voilà comment nous nous retrouvons avec seulement trois éléments centraux. La représentation sociale de la déficience visuelle s’organise, dans ce cas, autour du handicap et le fait d’être une personne « handicapée ». Ce handicap est bien établi et renvoie au fait d’être une personne « aveugle » qui se retrouve entraîné de vivre « une rupture avec la vie d’avant ». C’est ce passage d’une vie de personnes voyantes à celui de personnes atteintes de déficience visuelle qui marque la représentation sociale de la déficience visuelle.

Quant aux quatre autres éléments qui faisaient partie de la zone centrale, nous constatons que « angoisse » et « difficulté » sont au niveau de la première périphérie. Quant à « souffrance dans le rapport à soi », il est devenu un élément contrasté. Nous résumons ces derniers résultats par un schéma qui nous montre la structure de la déficience visuelle chez les personnes qui en souffrent dans leurs corps et leurs psychés. Nous empruntons ce schéma au professeur CHERIF Hallouma (2017) qui l’utilise dans ces travaux et cours pour illustrer l’organisation de la représentation sociale. Sa particularité est que les zones sont représentées par des cercles concentriques avec des limites qui ne sont pas étanches. L’objectif est d’éclairer le changement dans les représentations sociales qui s’opère par ce mouvement de mutation de certains éléments d’une

zone à l'autre, donnant ainsi une nouvelle organisation et une nouvelle structure de la représentation sociale. Les contours en pointillés expriment cette possibilité de mutation.

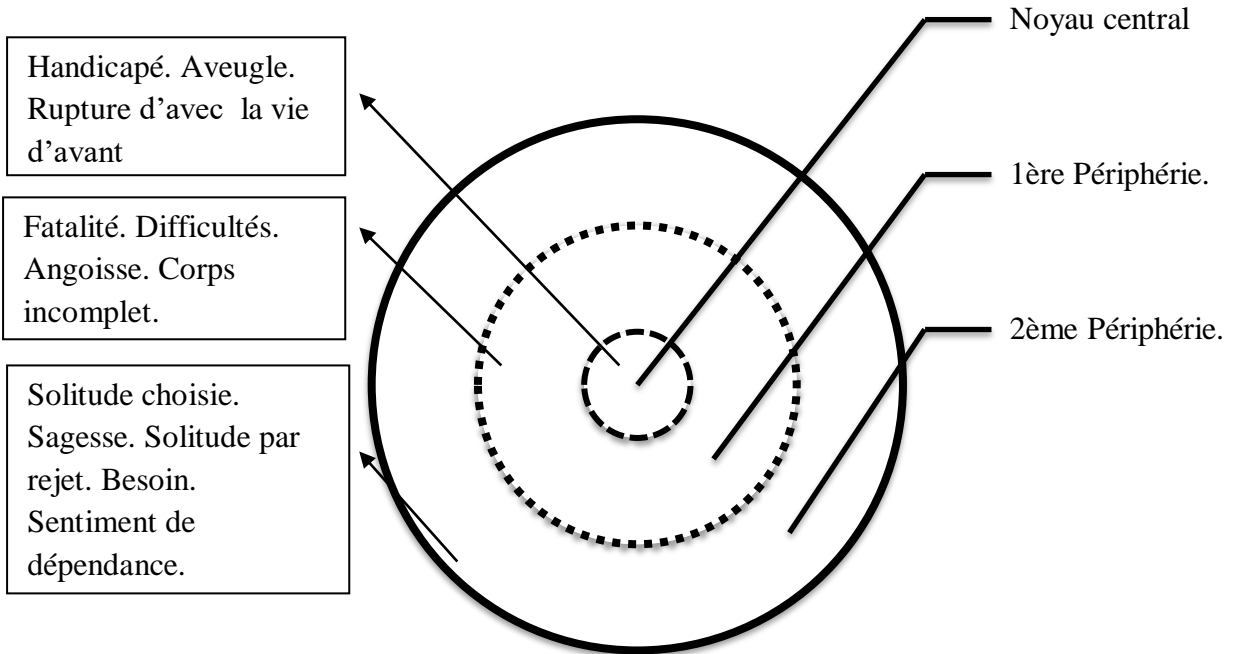


Schéma 1. L'organisation de la représentation sociale de la déficience visuelle chez les personnes qui en sont atteintes.

b- Le noyau central de la RS chez la première catégorie :

Voyons à présent ce que révèle l'analyse prototypique des trois mots et expressions donnés par les personnes appartenant à la première catégorie.

< = 2 Rangs > 2

	Zone du noyau.	Première périphérie.
< 10 Fréquences > = 10	handicapé-30-1.7 aveugle-20-1.7 souffrance_dans_le_rapport_a_soi-10-1.8	fatalite-30-2.5 angoisse-20-2.1 difficultés-20-2.1 corps_incomplet-18-3.4
	Éléments contrastés.	Deuxième périphérie.
	rupture_davec_la_vie_davant-8-1.5 nouveaux_reperes-6-1.7 solitude_choisie-4-2 solitude_par_rejet-4-1.5 moi-2-1 sagesse-2-2 qui_soccupera_de-mesenfants-2-1	mauvaise_priseencharge_ophtalmo-4-2.5 sentiment_de_dependance-4-3 besoin-2-3

Tableau 6. Analyse prototypique des trois mots chez la 1ère catégorie. (01-10 ans d'atteinte).

Comparé à l'analyse prototypique avec les cinq mots de cette catégorie, nous constatons la disparition de deux éléments. « Souffrance dans le rapport à l'autre » qui à l'origine appartenait aux éléments contrastés et « colère » qui était en première périphérie. Ces deux éléments ne sont pas cités par ces personnes à ce niveau de l'atteinte. Revenons à la zone des éléments centraux. Deux éléments mutent vers la première périphérie ; « difficultés » et « angoisse ». Un troisième devient un élément contrasté ; « rupture d'avec la vie d'avant ».

Nous en déduisons que même s'ils sont des éléments centraux, ils ne font pas partie du noyau de la représentation de la déficience visuelle. Placé trop proche de la zone du noyau, il mute vers le noyau central. Le noyau chez cette catégorie est organisé dans ce cas autour de trois éléments que sont « handicapé », « aveugle » et « souffrance dans le rapport à soi ». Le mot « aveugle » qui était dans la première périphérie est maintenant dans le noyau central aux côtés de « handicapé » qui perdure dans cette zone et par conséquent dans le noyau.

En conclusion, le handicap à ce niveau de l'atteinte visuelle, est bel et bien établi. Les personnes se considèrent comme aveugles. Il en résulte une réelle souffrance dans le rapport à soi avec la déficience visuelle.

La représentation sociale chez les personnes qui la vivent depuis un an jusqu'à dix ans est celle de personnes handicapées dans leur vision. Elles se voient comme aveugles et souffrantes dans leurs rapports à elles-mêmes.

Afin de vérifier l'existence de différence ou pas entre les deux représentations en fonction du temps de l'atteinte, nous comparons les résultats obtenus auprès de la première catégorie avec ceux de la population globale.

Deux éléments disparaissent chez cette catégorie. Tous deux sont des éléments contrastés dans le tableau 4; « colère » et « souffrance dans le rapport à l'autre ». Nous constatons que « sagesse » mute de la deuxième périphérie chez la population globale vers les éléments contrastés chez les personnes de la première catégorie, comme c'est le cas pour les éléments « solitude choisie » et « solitude par rejet ». Le sentiment de solitude est, soit existant mais non exprimé à ce niveau de l'atteinte, soit il ne constitue pas encore un ressenti important pour qu'il soit verbalisé. Quant à la sagesse par rapport au temps de l'atteinte visuelle, elle n'est pas un état d'esprit acquis à ce niveau.

Ce qui est à retenir dans cette comparaison entre les deux tableaux, c'est la permutation entre deux éléments. Le premier est dans le noyau central de la représentation sociale de la déficience visuelle chez la population globale et il mute vers la case des éléments contrastés chez les personnes vivant l'atteinte depuis un an jusqu'à dix ans. Cet élément est « rupture d'avec la vie d'avant ». Il

est remplacé par « souffrance dans le rapport à soi » qui devient un élément constituant le noyau central de la représentation sociale de la déficience visuelle chez la première catégorie qu'on étudie dans cette partie du travail de recherche. Nous en déduisons que c'est la souffrance qui est vécue en premier lieu avant de percevoir cette rupture avec la vie de personne voyante. Le temps, s'étalant jusqu'à dix ans d'atteinte, est insuffisant pour renoncer à cette vie de personne voyante. La tentative de la retrouver est toujours présente est tenace malgré que le handicap est établi est verbalisé.

Le seul point commun entre les deux tableaux et par conséquent entre la population globale et la catégorie première de cette population est la constitution de la première périphérie. Ce sont les mêmes éléments partout. « Fatalité », « angoisse », « difficultés » et « corps incomplet » perdurent dans cette zone périphérique première. Le même cas pour « handicapé » et « aveugle » qui restent et perdurent dans le noyau. Résumons ceci par un schéma représentatif.

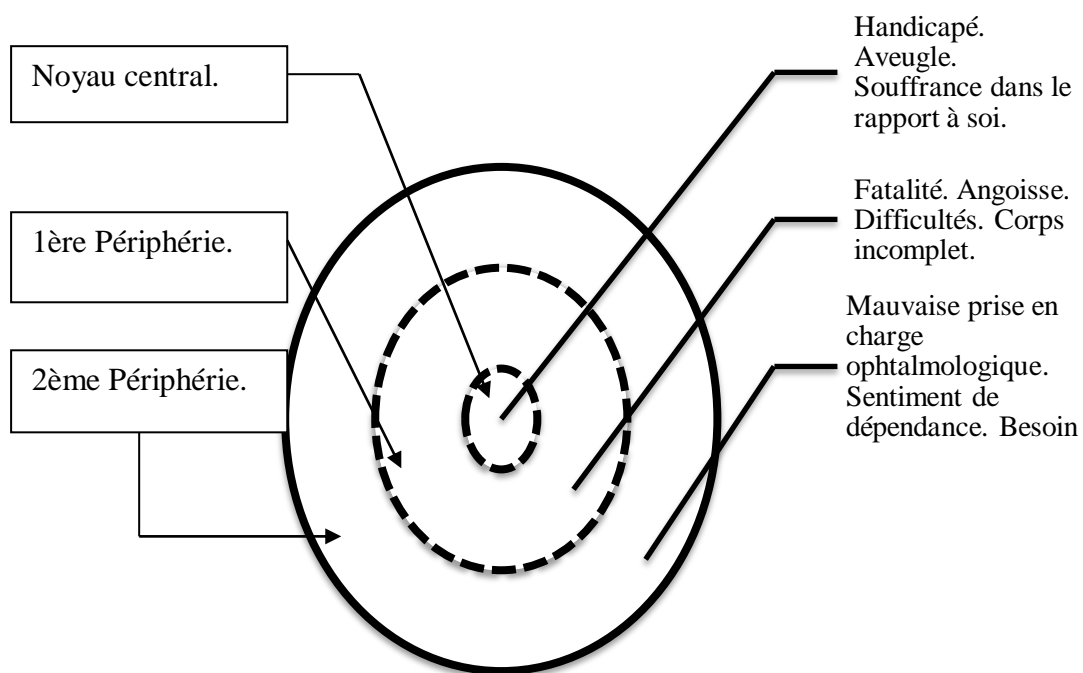


Schéma 2. L'organisation de la représentation sociale de la déficience visuelle chez la 1ère catégorie. (01-10 ans d'atteinte).

c- Le noyau central de la RS chez la deuxième catégorie :

De la même manière, nous allons rechercher le noyau central auprès de cette catégorie grâce à l'analyse prototypique des trois mots et expressions recueillis avec ces personnes qui vivent la déficience visuelle depuis onze ans et plus.

< = 2 Rangs > 2

	Zone du noyau.	Première périphérie.
< 7.5 Fréquences > = 7.5	handicape-32-1.8 aveugle-16-2 difficultes-16-2 angoisse-12-2 rupture_davec_la_vie_davant-8-1.5	corps_incomplet-8-2.2
	Eléments contrastés.	Deuxième périphérie.
	souffrance_dans_le_rapport_a_soi-4-1 mauvaise_priseencharge_ophtalmo-2-1 colere-2-2	fatalite-6-2.3 sagesse-4-2.5 solitude_choisie-2-3 besoin-2-3 solitude_par_rejet-2-3 souffrance_dans_le_rapport_a_lautre-2-3 nouveaux_reperes-2-3

Tableau 7. Analyse prototypique des trois mots chez la 2ème catégorie.
(11 ans et plus d'atteinte).

Comparé à l'analyse prototypique des cinq mots et expressions de cette catégorie, nous constatons que quatre éléments de la zone centrale restent à ce même niveau. Ces éléments sont « handicapé », « aveugle », « difficultés » et « angoisse ». Seul l'élément « souffrance dans le rapport à soi » disparaît de cette zone centrale et mute vers les éléments contrastés. Il est remplacé, par contre par l'élément « rupture d'avec la vie d'avant » qui à l'origine appartenait à la deuxième périphérie. La rupture dans ce contexte de temps de l'atteinte visuelle est consommée. Après onze ans et plus de vie de personnes portant la déficience visuelle dans le corps et la psyché, les personnes en question passent concrètement et réellement de l'autre côté de cette vie de personnes voyantes et perçoivent la rupture. Ceci pourrait expliquer l'inexistence de l'élément « sentiment de dépendance » dans la structure de la représentation de la déficience visuelle. Le mot « colère » mute de la deuxième périphérie vers les éléments contrastés. Il est repris par les personnes avec plus d'importance et de fréquences. La première périphérie qui contenait deux éléments, en perd un ; « fatalité ». Il mute vers la deuxième périphérie. Donc seul l'élément « corps incomplet » perdure en première périphérie. En dernier, seule la « mauvaise

prise en charge ophtalmologique » reste dans la case des éléments contrastés et se joigne à « souffrance dans le rapport à soi ». Tous les autres éléments contrastés basculent vers la deuxième périphérie.

Maintenant, comparons ces résultats avec ceux obtenus avec les trois mots de la population globale. Trois éléments du noyau central en commun ; « handicapé », « aveugle » et « rupture d'avec la vie d'avant ». Trois éléments contrastés seulement sont retenus par cette catégorie ; « souffrance dans le rapport à soi », « mauvaise prise en charge ophtalmologique » et « colère ». Les autres éléments mutent vers la périphérie deuxième. Ce qui est à retenir, c'est l'absence de deux éléments chez la deuxième catégorie comparée à ceux de la population globale. « Moi » et « qui s'occupera de mes enfants » disparaissent à ce niveau du temps de l'atteinte visuelle. Résumons à présent nos résultats dans ce schéma.

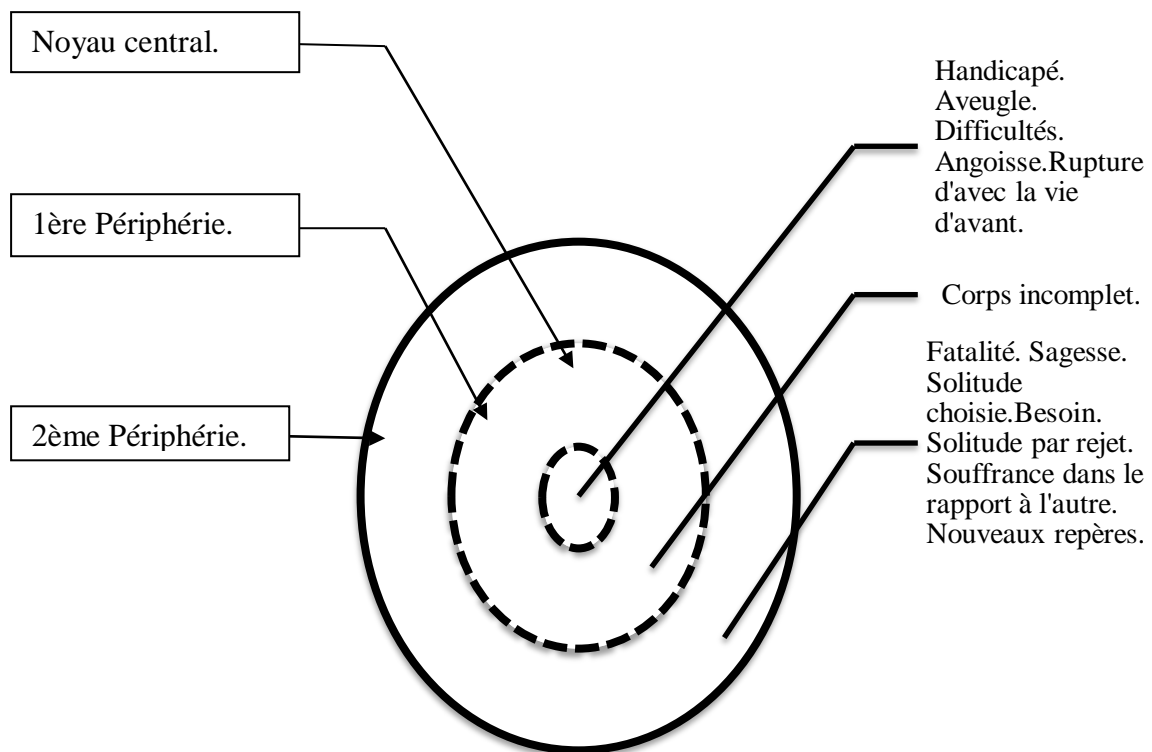


Schéma 3. L'organisation de la représentation sociale de la déficience visuelle chez la 2ème catégorie. (11 ans et plus d'atteinte).

Discussion des résultats :

Etudier la représentation sociale de la déficience visuelle, auprès des personnes qui en souffrent nous renseigne sur le sens et l'image qu'ont ces personnes de leur atteinte. Ce sens, nous l'avons ensuite cherché selon le temps et la période

de l'atteinte. Avec cette variable, nous cherchions s'il existait des représentations sociales différentes de la déficience visuelle.

Nos constats révèlent certes des similitudes dans la distribution des éléments entre ceux qui la vivent depuis dix ans et moins et ceux qui la vivent depuis onze ans et plus, mais elles font tout de même, objet de représentations sociales différentes. Les deux catégories ne partagent pas la même représentation sociale de la déficience visuelle. Le noyau central de chacune d'elles s'organise autour d'éléments différents. La déficience visuelle pousse ces personnes à se percevoir avec une nouvelle identité d'elles-mêmes celles de « handicapé » et « aveugle ». Elles font avec cette nouvelle identité et s'y sentent bloquées avec. Tout le travail sera alors de chercher une appréhension de ce handicap, et comment le dépasser en tant qu'obstacle.

L'« angoisse » et les « difficultés » que leur déficience visuelle leur impose sont des éléments du noyau chez les personnes qui portent l'atteinte depuis onze ans et plus. Ce qui n'est pas le cas pour les autres personnes. Nous pouvons déduire que onze ans de vie portant la déficience visuelle dans le corps, est une période où la prise de conscience du handicap est établie et reconnue. Il y a ce que nous appelons un renoncement inconscient au rétablissement de la vision. Ce qui explique ce sentiment de « rupture d'avec la vie d'avant » qui se retrouve dans le noyau chez cette catégorie. Une rupture qui témoigne d'un processus social qui s'est élaboré au fil de onze ans et plus et qui leur a permis d'intégrer cette nouvelle identité de personnes handicapées et aveugles.

En parallèle, ceci explique pourquoi nous retrouvons la « souffrance dans le rapport à soi » dans le noyau central chez les personnes appartenant à la première catégorie. La souffrance ici est relative au rattachement au statut de personne voyante qui ne veut pas intégrer ni concevoir son nouveau état. La rupture n'est pas vécue à ce niveau de l'atteinte dans la centralité mais elle reste un élément contrasté dans la représentation sociale de la déficience visuelle. Quant aux « difficultés » et à l'« angoisse » suscitées par cette perte de la vision, elles appartiennent à la première périphérie chez la première catégorie et demeurent dans le noyau central de la deuxième catégorie. Deux zones de potentiel changement que sont les zones des éléments contrastés et la première périphérie, qui nous renseignent sur ce mouvement des éléments entre les deux zones en fonction du temps vécu avec l'atteinte. Ce que le temps de l'atteinte de la déficience visuelle n'affecte pas par contre dans la constitution de la représentation sociale est cette question de « corps incomplet » qui ne bouge pas de la zone de la première périphérie chez tout le monde. Le corps est pensé dans

ses manques et dans ses incapacités à fonctionner comme avant ou comme convenu. Les obstacles qu'il rencontre quotidiennement en raison du déficit de la fonction de la vision, les barricades qui se dressent devant lui avec ce déficit, font que ce corps est perçu comme invalide d'une certaine manière. Un élément encore plus important à travailler pour une meilleure perception de soi.

En dernier, penchons nous sur l'élément « fatalité » qu'on ne retrouve pas dans la zone du noyau et la première périphérie chez les personnes de la deuxième catégorie. Onze ans et plus d'atteinte a fait que cet élément ne ressort pas ici. La pensée se détache de cette perception parce qu'elle avait été pendant plus de dix ans, le premier élément de la périphérie première. Après ce temps, elle bascule vers la deuxième périphérie. Elle perd de son importance parce qu'elle perd de sa fréquence.

Récapitulons ces résultats dans un tableau comparatif qui facilitera la lecture de ces derniers

	Le noyau central.	La 1ère Périphérie.
Catégorie 1. 01an à 10ans d'atteinte.	Handicapé. Aveugle. Souffrance dans le rapport à soi.	Fatalité. Angoisse. Difficultés. Corps incomplet.
Catégorie 2. 11 ans et plus d'atteinte.	Handicapé. Aveugle. Difficultés. Angoisse. Rupture d'avec la vie d'avant.	Corps incomplet.
Population globale.	Handicapé. Aveugle. Rupture d'avec la vie d'avant.	Fatalité. Difficultés. Angoisse. Corps incomplet.

Tableau 8. Tableau comparatif des éléments constitutifs de la représentation sociale de la déficience visuelle chez les personnes qui en sont atteintes.

Conclusions.

Basée sur le vécu subjectif et émotionnel de la déficience visuelle d'un côté et sur les socio-cognitions préétablies de l'autre, la représentation sociale de la déficience visuelle chez les personnes qui en sont atteintes est à situer dans un registre sociocognitif en premier lieu puis dans un registre affectif singulier en second lieu. Les résultats obtenus lors de cette étude attestent que les personnes

qui portent la déficience visuelle dans leurs corps s'accordent à penser que cette atteinte est associée et liée au fait d'être des personnes handicapées puisqu'elles se désignent comme des personnes aveugles. Deux mots ; « handicapé » et « aveugle » sont cités considérablement en même temps. Ceci signifie qu'ils constituent les éléments unificateurs et stabilisateurs de la représentation sociale de la déficience visuelle auprès de ces personnes. En d'autres termes, les éléments du noyau central de cette représentation sociale ; ceux qui résistent au changement. Le temps de l'atteinte visuelle ne l'a pas affecté. Nous le retrouvons chez les personnes des deux catégories.

D'autres éléments nous renseignent sur cette cohabitation existant entre les représentations personnelles, singulières et purement subjectives et celles socialement partagées. Ce sont là, des éléments de la représentation sociale de la déficience visuelle chez ces personnes tels «difficultés», «angoisse», «souffrance dans le rapport à soi» et «rupture d'avec la vie d'avant». Des éléments constitutifs de la représentation qui s'organisent en fonction du temps et la période de l'atteinte visuelle pour constituer les trois différents noyaux centraux des trois différentes représentations sociales.

Des éléments qu'on prendra en considération lors des suivis psychothérapeutiques. Le changement attendu s'effectuera à ce niveau de la pensée. Le processus de deuil de la vision et l'intégration de l'objet pulsionnel de la perte de la vision prend départ de cette représentation sociale et de ses éléments structurant

Récapitulons. La structure de la représentation sociale de la déficience visuelle est en étroite relation avec ce vécu de cette atteinte et du temps que ce vécu prend pour faire changer à ces personnes leurs perceptions et le sens donné à la représentation sociale. Le corps et l'image du corps constituent les premières préoccupations subjectives. Incomplet, il est à l'origine de cette estime de soi qui est vouée à la baisse. Une identité de personnes aveugles et handicapées qui est imprégnée dès le début de l'atteinte. Des éléments qui sont à la base de toute prise en charge psychothérapeutique. L'objectif étant de les propulser dans un processus de déconstruction et de reconstruction de soi à travers le travail du deuil de la perte de la vision.

1.3. La précision des connexités des éléments de la représentation sociale de la déficience visuelle

L'objectif ici est de représenter "la proximité et les relations entre les éléments" (Flament, 1981) de la représentation sociale de la déficience visuelle. L'analyse des similitudes nous donne la structure sous-jacente de l'organisation de

l'ensemble des relations entre ces éléments. En premier lieu, est exposé l'arbre de similitudes global. Celui regroupant les éléments de toute la population de recherche. En deuxième, les deux arbres de similitudes des deux catégories relatives au temps de l'atteinte de la déficience visuelle. Le but étant d'en distinguer les différences et les ressemblances quant aux relations et liens existant entre les éléments de la représentation sociale.

a) Arbre des similitudes de la population globale :

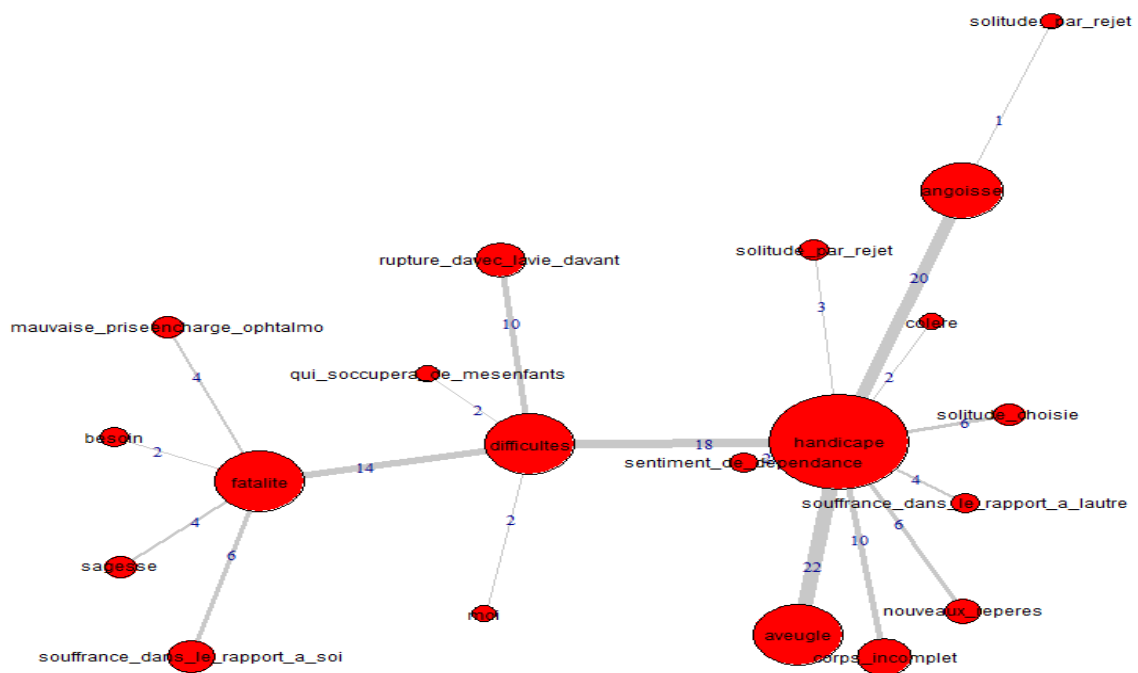


Figure 1. Arbre des similitudes global de la représentation sociale de la déficience visuelle chez les personnes qui en sont atteintes.

On remarque que les deux grands premiers nœuds sur la branche principale ; identifiée dans le graphe par son épaisseur, sont « handicapé » et « aveugle ». Un témoignage que les personnes qui souffrent de déficience visuelle se désignent comme étant handicapées puis spécifient le type d'handicap par le fait d'être aveugles. Ces deux éléments sont cités en même temps à 22 reprises. La deuxième grosse branche relie « handicapé » à « angoisse ». Nous retrouvons ces deux éléments ensemble 20 fois. Le handicap suscite, selon notre population de recherche, de l'angoisse qui pousse les personnes à se sentir rejetées et se

retrouvent dans une « solitude par rejet ». Ces deux éléments nous les retrouvons une seule fois cités en même temps.

Restons sur le nœud « handicapé » et analysons la connexité qu'il a avec « difficultés ». Même si ce deuxième mot appartient à la périphérie première, il s'associe au handicap 18 fois. Cette connexité est importante dans le sens où la déficience visuelle prive ces personnes de la fonctionnalité d'un organe, à la base presque, de la totalité de leurs activités. Les difficultés qui en résultent sont au premier plan. D'où le « sentiment de dépendance » lié directement au handicap et la « rupture avec la vie d'avant » liée à « difficultés » à 10 reprises. Cette connexité constitue une des artères les plus importantes dans ce graphe. La rupture est présente comme première difficulté vécue, ce qui explique qu'elle soit centrale dans la structure de la représentation sociale de la déficience visuelle. Nous verrons que l'élément « difficultés » est cité 14 fois avec l'élément « fatalité ». Dans leurs perceptions de l'atteinte à la vue, ces personnes se réfugient dans ce que cette fatalité procure comme un semblant de réconfort. Elles se réconcilient avec cet inévitable et ce destin auquel elles ne pouvaient échapper. Ceci dit, « la souffrance dans le rapport à soi » est présente à chaque fois que cette « fatalité » est évoquée. Malgré ce semblant de réassurance, ce rapport à soi souffrant est lié et exprimé 06 fois à « fatalité ». Les autres artères lient « fatalité » à « besoin », « sagesse » à 02 reprises et à « mauvaise prise en charge ophtalmologique » à 04 reprises. Ceci nous renvoie, comme nous l'avons exposé plus haut, à cette ambivalence de sentiments. Des sentiments qui expriment d'un côté la soumission à la volonté divine et la percevoir comme une affliction, et de l'autre, cet aveu et regrets relatifs à la prise en charge ophtalmologique tardive.

Reprenons le nœud « handicapé ». En évoquant le handicap, les personnes interrogées pensent à ce « corps incomplet » qui est devenu le leur. Accepté ou pas, élaboré ou non, il constitue un élément important dans la pensée psychosociale de la déficience visuelle. Nous constatons dans le graphe que ce mot n'est en connexité qu'avec « handicapé » 10 fois. Au même degré ; 10 fois, nous observons que « rupture d'avec la vie d'avant » n'est liée qu'avec « difficultés ». Elle est perçue donc comme première difficulté du handicap et du fait d'être des personnes aveugles.

L'élément « solitude choisie » et « nouveaux repères » sont cités avec « handicapé » à 06 reprises. « Colère » et « sentiment de dépendance » sont connectés à « handicapé » 02 fois. L'élément « souffrance dans le rapport à

l'autre » apparaît avec « handicapé » à 04 reprises et « solitude par rejet » à 03 reprises. Des résultats qui nous indiquent que l'élément « handicapé », à lui seul est connecté avec 10 autres éléments. Des connexités importantes par leurs valeurs et nombre. Ce qui lui confère cette position de premier élément du noyau central de la représentation sociale de la déficience visuelle chez ces personnes.

b) Arbre des similitudes de la première catégorie :
(1 an à 10 ans d'atteinte.)

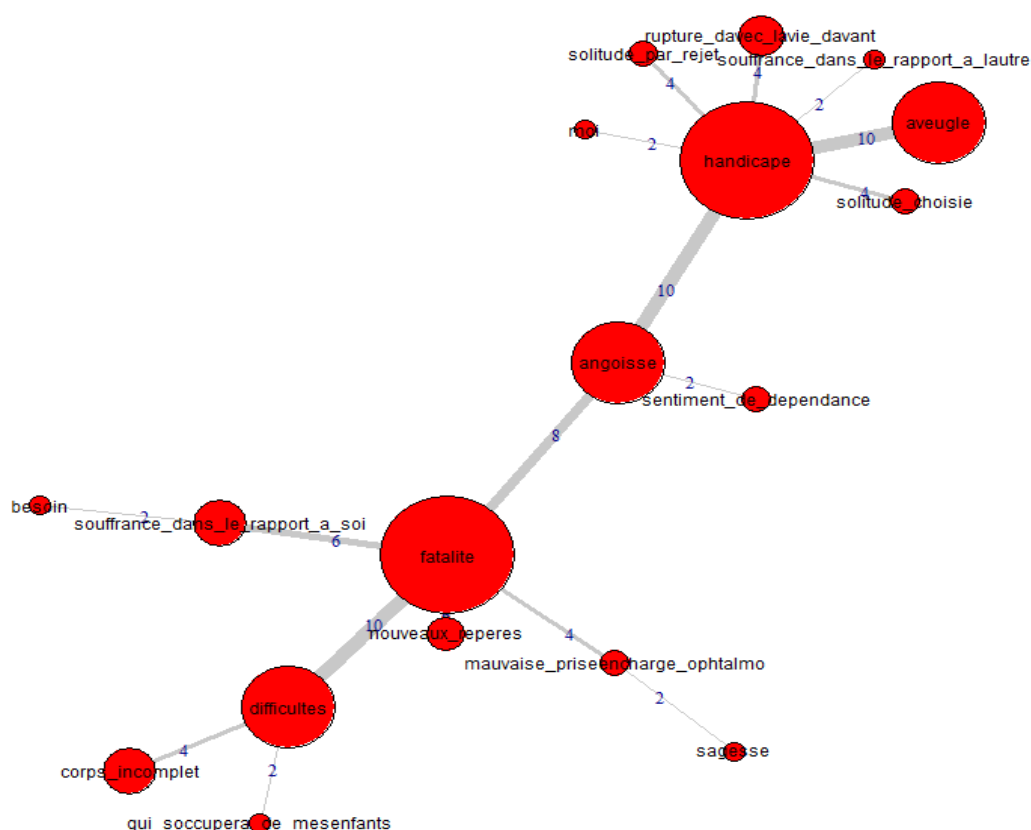


Figure 2. Arbre des similitudes de la 1ère catégorie.
(01-10 ans d'atteinte).

Le premier constat est l'existence de deux blocs distincts. Un élément les lie l'un à l'autre. Cet élément est « angoisse » avec juste une petite arête qui le lie à « sentiment de dépendance » (02 fois).

Le premier bloc est composé du nœud principal « handicapé », lié à « angoisse » par la plus importante des arêtes (10 fois). Six éléments sont cités en même

temps que « handicapé ». La plus importante des arêtes (10fois) est celle qui le relie à « aveugle ». Ceci expliquerait la centralité de ces deux éléments dans la structure de la représentation sociale étudiée. Cinq autres éléments existent en même temps que « handicapé » que sont « solitude choisie », « solitude par rejet » et « rupture d'avec la vie d'avant » cités à 04 reprises à chaque fois. « Souffrance dans le rapport à l'autre » et « moi » sont cités à seulement 02 reprises avec « handicapé ».

Le deuxième bloc est celui avec comme nœud principal « fatalité ». Ce dernier est connecte à « difficultés » par la plus importante des arêtes (10 fois). Cette arête se divise en deux connexités ; une avec l'élément « corps incomplet » (04 fois) et l'élément « qui s'occupera de mes enfants » à 02 reprises. Par ordre d'importance des arêtes, le nœud « fatalité » est connecte à « souffrance dans le rapport à soi » (06 fois) et se prolonge à « besoin » à 02 reprises. Quant à « mauvaise prise en charge ophtalmologique », il se trouve connecte à « fatalité » 04 fois et se prolonge à 02 reprises à « sagesse ». Nous ne verrons « nouveaux repères » qu'une seule fois avec « fatalité ». Des connexités qui reflètent l'enchaînement de la pensée et du raisonnement des personnes interrogées à la base de la structure de la représentation sociale de la déficience visuelle et l'organisation de ses éléments.

c) Arbre des similitudes de la deuxième catégorie :
(11 ans et plus d'atteinte.)

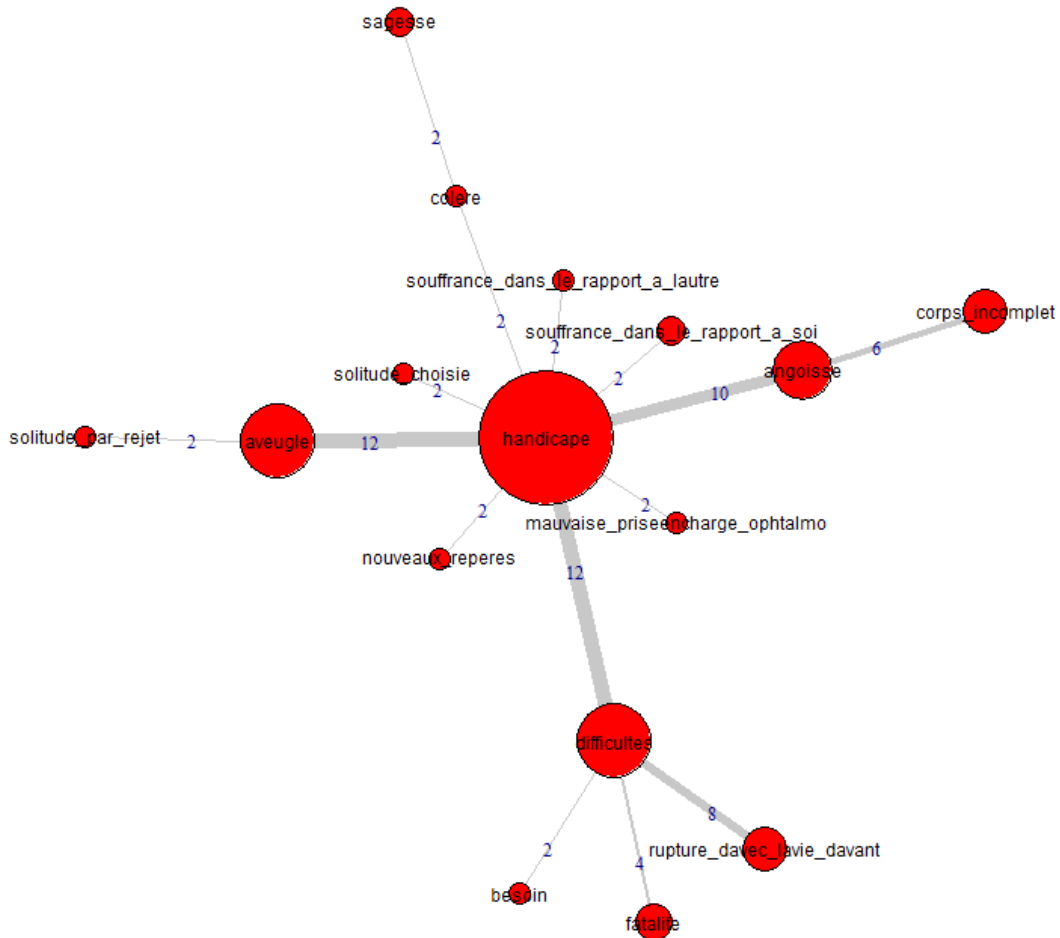


Figure 3. Arbre des similitudes de la 2ème catégorie. (11 ans et plus d'atteinte).

Contrairement à ce qui a été observé chez la première catégorie, il n'existe qu'un seul bloc avec comme nœud principal « handicapé ». Tous les éléments sont connectés à cet élément. Tout tourne autour du handicap chez ces personnes à ce niveau de l'atteinte. Ce qui peut traduire cette identification au handicap, plus précisément le handicap visuel. La connexité « handicapé », « aveugle » (12 fois) le confirme. Quand le handicap est évoqué, il renvoie automatiquement au fait d'être aveugle. Le handicap est définitivement établi ici.

Avec la même importance, l'élément « difficultés » est connecté à « handicapé » à 12 reprises. Cette arête se prolonge vers « rupture d'avec la vie d'avant » (08fois), « fatalité » (04fois) et « besoin » (02fois). L'« angoisse » est aussi connecté à « handicapé » à 10 reprises, cette arête se prolonge vers « corps incomplet » 06 fois. Voilà comment l'élément « handicapé » se trouve au centre de toutes les connexités chez les personnes qui vivent la déficience visuelle depuis onze ans et plus.

Conclusions :

L'analyse prototypique avait révélé l'existence de trois représentations sociales différentes de la déficience visuelle. Ce sont, certes les mêmes éléments constitutifs mais l'organisation de ce contenu représentationnel fait qu'elles soient différentes parce qu'elles ne partagent pas le même noyau central. La variable temps de l'atteinte entrant en vigueur, est à l'origine de cette différence. La différence est observée aussi dans les liens et les connexités qui existent entre les éléments de ce contenu représentationnel. Nous l'avons observé, le temps de l'atteinte affecte ces relations. La pensée change en fonction de ce temps. En procédant à une synthèse des trois arbres de similitudes exposés dans ce travail, nous nous apercevons d'une certaine réduction du nombre des composantes connexes. Nous avons trois blocs connectés sur l'arbre global. Les nœuds principaux sont « handicapé », « difficultés » et « fatalité ». Et les autres éléments sont distribués autour de ces derniers. L'arbre de la première catégorie ne contiendra que deux blocs avec toujours « handicapé » comme nœud principal qui demeure lié à « aveugle », et le nœud « fatalité » qui regroupe autour de lui un nombre important d'éléments. Quant à l'arbre de similitudes de la deuxième catégorie, tous les éléments sont en connexité avec l'élément principal et central « handicapé ». Nous pouvons dire que ces liens traduisent un vécu et un ressenti qui change dans son articulation en fonction de la période de vie de la déficience visuelle. Avec le temps, les personnes commencent à se focaliser plus sur ce statut nouveau qu'est le leur après avoir tenté toutes les possibilités de lui apporter des améliorations, médicales soient-elles, fonctionnelles ou émotionnelles. Elles (les personnes) finissent par reconnaître ce handicap est se l'octroyer tout en le spécifiant. Ceci peut être à l'origine de la mise en place, enfin de cette rupture d'avec la vie de personnes voyantes. Nous pouvons entrevoir à ce moment du vécu de la perte de la vision cette possibilité de l'intégration de cet élément par le biais d'un travail sur soi dans un cadre psychothérapeutique. Nous n'excluons pas cette alternative avec les personnes

de la première catégorie. A ce niveau, l'objet pulsionnel qu'est la vision n'est pas encore perdu pour elles. Elles s'attachent à cet objet pulsionnel et maintiennent la relation tout en sachant qu'elles finiront par le perdre un jour. La perte est vécue dans le déni. Voici donc les soubassements de cette « souffrance dans le rapport à soi » qui apparaît dans la zone centrale de la représentation sociale de la déficience visuelle chez ces personnes.

Ce sont les registres qui régissent la représentation sociale de la déficience visuelle qui font cette différence dans la distribution des éléments représentationnels. Le sociocognitif, le psychologique, l'émotionnel, le subjectif et l'individuel s'entremêlent et c'est à chaque fois l'un d'eux qui prend le dessus sur les autres.

Ce qui attire notre attention, c'est les connexités de l'élément « souffrance dans le rapport à l'autre ». C'est en réalité, avec cet Autre que nous envisageons de les réunir. Le rencontrer, interagir avec lui constitue la base de tout l'édifice psychothérapeutique. Mais cet Autre dont nous parlons, il partage avec ces personnes leur déficience visuelle. Ce qui les rassemblera est cette atteinte. Or, l'autre dont font part les mots et expressions qu'évoque la déficience visuelle chez elles, est cet Autre qui ne souffre pas de la perte de la vision. Celui qui est perçu comme source de souffrance par le fait qu'il appartient à leur environnement et dont les rapports sont à l'origine d'un malaise. Malgré cela, l'élément « souffrance dans le rapport à l'autre » est inexistant dans l'analyse prototypique de la première catégorie, tandis qu'il est dans la deuxième périphérie chez la deuxième catégorie. Et les connectivités qu'il possède sur les deux arbres de similitudes des deux catégories, ne dépassent pas les 02 à chaque fois avec l'élément central « handicapé ». Ce raisonnement est pour expliquer que ce rapport à l'autre n'est pris, réellement en considération qu'après un temps précis de vie avec la perte de la vision. Dix ans d'atteinte semblent être le temps que prennent ces personnes pour passer de la focalisation sur soi et ses souffrances vers ce que l'autre qui n'est pas atteint de déficience visuelle, pourrait susciter comme souffrance et contrainte. Voilà pourquoi, après dix ans, les nouveaux repères commencent à prendre place dans la pensée de ces personnes malgré l'existence de ce sentiment de dépendance. Des ambivalences de sentiments qui témoignent des difficultés que vivent ces personnes sur tous les plans. Les accompagner dans un cadre spécifique leur viendra en aide dans cette quête et reconstruction de soi.

2. Volet des entretiens semi-directifs :

Nous avons réalisé vingt entretiens semi-directifs avec un guide d'entretien qui en avait déterminé les thèmes. 12 personnes de la catégorie 1 et 08 à la deuxième. Nous présentons l'analyse des réponses obtenues en fonction des thématiques qui se sont dégagées tout au long de ces échanges.

a) Devenir une personne atteinte de déficience visuelle :

Dans le cas de la perte de la vision progressivement, toutes les personnes s'accordent pour dire que c'est des pathologies ophtalmologiques qui sont à l'origine de leurs déficiences visuelles. Elles évoluent avec le temps et détériorent par conséquent l'état de leurs yeux. Leurs acuités visuelles se voient touchées et diminuées jusqu'à la déficience visuelle. La prise en charge ophtalmologique par chirurgie, traitements médicamenteux ou rééducation fonctionnelle, ne donnant pas de résultats meilleurs, font que la vision baisse sans possibilités d'amélioration. Toutes ces personnes, qu'elles soient femmes ou hommes et tout âge confondu, accusent le manque existant dans le secteur de la santé dans le pays. Elles évoquent le manque de moyens et d'opportunités de se faire soigner dans des pays étrangers. Elles contestent le fait de ne pas pouvoir bénéficier de possibilités meilleures de prise en charge ophtalmologiques. Elles parlent du temps où il était possible de se faire opérer en France ou en Jordanie surtout, avec des résultats meilleurs. Des convictions qui nourrissent des sentiments de colère et de tristesse en même temps.

Leurs négligences aussi sont en cause dans ce qui leur arrive. Une négligence due à leur ignorance de la gravité de leur état ophtalmologique. Ce sont des personnes qui n'ont pas pris la peine de se faire examiner par des spécialistes en ophtalmologie à temps. La consultation ophtalmologique se fait quand la douleur intervient. C'est seulement cette douleur à l'œil ou à la tête en général qui les oblige à rencontrer ces spécialistes et c'est souvent à des stades avancés de la pathologie ophtalmologique. A ce niveau de l'atteinte ophtalmologique, chaque intervention médicale a pour objectif le maintien le plus longtemps possible de leur acuité visuelle actuelle. Les conditions de vie et l'impossibilité de suivre les consignes médicales à la lettre, font que cette acuité visuelle baisse progressivement jusqu'à ce que la personne devienne atteinte de déficience visuelle.

Dans le cas de la perte de la vision brutalement, comme c'est le cas de deux personnes avec qui nous nous sommes entretenues, devenir des personnes atteintes de déficience visuelle est inévitable. C'est le cas d'accidents de la

route, où les globes oculaires sont endommagés et toute tentative de remédier à la situation est impossible.

b) Déficience visuelle et image du corps :

C'est un mal être qui plonge ces personnes dans un ressenti de manque. Ce corps incomplet, est tu, caché à l'autre si ce n'est à soi." *Jamais je ne pourrai dire que je ne vois pas bien, non non !*" nous dira "Amel" pour justifier son refus de se marier. Un déni de soi avec cette atteinte, altère l'image de ce corps marqué par la baisse de la vision. Cette altération de l'image du corps est source d'une avalanche d'interrogations sans réponses pour la plupart d'entre elles, *"toutes les questions les plus improbables me viennent à l'esprit sans pour autant que je puisse y répondre, il m'arrive souvent de blasphémer !"* nous révélera "Tayeb" qui n'arrive plus à placer un mot après cela.

Les personnes interrogées vivent dans l'anxiété et la détresse. Leurs corps leurs sont étrangers puisqu'elles ne se reconnaissent plus dans ces nouveaux corps sans vision."Mansourah" nous dira avec des soupires qui traversent chaque phrase qu'elle prononce *"ce n'est plus moi, je crois que je suis partie avec la vue que j'ai perdue, je ne me reconnais plus et je ne reconnais plus personne, je veux qu'on me laisse tranquille."*

Dans le cas de personnes ayant subi des interventions chirurgicales de greffe de la cornée, c'est d'un sentiment d'un corps transgressé qu'elles parlent. Dans une ambivalence de sentiments, ces personnes se font greffées et retrouvent pour un certain moment la vue avec une acuité et un champ visuels qui ne les placent pas dans la catégorie des personnes avec une déficience visuelle. Mais le sentiment d'avoir en soi un corps (le greffon cornéen) étranger, les fait nier et ne plus reconnaître leurs propres corps. D'ailleurs, le rejet des greffons après de courtes périodes, est la preuve de cette ambivalence. *"Je pense souvent à la personne qui était propriétaire de cette cornée, je pense au fait qu'elle est morte et que le greffon que je portais a fait un long chemin jusqu'à moi et j'avais la sensation souvent qu'il ne m'appartenait pas et qu'il n'était pas mien et pourtant cela faisait six ans que j'attendais d'être greffé, mais bon.... !"* Ce sont là les propos de "Fodil" qui a vécu deux rejets de greffons cornéen au niveau des deux yeux.

La perte de la vision touche certainement le corps humain mais fait que l'image du corps soit altérée de manière à ce que la personne atteinte de déficience visuelle ne puisse porter ce corps avec ce manque et poursuivre ses projets de vie sans contraintes psychiques au premier plan.

c) L'estime de soi avec la déficience visuelle :

Elle tend souvent à la baisse chez ces personnes. Tout ce qui arrive autour d'elles affecte leurs perceptions d'elles mêmes. Conscientes que c'est dans une tentative d'aide et de soutien que leur entourage essaye de les approcher par tous les moyens mais cet entourage ne s'aperçoit pas qu'il ne fait que marquer encore plus profondément leurs blessures narcissiques. Ces personnes se sentent dévalorisées et incapables, elles se disent handicapées et bonnes à rien.

Elles subissent leur handicap parce qu'elles le rejettent au fond d'elles-mêmes. Touchées dans ce qui leur permet de bouger et de se faire valoir, elles se sentent bloquées dans un périmètre restreint qu'elles connaissent ou qu'elles ont été obligées d'apprendre à connaître. Un espace qui leur permet de retrouver un semblant d'autonomie nécessaire. Une autonomie qu'elles ont perdue avec la perte de leur vision. Une dépendance à leur entourage qui est terrible à vivre puisqu'elles se sentent comme un lourd fardeau à porter surtout par leurs proches. *"Personne ne doit se sentir obligé de prendre soin de moi, je ne demande à personne de m'aider, j'arriverai à m'en sortir toute seule !"* crierait "Fatéma" dans un élan de colère teinté d'un sentiment de manque et d'incapacité, une femme qui apparemment ne supporte plus qu'on lui dise et qu'on lui répète qu'elle ne peut pas faire ce qu'elle faisait avant.

Nous avons rencontré des femmes qui parlent de leurs enfants qui se voient, malgré leur jeune âge contraints à prendre soin d'elles. Les hommes, quant à eux se disent incapables de subvenir aux besoins de leurs familles et qu'ils doivent maintenant se contenter de ce qu'on leur offre pour répondre à leurs propres besoins. La crainte de l'abandon est vécue par ces femmes et ces hommes à travers cette incertitude relative à leur devenir, qui ne fait que les plonger dans un tourbillon de ressentis dépressifs. Ces personnes perdent en parallèle confiance en ce qui faisait autrefois leur force, leur identité, leur estime de soi à la base de leur unicité et continuité individuelle.

Leur dépendance aux traitements médicamenteux atténuant et/ou stabilisant les douleurs oculaires contribue quant à elle à cette incomplétude narcissique à la base de cette estime de soi destinée souvent à la baisse. Des connotations négatives de cet afflux émotionnel et affectif qui affecte l'ensemble de la personnalité de ces personnes atteintes de déficiences visuelle.

d) Le relationnel affecté par les retentissements de la perte de la vision :

Nous parlions plus haut de cette image de soi que chacun aimerait non seulement avoir mais en plus donner et offrir aux autres. Le regard environnant

est essentiel dans la considération et l'estime de soi. Atteintes de déficience visuelles, ces personnes sont dans l'incapacité de soigner cette image. Elles ne peuvent plus cerner le regard de l'autre mais par contre se l'imaginent et l'anticipent. C'est un regard dévalorisant, un regard de pitié intolérable, un regard qui ne répond pas à ce qu'elles voudraient renvoyer comme image. *"Même si tout le monde autour ne nous veut nous consoler avec des propos rassurants et gratifiants, personne ne peut nous ôter cette idée de la tête, cette idée que nous sommes différents des autres, nous sommes aveugles."* Une différence qui souvent n'est pas visible sur le corps, mais la personne avec cette atteinte visuelle la perçoit comme ce qui la caractérise et la différencie des autres. Elle s'identifie à cette déficience et ses conséquences et restrictions et delà tout le relationnel est affecté et altéré. L'autre est vécu comme angoissant et frustrant, même si ce dernier est dans une relation d'aide et de soutien. L'autre ; semblable ou différent, c'est la même personne avec la même perception et la même impression qu'il renvoie. Les personnes que nous avons rencontrées et avec qui nous nous sommes entretenues, parlent d'un sentiment de déchirement qui enveloppe leurs êtres parce qu'elles se sentent seules et rejetées même si elles sont bien entourées et entretenues. Elles s'identifient par cette altérité et de ce fait se dissocient de tout lien à cet Autre. Un vécu de détresse en permanent qui caractérise leurs vies de personnes atteintes de déficience visuelle.

e) La perte de la vision entraînant d'autres pertes :

Dix neuf personnes des vingt avec qui nous nous sommes entretenues ont dû interrompre soit leurs professions soit leurs études à cause de leur déficience visuelle. Quitter l'école ou l'université parce qu'elles ne pouvaient plus suivre leurs cours et devaient surtout enchaîner les consultations et les examens ophtalmologiques qui se déroulaient à des kilomètres de leurs chez eux. *"Je devais me faire injecter un sérum dans l'œil toute les semaines pendant six mois et ce n'était que le début du traitement, alors ma mère et moi devions rester chez ma tante pendant tout ce temps. J'étais absente à mes examens à mes cours à plusieurs reprises jusqu'à ce que je ne puisse plus regagner les bancs de mon école à cause de mes yeux qui ne pouvaient plus distinguer les choses !"* ce sont les mots de "Salima" qui a été contrainte de quitter son école et ses études à l'âge de 13 ans. Elle se rend au service d'ophtalmologie jusqu'à nos jours, vingt six ans après, pour une injection au niveau de l'œil droit (le seul encore fonctionnel avec une acuité visuelle de 2/10^{ème}) et cela doit durer toute sa vie.

Des carrières professionnelles se sont vue interrompues et perdues parce qu'aucune amélioration visuelle n'a pu être atteinte. "Abdelkader" et "Zoubida" étaient obligés pendant longtemps à taire leurs difficultés visuelles et leurs incapacités à voir avant d'accumuler les congés de maladies jusqu'à leurs retraites anticipées. Des manœuvres et stratégies pénibles et très dures afin de ne pas encore souffrir sur le plan des revenus et salaires. *"Dire que j'ai des problèmes de vue, c'est tout simplement la porte, je ne peux infliger cela à ma famille."* Nous confiera Abdelkader ; gardien dans une société d'automobile. Quant à "Zoubida" ; biologiste de formation nous parlera de l'aide qu'elle recevait d'une collègue à elle pour les examens sous microscope. *"Elle (sa collègue) faisait les prélèvements et les examens et je me contentais de saisir les résultats sur l'ordinateur avec une police de saisie de 36 !"* Elle ajoutera que *"cela a marché pendant un certain temps jusqu'à ce que je me résigne à l'idée de quitter mon emploi car j'étais vraiment incapable de continuer et cela me fatiguait de berner tout le monde, je ne me rendais même pas compte que je me faisais plus de mal que de bien."*

En voilà des témoignages qui attestent que la perte de la vision suscite la peur et la crainte de subir et vivre d'autres pertes. Une crainte de pertes qui finissent par se concrétiser rapidement. Car dans la tentative de ne pas laisser la déficience visuelle compromettre leurs projets de vies, ces personnes ne s'aperçoivent même pas qu'elles foncent directement dans ce ravin de pertes multiples. Perdre la vue pour ces personnes est synonyme de tout perdre, du plus élémentaire jusqu'au plus futile et insignifiant dans leur vies. Cela ne justifie en aucun cas leurs attitudes mais nous renseignent plus sur cette souffrance vécue dans le silence la plupart du temps.

f) Dire soi ; une panacée ?

A la fin de chaque entretien, toutes les personnes avaient exprimé le bien que cela leur a fait de parler et d'échanger avec nous autour de leurs pathologies, perte de la vision et leurs difficultés rencontrées avec la déficience visuelle. Dix huit d'entre elles nous avaient confié que jamais elles n'avaient pris la peine de discuter de ce sujet auparavant. *"Jamais je n'ai passé autant de temps à parler de moi et de ce qui m'est arrivé avec quelqu'un !"* nous dira "Samia" qui semblait triste que notre entretien touche à sa fin. Parler d'eux-mêmes et de la spécificité de leurs vécus avec la déficience visuelle, a fait resurgir en eux des émotions fortes, qui étaient restées étouffées pendant longtemps. C'est leur conscience que c'était des ressentis dissimulés qui nous laisse dire que ce n'était

guère du ressort du refoulé. La souffrance prenait naissance dans l'impossibilité d'échanger verbalement autour de leurs cas pénibles. *"Ce n'est pas facile, ni pour moi ni pour mes proches. J'évite d'en parler car je suis souvent confronté à des réactions qui me font plus mal."* Nous confie "Ammar" avec un nœud dans la gorge. Nous avons été confrontés tout au long de nos entretiens à ce qu'on appelle en psychologie clinique, des ascenseurs émotionnels chez chacune des personnes interrogées. Nous sommes parfois face à des larmes, des rires, des silences, des colères, des regrets, des joies et des tristesses. Elles vacillent d'une émotion à une autre avec excès à chaque fois. Ce qui témoigne à notre avis de l'intensité du ressenti du vécu de l'entretien et ce qu'il provoque comme réactions affectives en elles relatives bien sûr à leurs atteinte de déficience visuelle. Un bouleversement affectif qui semble leur avoir fait beaucoup de bien si on doit en juger par leurs propos. *"Je crois que parler de moi comme je ne l'ai jamais fait avant, m'a permis de réaliser que je devrai le faire souvent, je me sens léger et un peu libéré ; c'est presque miraculeux je dirais" !* Des mots prononcés avec beaucoup de difficultés pour "Hamid" qui nous quitte en nous remerciant de *"l'excellent moment"* qu'il avait passé en notre compagnie. "Abbassia" quant à elle, nous demandera si elle peut revenir pour un autre entretien car elle *"crois que j'ai beaucoup de choses à dire. Je crois que parler et partager ne peut que me faire du bien et je viens à peine de le réaliser avec vous, je me sens bien et je veux être comme ça tout le temps."* Cinq autres personnes sont dans ce discours de vouloir répéter l'expérience d'échanger verbalement autour d'elles mêmes et de ce qu'elles vivent comme situations non exprimées.

Parler de soi et s'exprimer au nom de ce soi n'a fait que les pousser à réaliser la facilité avec laquelle elles ont pu se procurer un court moment de bien être même s'il était vraiment chargé d'intenses émotions. Ces personnes ont pu s'écouter raconter leurs histoires et expériences avec la déficience visuelle, ont pris conscience des retentissements que ceux là ont eus sur elles et ont exprimé le vœu de recommencer l'expérience. Ceci ne pouvait que servir les objectifs de la recherche auprès d'elles et servir par conséquent la visée thérapeutique par l'appartenance à un groupe de parole qui répondait parfaitement à leurs attentes.

Récapitulons :

Les résultats des entretiens semi-directifs réalisés, nous renvoient vraisemblablement aux mêmes registres observés lors des questionnaires d'associations libres. Ceci pour dire que la déficience visuelle est vécue certes dans le corps mais tout le psychisme en est affecté. Le sociocognitif étant à la base de ce vécu et de ce qu'il génère comme souffrance ne peut qu'accentuer ce sentiment d'ultime détresse et frustration. L'identité en est touchée, l'image du corps est altérée et l'estime de soi est trop basse pour pouvoir avancer sans conséquences qui pourraient être très tragiques pour certains s'ils ne se font pas aider.

3. Volet des prises en charges psychothérapeutiques individuelles.

Nous présentons dans ce volet les études de cas réalisées auprès de cinq sujets dont la présence aux séances de psychothérapie interpersonnelle individuelle était hebdomadairement respectée et a permis l'élaboration de profils psychologiques complets avec l'évolution de la thérapie.

Ils se prénomment dans l'ordre des présentations des cas ci-dessous ; Nadia, Insaf, Abdallah, Messaouda et Samir. Ce sont ces cinq personnes que nous retrouverons au sein du groupe de parole constitué à des fins psychothérapeutiques complémentaires. Les définitions simplifiées des atteintes ophtalmologiques ici, sont des réponses verbales données par des résidents travaillant avec nous au niveau de l'EHS ophtalmologie d'Oran.

Nadia.

Âgée de 48 ans et présentant sur le plan ophtalmologique un kératocône bilatéral (une perte de la sphéricité de la cornée qui prend la forme d'un cône, et fait baisser considérablement l'acuité visuelle au niveau de l'œil touché.) depuis l'âge de 16 ans. Elle accumule les avis médicaux et va, à l'âge de 20 ans jusqu'en France pour une greffe de la cornée avec une prise en charge de la sécurité sociale. Une intervention chirurgicale mal prise en charge sur le plan ophtalmologique, selon ses dires, à son retour en Algérie. Ce qu'il lui a valu un premier rejet du greffon au niveau de l'œil droit. Elle bénéficie de deux autres interventions chirurgicales de greffe de la cornée en l'espace de trois ans, mais un accident (un coup de chaise sur la tête) a provoqué un rejet au niveau de l'œil gauche et un éclatement du globe oculaire à l'œil droit. Aujourd'hui, elle est monophtalme (un seul œil fonctionnel) avec une acuité visuelle de 02/100^{ème} au niveau de l'œil gauche.

a. Motif de la consultation :

Nous observons une certaine anhédonie et une asthénie traduite par une expression faciale et un ton de la voix exprimant le découragement, l'abattement et la tristesse intense. Nadia ne cesse de pleurer pendant tout l'entretien, chaque mot, chaque énoncé provoque en elle une intense émotion porteuse d'angoisse massive et diffuse. Elle nous révèle que sa maladie "*est la plus difficile et terrible des maladies.*" pour elle c'est plus "*grave que d'avoir un cancer*" "*j'aurais voulu perdre l'usage de mes pieds et non pas mes yeux.*" Sa plus grande peur est ne plus pouvoir bouger sans qu'on lui prenne la main "*quand je suis ici (l'EHS ophtalmologie) et que dans la salle d'attente j'aperçois une personne à qui on tient la main pour qu'elle trouve son chemin, mon cœur se met à battre très fort et je ne peux retenir mes larmes, c'est la chose que je redoute le plus dans ma vie, je préfère mourir que d'en arriver là.*". Un rire ironique vient interrompre l'afflux de larmes pour faire allusion au fait qu'elle est déjà morte et cela depuis qu'elle a perdu ces deux greffons qui lui permettaient d'être plus au moins indépendante dans ses déplacements et agissements. Elle était venue trouver réconfort dans ce qu'elle appelait la science de l'âme. "*J'ai toujours cru qu'un psychologue pouvait me comprendre et ainsi m'aider à ne pas perdre la raison.*"

b. Sémiologie de la personnalité :

Sur le plan psychologique, elle se présente comme une personne avec une vision pessimiste du monde et d'elle-même. Sa vie ; actuelle et passée, est entrevue à travers une grille de lecture cognitivement biaisée de l'échec, l'incapacité et la perte de l'espoir en sa guérison et de retrouver un jour la vue. Une incapacité personnelle qui la rend terriblement tendue quand elle évoque l'incident où elle a été victime de coups de battons et de chaise très forts et agressifs de la part de son père sur le crâne. "*Que dieu lui pardonne et que lui, me pardonne si je lui ai dis un jour ce qu'il ne fallait pas.*" Elle décrit son père comme un homme très sévère, qu'elle a toujours craint mais qu'elle reste persuadée qu'il regrette ce qu'il lui a fait subir. Nadia évoque le sentiment de culpabilité vécu par son père, comme pour atténuer de sa souffrance et de sa colère contre lui, et tente de justifier tout ce vécu par la volonté de dieu "*c'est pourquoi je me dis qu'il faut penser au jour du jugement dernier, comme bons musulmans qui n'ont rien pu faire dans leur vie, nous tenterons de gagner la miséricorde et le pardon de dieu et ainsi le paradis.*"

Nadia craint le regard des gens autour d'elle, un regard qu'elle qualifie de pitié qu'elle ne peut tolérer, un regard qui la met hors d'elle et la rend impulsive et agressive, "*même ma mère et ma sœur ne veulent pas comprendre que je ne veux plus qu'elles me regardent ainsi.*", "*j'ai le sentiment qu'elles me regardent tout le temps !*". Elle dit s'emporter souvent contre sa "*pauvre mère*" qui elle aussi est souvent victime des coups de son père. Nadia reproche à sa mère le fait de ne pas se défendre et de ne pas les protéger elle et sa sœur de la colère et l'agressivité physique de leur père. "*Si dès le début, elle lui avait tenu tête, elle ne serait pas aujourd'hui avec un sein en moins.*" En effet, Nadia considère que le cancer de sein dont souffrait sa mère n'est que le résultat de "*son silence pendant des années face aux maltraitances subies et surtout le remariage de mon père, ça a été le coup fatal pour elle.*" Et que sa sœur et elle n'ont commencé à vivre le calvaire à la maison qu'après que la seconde épouse soit venue s'installer avec eux.

Nadia exprime son vœu d'être comme toutes les filles, qu'elle dit être normales, elle voudrait avoir une vie normale : "*mariée, avec une maison et des enfants. Mais qui voudra de moi, je ne sais même pas à quoi je ressemble, je ne peux pas me regarder dans un miroir, tout m'est étranger.*"

Elle ne cesse de se questionner sur la manière dont les hommes atteints de déficience visuelle conçoivent leurs vies de couple "*puisque nous les filles, on accepte de nous marier avec des hommes parfois non voyants, pourquoi eux ne font-ils pas la même chose ?*", "*cela m'intéresserait de leur poser la question !*" (Rires).

Elle explique que les filles dans son cas refusent d'en parler, "*elles ne veulent même pas partager leurs expériences avec moi quand j'aborde la question, je peux comprendre, ce n'est pas négatif, c'est leur droit, elles sont libres, mais j'insiste, il n'y a pas de mal à en parler, cela pourrait aider d'une manière ou d'une autre !*". Perdre la vue pour elle est perçu comme étant la fin de tous ses souhaits d'enfance, "*comment travailler et gagner de l'argent alors que je suis aveugle ?*" Elle voulait être infirmière quand elle était enfant mais l'arrêt forcé de ses études dû à cette déficience visuelle l'avait empêché de suivre ce chemin, "*ma vie se résumait à faire le ménage pour ma belle-mère et courir dans les hôpitaux en vain.*"

c. Etude du fonctionnement mental :

Un tableau clinique de dépression majeure en raison de la structure individuelle frustrée de Nadia. L'humeur dépressive qui contamine l'ensemble de l'image de soi en défaut, la plonge dans un vécu psychique sous le prisme de l'incapacité personnelle, la perte d'espoir et la solitude. On observe des attitudes de révolte et de colère souvent réprimées. L'afflux émotionnel dont elle fait preuve témoigne d'une souffrance psychique difficile à contenir et à comprendre. En parallèle, Nadia semble posséder une certaine disponibilité et surtout capacité à l'écoute de l'autre, surtout celui qui lui ressemble dans son atteinte de déficience visuelle. Elle voit en cette attitude une possible manière de comprendre sa propre souffrance. Le rapport à soi est très dégradant et dénigrant, on peut même parler de sous-estimation de soi. Quant au rapport à l'autre ; l'autre qui lui ressemble et partage avec elle un vécu de la perte de la vision, il reste un domaine que Nadia désire découvrir et exploiter afin de dépasser ses craintes et ses peurs relatives au regard de l'autre ; l'autre non touché par l'atteinte de la déficience visuelle qui la frustre souvent.

d. Evolution de la thérapie :

L'objectif premier ici est d'identifier la thématique conflictuelle réelle dont souffre Nadia. Toutes les manifestations psychiques observées n'expliquent pas la labilité émotionnelle dont fait preuve la patiente. Il est certain que le processus de deuil relatif à la perte de l'intégrité corporelle n'a jamais été entamé à cause du surinvestissement libidinal orienté vers un objet relationnel substitutif qu'est la chirurgie ophtalmologique à répétitions. Quant au cognitif, il est basé sur des interprétations personnelles nourries plus par l'émotionnel que par le rationnel. L'impulsivité affective reste le seul soubassement pour chaque comportement et attitude de la part de Nadia. Ce qui est intéressant chez elle, est cette revendication constante de l'autre qui lui ressemble dans l'atteinte de déficience visuelle. Cette capacité et volonté à être à l'écoute de ce dernier dans le but de mieux comprendre et se comprendre surtout. Nous estimons que ceci pourrait constituer une vraie ouverture à sa souffrance, si les relations interpersonnelles connaissaient des améliorations. Afin de palier aux multiples failles narcissiques dont souffre Nadia, un processus de transition de rôle social devrait s'opérer au sein de son environnement familial le plus restreint. Un élément qui favorise à notre avis la possibilité de l'intégration d'un groupe de parole autour de la déficience visuelle. Le tableau clinique de dépression majeur peut connaître un dénouement au sein de ce groupe de parole et le processus de

deuil de la perte de la vision sera entamé correctement et sainement et intelligemment.

Insaf.

Mariée depuis sept ans et jeune maman de deux garçons de 02 et 05 ans, âgée aujourd'hui de 31ans, elle souffre d'un kératocône elle aussi depuis l'âge de 16ans. Une pathologie à l'origine de sa basse acuité visuelle de 2/100^{ème}. Deux interventions chirurgicales ophtalmologiques en 2006 et en 2019. "*Je ne savais pas que j'avais un kératocône, et je portais de grosses lunettes.*" C'est l'impossibilité de poser un diagnostic ophtalmologique à son jeune âge et le port de lentilles qui ont été à la base du stade très avancé de sa pathologie, selon ses médecins. Ce qui lui a valu la première intervention en France. "*Déçue, très déçue. Je pensais qu'avec la greffe de la cornée, cela allait bien se passer et que j'allais retrouver la vue.*" Aucune amélioration sur le plan ophtalmologique et recommandation de port de lentilles ; ce que Insaf redoutais le plus, "*j'ai une phobie des lentilles, les porter m'a causé beaucoup de tort quand j'étais jeune, d'ailleurs j'ai quitté l'école à cause de cela, les jeunes se moquaient de moi tout le temps.*"

a. Motif de la consultation :

"*Je n'arrive pas à accepter ni ma maladie, ni l'opération*". Insaf parle d'un corps étranger qui est en elle et avec qui elle parle souvent. Ces conversations sont loin d'être hallucinatoires mais c'est un discours conscient à visée réconfortante et rassurante qu'elle entreprend avec elle-même afin de minimiser ses craintes d'échecs opératoires. "*Si je perd encore ce greffon, je crois que je deviendrai folle. Mais je n'arrive pas à l'accepter*". Elle dit ne plus pouvoir continuer avec tout ce vécu de peur et d'incertitude. Elle s'était isolée et cessé toute activité au sein de sa maison. Ces enfants étaient pris en charge par sa mère et "*mon mari ne sait plus quoi faire avec moi, je ne lui parle pas et je n'ai pas envie qu'il me parle.*" Insaf nous confie qu'elle ne mange plus et qu'elle a perdu l'envie même de se nourrir. "*Je ne dors plus, je pleure à longueur de journée et je me dis à quoi je sers telle que je suis ?*" En réalité, Insaf était venue nous voir en exécutant un ordre de sa mère, "*elle m'a bien expliqué que si je ne me faisais pas aidée par un spécialiste en la question, elle ne m'adresserait plus la parole.*" Insaf fini au bout d'une demi heure exactement par admettre qu'elle avait besoin d'aide car elle ne se reconnaissait plus ;"*j'avoue que juste le fait*

d'en parler aujourd'hui me fais quelque chose, je suis prête, allons y (rires)". Il s'en suit un long silence et de discrètes larmes et la phrase suivante : "Insaf.... je viens te chercher".

b. Sémiologie de la personnalité :

Très révélateurs ses mots ! Perdue dans cette ambivalence de sentiments entre vouloir s'en sortir et ne pouvoir y arriver. Elle se dit "*seule, toute seule*". La présence constante de ses parents et de ses enfants autour d'elle ne fait que rendre les choses plus difficiles pour elle "*je me demande pourquoi je me suis mariée et je suis folle d'avoir eu ces enfants.*". Insaf nous livre son histoire avec la greffe de la cornée et le rejet du greffon avec beaucoup de sérénité et cohérence de propos même si ce vécu était plein de souffrance sur tous les plans "*c'est dur, très dur, ne pas voir est synonyme pour moi de mort, je ne vis plus. Le plus dur est que tant de souffrance et d'efforts en vain. Aucun résultat, rien, c'est dur*". Mais la frustration et l'angoisse regagnent ses propos quand elle évoque sa deuxième intervention qui semble se compliquer selon ses médecins. Elle nous parle de ses parents qui ne l'ont jamais quittée et envers qui elle ressent "*tout l'amour du monde mais obscurci par le sentiment de leur avoir mené la vie dure durant toute ma vie*". Elle dit que le seul lien qui la maintient en vie c'est son fils aîné. Il ne la quitte pas des yeux et il lui pose un tas de questions auxquelles elle ne donne aucune réponse mais "*éveillent en moi beaucoup de peine et de tristesse.*" Insaf porte depuis quelque temps un pansement oculaire par indication médicale sur son deuxième œil opéré. Ce qui pousse son fils à lui demander quand est-ce qu'elle l'enlèvera. "*Souvent il me demande que si il travaillait bien à l'école et qu'il puisse avoir de bons résultats, j'accepterais d'enlever le pansement ?*". Ces questions n'ont jamais trouvé de réponses chez elle pour lui mais elles la plongeait dans ce qu'elle appelle "le cauchemar" de sa vie. Dans son silence et son isolement, la crainte et la peur immense que son deuxième œil rejette le greffon la hante au point d'être très agressive si on la provoque pour la faire sortir de son silence. "*Il n'y a qu'envers mon mari que je peux exprimer ma colère et mon agressivité, il me comprend et je sais qu'il ne m'en voudra pas pour ça, il comprend...*".

c. Etude du fonctionnement mental :

Un état d'angoisse génératrice d'anxiété évoluant depuis sa deuxième greffe de la cornée sur une personnalité présentant des traits anxieux tels l'isolement et l'évitement. On observe un fléchissement de l'humeur avec la perte d'intérêts et le sentiment de solitude ainsi qu'une lassitude à y faire face. Son insomnie l'empêche d'avoir les idées claires et de bien penser son vécu. Son irritabilité et

agressivité verbale restent réactionnelles. Il existe par conséquent une symptomatologie anxieuse et dépressive qui évoque la comorbidité d'un épisode dépressif majeur et d'un trouble d'anxiété généralisé. Elle ne se reconnaît plus avec cette greffe perçue comme un corps étranger. Une intégrité corporelle menacée qui risque de perturber toute l'unité de soi. Les rapports à l'autre chez Insaf répondent à trois registres. Le premier est d'étayage avec comme objet pulsionnel ces parents, plus précisément sa mère qui lui substitue dans son rôle de jeune mère de deux enfants de bas âge. Le second a comme soubassement une relation objectale de type anaclitique d'avec son fils aîné. Reposant sur son seul objet d'amour, elle constitue une nécessaire relation de survie qui est toutefois teintée de l'ambivalence amour – peine et tristesse. De type régressif, cette relation est adaptative à la réalité environnante d'Insaf. C'est ce qui lui confère son caractère de mécanisme de défense permettant une réassurance sans pour autant être signe de stabilité et d'équilibre psychique réels. Le troisième registre est celui du déni. Le déni de l'instabilité de sa vie de couple. Le déni de l'existence d'un conflit relationnel avec son mari. Insaf considère d'emblée que son mari comprend sa situation au point de n'orienter sa colère qu'envers lui. Il n'est là que parce qu'il la comprend. Elle n'évoque aucun détail relatif à sa vie de couple. Elle ne parle de son mari que pour faire référence à sa prétendue compréhension. Un point qui mérite d'être discuté lors de la prise en charge psychothérapeutique de groupe.

d. Evolution de la thérapie :

Ce qui est à retenir est que l'état de fléchissement de l'humeur chez Insaf ne s'est pas amplifié après le début de la prise en charge psychologique. Ce qui a poussé Insaf à une assiduité exemplaire lors des séances programmées. "*Je suis réellement moi quand je sors de votre bureau, et je me manque à moi...* (Soupires)". Un sentiment témoignant que la difficulté de s'exprimer dont se plaignait Insaf commençait à disparaître pour laisser place à un afflux verbal et émotionnel très significatif et révélateur et surtout gratifiant et rassurant. "*Je n'ai jamais pensé qu'un jour je pourrais non seulement parler de moi mais plus encore aimer le faire, cela me fait tant de bien.*" Ce sont là des éléments importants pour le dénouement de la thématique conflictuelle dépressive d'Insaf, maintenant que l'aspect anxiogène s'était dissipé. Elle reste malgré tout cet avancement positif dans sa thérapie dans son isolement et sa solitude. Elle craint l'inconnu. Elle n'a jamais été dans une relation autre que celles présentées précédemment. Quant à sa relation avec nous elle a connu trois étapes que Insaf décrit comme suit : "*le premier jour je me demandais à quoi vous ressembliez car je n'apercevais que votre silhouette. Avec les jours, c'est votre voix et votre façon de me parler et de m'aider à m'exprimer sur ma propre personne que j'ai*

commencé à apprécier et me faisait revenir ici. En dernier je ne pensais même pas à la question de votre image parce que je commençais à me voir telle que je n'ai jamais été et surtout telle que je souhaitais être il y a longtemps. Une personne qui n'a pas peur des autres." Une relation qui pourrait se reproduire avec d'autres personnes surtout celles qui vivent la déficience visuelle comme elle. Une suggestion qu'Insaf accepte après presque un mois de réflexion. Une période suffisante pour considérer que son consentement à rejoindre un groupe de parole fut sans contraintes.

Abdallah.

Abdallah, directeur d'un établissement scolaire du cycle moyen au sud de l'Algérie. Il s'apprêtait à prendre sa retraite, quand son médecin lui annonce qu'il était atteint d'une cataracte (opacification du cristallin) au niveau des deux yeux. Il subi une première intervention chirurgicale à l'œil droit en 2013 sans amélioration. Au bout d'une année, son acuité visuelle est de 2/100^{ème}, un résultat qui le pousse à refuser de se faire opérer à l'œil gauche tout en sachant qu'il risquait de perdre la vue complètement. Sa cataracte lui donnait *"l'impression d'avoir un voile devant les yeux qui l'empêchait de bien voir"* mais qui ne l'avait pas empêché de *"vivre sa vie pleinement, j'étais bien épaulé et je suis une personne qui croit en dieu tout puissant."* En 2015, il est officiellement retraité et pour lui ce fut le *"commencement de vie de personne aveugle, profondément aveugle. Mon cas s'était aggravé avec la tension oculaire dont je souffrais"* C'est ainsi qu'il se définit quand il raconte son histoire avec la déficience visuelle. *"J'avais plein de projets pour ma retraite, mais le bon dieu en a décidé autrement, louanges à lui."* Il faut souligner que Abdallah est père de sept enfants ; trois filles et deux garçons issus d'un premier mariage, âgés entre 18 et 31 ans, et de deux petites filles de 10 et 06 ans, fruit de son deuxième mariage. Les deux épouses avec leurs enfants vivent ensemble mais séparément dans une villa de quatre étages. Abdallah dit que c'est *"une manière d'être équitable avec les deux femmes. Je ne tiens pas à ce que dieu m'en veuille pour cela."*

a. Motif de la consultation :

C'est un *"sentiment de profonde peine qui a réveillé en moi quelque chose que je ne comprends pas."* Abdallah nous raconte comment il bascule d'un état *"normal"* à une sensation d'*"asphyxie qui me paralysait."* Le facteur déclenchant

était une phrase que sa petite fille de 06 ans avait prononcée en s'adressant à sa maman et qui faisait part de sa décision définitive de ne plus vouloir aller à son école afin de s'occuper de son papa et lui tenir compagnie car elle avait constaté qu'il pleurait quand il était seul dans le salon. *"Je ne me rappelle pas avoir pleuré un jour, mais j'ai pleuré ce jour là. Mon petit ange avait déclenché en moi une cascade de larmes que je ne contrôlais plus, je ne comprenais plus rien."*

Abdallah parle du *"film de ma vie ; scénario et réalisation bibi"*. Il raconte ses voyages effectués dans le monde entier *"je n'ai laissé aucun pays, j'ai vu le monde entier, j'ai fais des rencontres inoubliables et je crois qu'il ne me restait plus rien à voir en ce bas monde"*. Des sentiments contradictoires qui basculent d'un état de sérénité et de soumission à la volonté divine à un état d'incompréhension totale de son ressenti. C'est *"ma femme qui m'a conseillé de voir un psychologue, elle pense que j'en ai réellement besoin et je lui fais pleinement confiance. Elle me connaît très bien et elle a toujours su comment m'apaiser. En réalité, elle m'aime et si je suis là encore c'est grâce à elle. On est en fusion elle et moi depuis que j'ai 16 ans....Une vie."*

Aujourd'hui, tout lui est étrange ; *"bizarre, je ne me sens pas bien mais je ne sais même pas pourquoi. Mes larmes coulent en silence et je n'arrive même pas à les stopper. J'ai vraiment mal mais je ne comprends pas ce qui m'arrive. "*

b. Sémiologie de la personnalité :

Sur le plan psychologique, Abdallah présente une personnalité qui a basculé d'un état de total contrôle et de maîtrise des situations quotidiennes ; quelles soient professionnelles ou personnelles et familiales à un état de complète dépendance dans les plus élémentaires des tâches de la vie quotidienne. Ce qui est à retenir est qu'il a été banni et rejeté par sa première femme et ses enfants après son remariage. Chose qui ne l'a nullement dérangé (selon ses dires) *"dieu m'est témoin qu'en aucun cas je n'ai failli à mon devoir envers eux malgré que cela était une vie que je n'avais pas choisie. J'obéissais à ma mère tout simplement. Mon cœur était ailleurs depuis longtemps."*

Le décès de sa mère a été pour lui une délivrance d'*"un pacte avec elle. J'étais libre de faire ce que je veux après sa mort. Ce sont là ses (ma mère) closes du contrat. "*

C'est donc sa *"bien aimée"* qui s'occupe de tout et de lui *"sans qu'elle n'exprime aucune plainte"* Il n'a jamais été question pour Abdallah de remettre en

perspective son passé dans un bilan de vie d'avant, pendant et après. Il vivait l'instant présent avec ce qu'il appelait "*l'amour de ma vie.*"

c. Etude du fonctionnement mental :

On reconnaît bien ici le déni d'une situation et d'un vécu frustrants et angoissants, substitués par ce que j'appellerai un processus de surinvestissement libidinal avec comme finalité, transformer son monde et son rapport à l'autre d'une manière à installer un nouvel équilibre et se reconstruire un monde qui lui permet d'exister. Un monde tel il l'a voulu et souhaité depuis son jeune âge. Vivre dans l'attente de réaliser son rêve d'épouser la femme qu'il aimait, il fait obstruction de sa vie de mari et de père. Cette dernière se résumait à subvenir aux besoins de la famille sans aucune implication émotionnelle. Les enfants issus de ce mariage, Abdallah parle d'eux sans éprouver un jour le sentiment de paternité, il nous dira que "*ce sont les enfants de leurs mère, je sais qu'ils ne m'aiment pas, d'ailleurs je peux comprendre ça.*" Abdallah a souvent été absent de la maison, si ce n'était pas pour son travail, il était tout le temps en voyage loin de chez lui.

La cécité visuelle d'Abdallah n'a fait que prolonger ce vécu de déni. En se remariant, il s'investi dans cette nouvelle vie avec beaucoup d'épanouissement émotionnel que même la perte de la vision n'a pas eu le temps de perturber ses affects. "*Je ne me suis jamais senti mal en perdant mes yeux, elle était mes yeux, mon cœur, mon âme. De toute façon aucun de mes grands enfants ni ma première femme n'est venu me rendre visite pendant mon hospitalisation. Ma bien aimée a été là depuis le début de ma pathologie ophtalmologique jusqu'à ce jour.*" Des propos qui justifient ce surinvestissement libidinal dirigé vers un nouvel objet pulsionnel satisfaisant et rassurant sans pour autant prendre le temps de retirer les investissements libidinaux relatifs à l'objet perdu réellement. La perte de la vue avait été élaborée mentalement comme moyen renforçant les mécanismes de défense psychologiques que sont le déni et la déréalisation. Des modes opératoires psychiques à l'origine de l'état dépressif dont souffre Abdallah aujourd'hui et qui a surgit quand la relation père/fille a fait surface avec des propos qui révélaient une vérité qu'il se refusait inconsciemment de voir et d'entendre. Les deux petites filles étaient souvent aux petits soins de papa dans les quelques simples tâches quotidiennes. Des comportements et agissements que Abdallah avait intégré dans son processus évolutif de son état

de personne atteinte de déficience visuelle et avait fini par les concevoir comme normaux. Entendre ce que sa petite fille pense de lui dans un acte et une pensée de dévouement, lui fait prendre conscience de sa vulnérabilité qu'il taisait et de son incapacité longtemps déniée.

En se référant aux étapes du processus psychologique du deuil, nous reconnaitrons que Abdallah avait omis de prendre le temps de vivre la deuxième étape de celui-ci et est tout de suite passé à la troisième avec des modes de réaction à la perte de la vision dans un élan de substitution et de surinvestissement libidinal d'un objet pulsionnel retrouvé. Ceci pour dire que pendant des années, Abdallah vivait la perte d'un objet pulsionnel élémentaire et constitutif de base dans sa structure psychique. Le retrouver après tant de temps l'a automatiquement propulsé en dehors de ce que la perte de la vision aurait pu provoquer comme réactions psychiques.

Récapitulons ; deux pertes éloignées l'une de l'autre, deux processus de deuil non élaborés correctement puisque la première n'était pas perçue comme perte mentalement. La conviction de la retrouver un jour faisait que toute sa vie, Abdallah s'est focalisé sur cet objectif jusqu'à ce qu'il parvienne à l'atteindre. L'euphorie de ce vécu tant attendu l'a empêché inconsciemment de reconnaître sa deuxième perte jusqu'à ce que la relation à l'autre qui n'est pas sa femme cette fois, vienne sonner l'alarme en lui d'où l'incompréhension totale de son ressenti dépressif.

d. Evolution de la thérapie :

La prise de conscience de son nouvel état de personne atteinte de déficience visuelle devait être le premier point à traiter. Abdallah fini, après cinq séances, par dire sa souffrance ou plutôt ses souffrances. La perte de la vision n'est venue qu'en deuxième position après celle de la femme qu'il aimait dans son jeune âge. La thérapie lui avait permis de verbaliser un vécu de perte d'amour, d'amour de soi même. Abdallah ne se voyait qu'avec sa "*bien-aimée*", il ne se concevait qu'avec elle. Ne pas avoir pu réaliser ceci, l'a plongé dans un vécu d'automatisme réactionnel. Il vivait une vie qui n'était pas la sienne. Refouler ses sentiments pendant des années a fait que l'aboutissement à ses fins avait procuré un plaisir tellement intense qui l'avait empêché, en parallèle de réaliser la vérité de sa deuxième perte ; objet de sa demande de prise en charge.

La thérapie a permis une certaine remise en question de ses compétences et capacités ainsi que la valeur affective qu'il octroyait à sa personne. Une

opération qui a facilité l'élaboration psychique de la perte de la vision. La dynamique de déconstruction/reconstruction de soi était entamée après cette différenciation entre les deux pertes. La mise en mots de sa réelle souffrance lui a permis d'objectiver sa perte. Il lui restait d'exploiter ces potentielles capacités adaptatives afin d'intégrer sa perte dans son image de soi avec tout ce qu'elle impose comme remaniements psychologiques.

Abdallah commence à remettre en question sa relation avec ses enfants issus de son premier mariage. Il éprouve des remords quant à sa manière de considérer les choses auprès d'eux. Il accepte mieux la possibilité d'aller vers eux et de reconsidérer la compréhension de cet autre mais n'arrive pas à trouver sa place parmi eux. Il fallait donc identifier avec lui les modèles inadaptés des interactions interpersonnels afin de pouvoir analyser ce type de communication et tenter par la suite de le modifier et favoriser ainsi un meilleur échange. Un objectif que nous avons pensé très réalisable et dans des conditions très favorables à son élaboration au sein du groupe de parole duquel il fera partie plus tard. L'épisode dépressif que Abdallah a vécu par régression dans l'accomplissement du travail psychologique du deuil commençait au fil des douze séances à se dissiper pour laisser place à la troisième phase du processus du deuil de la vision mais avec beaucoup de difficultés. Ses repères identitaires de père surtout, semblaient ambigus. Un aspect qui sera travaillé au sein du groupe de parole afin que la phase de réaction du travail de deuil puisse connaître un accomplissement favorable pour Abdallah.

Messaouda.

"Une femme, une mère et une grand-mère déçue et meurtrie!" C'est ainsi que Messaouda se présente à nous. C'est d'ailleurs cette phrase dite avec des pleurs et des lamentations qui ont suscité notre attention. Messaouda répétait sa déception à son fils qui l'accompagnait, tout en criant et pleurant au bout milieu de la salle d'attente de la salle des examens d'explorations ophtalmologiques. Son fils parle des "jérémiades de ma mère que personne ne supporte". Quant à Messaouda, elle insiste sur sa grande déception de ses propres enfants ; *"ingrats, vous êtes tous ingrats. Je suis votre mère pas une étrangère. N'est-ce pas normal que je vous demande des choses ? Pourquoi est-ce toujours difficile pour vous d'y répondre ?"*

a. Motif de la consultation :

C'est nous qui sommes allés vers Messaouda dans une tentative de calmer les choses au sein de la salle et d'essayer de savoir si nous pouvions aider cette dame de 72 ans. Invitée à rejoindre notre bureau, nous sommes arrivés à avoir une conversation "*intéressante*" selon ses propos, puisqu'elle a abouti à plusieurs rencontres dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique individuelle. Messaouda ne cessait de revendiquer sa place de mère que la déficience visuelle lui avait fait perdre. Elle revendiquait en réalité l'autorité qu'elle avait sur ses enfants. Elle ne parvenait pas à tolérer l'insoumission de ses propres enfants et leurs enfants. Ces derniers la traitaient d'"*insupportable et de femme qui ne faisait que pleurer et crier derrière eux pour rien.*" Un quotidien relationnel très tendu qui a fini par placer Messaouda dans une solitude intolérable depuis presque neuf ans. "*Je suis toute la journée seule dans mon coin. Personne ne me répond quand je les appelle et pourtant je suis sûre qu'ils ne sont pas très loin. Tous m'évitent même mes petits enfants m'évitent et disent qu'ils ont peur de moi. Je ne suis pas un monstre. Non je ne le suis pas. Je veux juste qu'on me tienne compagnie dans ce noir qui m'étouffe!*" Messaouda nous confie que sa passion était de lire. Lire des livres de "*fabuleuses histoires, de vies extraordinaires pleines de passion et d'aventure. Je ne pouvais passer une journée sans que je ne puisse me plonger dans les pages d'un livre.*" Cette passion l'a quittée avec la perte totale de la vision depuis plus de dix ans. Et dans tout ce vécu de personne non voyante, elle n'évoque que cette incapacité à lire comme avant. Cette "obsession" comme diraient ses enfants, pour la lecture, et ses revendications à ce qu'on lui lise des passages d'un de ses livres fait que tout le monde fuit sa rencontre et provoque ainsi ses cris, insultes et ses lamentations sur elle-même.

b. Sémiologie de la personnalité :

Les phrases de Messaouda se terminent toujours par une question qui nous est adressée : "*et vous, qu'en pensez-vous ? N'ai-je pas raison de me mettre dans cet état ?*". Messaouda tente à chaque fois de nous impliquer dans son histoire. Comme si elle cherchait un allié dans ce qu'elle rapportait comme récit de vie.

Sur le plan psychologique, Messaouda fait preuve d'une apparente soumission imposée par son nouvel état de déficience visuelle. Elle se lance dans des tentatives d'impliquer l'autre dans ce qui lui arrive. L'autre se trouvant constamment au cœur de son discours, nous laisse penser que tout se passe pour la patiente dans un contexte d'une manipulation relationnelle. C'est ce qui

provoque, à notre avis l'éloignement et l'évitement de son entourage d'elle. C'est difficilement soutenable pour cet entourage qui est le sien. Sa fixation sur la question de la lecture, et seulement la lecture comme réelle perte pour elle, nous renseigne sur cette relation objectale investie de par les gratifications qu'elle lui procurait et qu'elle voudrait, aujourd'hui retrouver. Un conflit intrapsychique marqué par un réel besoin de lutte pour le pouvoir.

c. Etude du fonctionnement mental :

Messaouda présente une problématique narcissique. Tous les dires de la patiente autour de ses anciennes prouesses, cette fatuité dont elle refuse de reconnaître la perte ne sont que les indicateurs d'une personnalité fragile sur le plan narcissique. Messaouda est en réalité, en quête de réassurance et de beaucoup d'attention. C'est un manque de confiance en soi qui s'est installé chez elle après la perte de la vision. Ses compétences dont elle tirait gloire sont perdues avec la vision. Messaouda ne se reconnaît plus en réalité. Le narcissisme est alimenté, dans son cas par une complaisance dans le malheur. Nous pouvons même dire qu'elle retire sa gloire du sort qui l'accable.

Le mécanisme de défense psychique par excellence ici est une certaine érotisation de sa souffrance. Signe que Messaouda présente un tableau clinique de dépression et tente par conséquent, dans un mouvement de toute puissance de ne pas sombrer dans celle-ci. Cette crainte est générée par une angoisse de perte d'objet pulsionnel gratifiant mais surtout par cette dépendance et anaclitisme imposés par la situation de la déficience visuelle. Il faut reconnaître que ce sont là des contenus à l'origine de l'effondrement narcissique. La faille et l'incomplétude narcissiques justifient parallèlement ce contexte de l'étayage dans le quel elle se place à chaque fois qu'il y a inclusion de l'autre dans son discours.

Messaouda a subi des pertes successives. La vision, sa place dans sa famille, son autorité, son rôle et statut, ses capacités et ses compétences. Des pertes non reconnues et déniées pour la plupart d'entre elles, mais suffisantes pour dire qu'elles sont venues sur-activer l'angoisse de perte, la relation de dépendance à l'autre et la blessure narcissique à l'origine du tableau clinique dépressif de la patiente. Une organisation de la personnalité qui semble avantageuse pour Messaouda sur le plan pulsionnel puisqu'elle lui permet de bénéficier d'une position intermédiaire même si elle n'est pas structurellement stable sur le plan psychique.

d. Evolution de la thérapie :

L'objectif premier de cette prise en charge psychologique individuelle auprès de Messaouda était de restaurer un narcissisme qui a subi une dévalorisation et une dégradation. La thérapie vise, dans ce cas, la réparation de cette désorganisation psychique provoquée par la perte de la vision chez Messaouda. Reprendre une estime de soi capable de l'aider à aller de l'avant avec cette perte. La patiente ne se reconnaît pas avec la perte de la vision et tente par des comportements compensateurs pathologiques de pallier à cette faille narcissique qu'elle porte inconsciemment et difficilement. Réapprendre à se connaître avec la perte de la vision a constitué l'élément fondamental de la thérapie. Elle semble y avoir pu parvenir mais avec des lacunes qu'il fallait reconsidérer dans un contexte groupal. Car ce sont ses modèles relationnels qui semblent être à la base de sa souffrance. D'ailleurs c'est à travers ces derniers qu'elle tente à chaque fois de s'auto-gratifier dans un élan d'érotisation de sa souffrance. Le groupe favorisera l'appréhension de ses propres rythmes de compréhension et ainsi, l'identification de ses vraies sources de satisfaction.

La thérapie individuelle a permis la réparation de ce Moi dépressif ainsi que la construction d'un narcissisme équilibré. Restait à travailler la permanence de cet équilibre psychique. L'autre, étant au cœur de cette problématique relationnelle, nous n'avons qu'à envisager la participation de Messaouda au groupe de parole. Ceci allait contribuer à renforcer ce qui a déjà été acquis au plan individuel. Messaouda avait besoin que les projecteurs ne soient pas constamment sur elle (si vous permettez l'expression). Elle devait voir que ce qu'elle prétend subir avec la déficience visuelle n'est pas spécifique à elle et prendre conscience que ce qu'elle mettait en haut de l'échelle des priorités n'est en réalité qu'un élément parmi d'autres qui ne peuvent être considérés comme élémentaires dans la constitution de la personnalité.

Au terme de la thérapie individuelle, la patiente laissait entrevoir une disponibilité à reconsidérer les événements qu'elle subissait avec son nouvel état de personne non voyante. D'ailleurs, elle n'a jamais cessé de répéter que "*maintenant je ne vois pas*" mais n'a jamais associé cet état qu'au fait de ne pas pouvoir lire. La thérapie lui a permis d'exprimer ses réelles incapacités dans sa nouvelle vie. Elle arrive même à reconnaître l'aide et le soutien dont elle a bénéficié de la part de ses enfants. Cette reconnaissance lui a été très pénible car il y avait dans ces aveux une prise de conscience de ce qu'elle a pu leur causer comme problèmes. Un aveu d'un tort qu'elle a commis et qu'elle déniait

constamment. Le sentiment de culpabilité qu'elle ressentait envers ses proches pouvait la replonger dans un autre état dépressif. Voilà sur quoi le groupe de parole allait opérer. Dans la ressemblance qu'il offre avec l'atteinte visuelle, les différences individuelles et subjectives aideront à combler ces lacunes dans l'organisation psychique de Messaouda et des autres membres du groupe.

Samir.

Un jeune homme de 45 ans qui a été contraint de quitter son travail depuis plus de sept ans à cause d'un décollement de la rétine (séparation de la rétine des membranes plus externes du globe oculaire avec lesquelles elle est normalement en contact) au niveau des deux yeux. Associé à son diabète, cette pathologie ophtalmologique l'a laissé avec une acuité visuelle de 1/10^{ème} à l'œil droit et 2/10^{ème} à l'œil gauche. Une acuité visuelle qui l'empêche de poursuivre son enseignement en qualité de maître assistant à l'université et le place dans un isolement qu'il qualifie de "*dangereux*." Il nous confie ceci avec un rire ironique suivi d'un silence qu'il justifie par son incapacité à trouver les bons mots pour expliquer ce qu'il ressent.

a) Motif de la consultation :

" *Cela fait très longtemps que je pense à me faire suivre, je commençais à avoir des idées très dangereuses.*" Samir parle de ses idées d'"*en finir avec la vie*" qui ne le quittent pas. Il nous fait part de ses insomnies pendant lesquelles il "*ressasse toute ma vie et où je me retrouve à la fin devant une impasse qui pour moi veut dire que tout est fini, ma vie est finie.*" En quittant son travail après des congés de maladie qui se prolongeaient à chaque fois, il renonce à plusieurs projets de vie dont celui de son mariage. Il explique qu'il ne voulait infliger une telle punition à personne. En parallèle, celle qui devait être sa femme, semblait satisfaite par sa décision. "*Elle n'a même pas fait l'effort de venir me voir et de faire semblant qu'elle tenait encore à moi. Je n'étais plus rien pour elle depuis ma dernière intervention chirurgicale ophtalmologique où le verdict d'aveugle est tombé.*" Cet "*abandon*", il ne le supporte plus et le met dans des états "*de colère contre elle ou contre moi-même, je ne sais pas mais j'ai plus envie de me poignarder et de la tenir pour seule responsable.*" Il vit chez son frère aîné qui est "*comme un père pour moi.*" Ce dernier s'occupe de lui et l'accompagne dans ses déplacements les plus élémentaires. Quant à Samir, il lui est reconnaissant et le lui fait savoir chaque jour en le lui exprimant verbalement. "*Mon frère ne veut*

pas de mes remerciements, mais moi j'y tiens, je veux qu'il sache que si je suis encore là c'est parce qu'il est présent pour moi depuis le début de ma maladie."

a) Sémiologie de la personnalité :

Une souffrance psychique importante sous le signe de la révolte et la colère. L'humeur triste s'installe et donne naissance à une certaine rumination d'idées à l'origine des pensées de mettre fin à sa vie, (nous restons fidèles à ses propos en n'utilisant pas l'expression idées de suicide). Des pensées très douloureuses liées à l'estime de soi qui tend à la baisse avec le temps de l'atteinte de déficience visuelle et ce qu'elle a engendré comme conséquences. Son corps (le) "*me trahi*" et signe ainsi une rupture avec tout ce qui était source de satisfaction et de gratification pour Samir. Dépressif, il vit une ambivalence de sentiments entre sa gratitude envers son frère et le sentiment de culpabilité de lui infliger un "*tel fardeau*." Samir est souvent silencieux. Nos rencontres premières sont sous le signe du silence, justifié toujours par le fait de ne savoir comment s'exprimer. Sa posture crispée et tendue témoigne de l'intensité de son ressenti frustrant et anxieux. Le seul sujet qui ne semble pas avoir de difficultés à en parler est celui de "*celle que je croyais être la seule qui ne me laisserait pas tomber*." Colère et désarroi sont les deux émotions intenses avec lesquelles il exprime son ressenti. Samir vit très mal cet "*abandon*". Fragile sur le plan affectif, il est dans l'incapacité de concevoir sa vie avec cet épisode où sa fiancée le quitte. Samir en fait une fixation au point où tout son discours est autour de cette femme. Il n'évoque sa déficience visuelle que quand il s'apprête à quitter notre bureau et nous demande d'appeler son frère pour venir le chercher car il ne saurait trouver son chemin sans lui.

b) Etude du fonctionnement mental :

Nous reconnaissons l'aspect dépressif de Samir par ses idées de mort et de fin de vie, ses insomnies persistantes, son retrait, ses épisodes de baisse de l'humeur, son sentiment de dévalorisation de soi et de faible estime de soi. Nous observons une certaine irritabilité qui vient souvent marquer ses propos ainsi qu'une attitude agressive qui perturbe toute son activité psychomotrice. Des symptômes qui nous renseignent sur l'importance et l'intensité de la souffrance psychique de Samir.

Quant à la perte de la vision ; objet principal de sa demande de prise en charge psychothérapeutique, elle se trouve substituée par la perte de son statut de "mari de" ceci pour ne pas confondre avec la perte de celle qui devait être sa future femme. C'est ce statut et la déception de sa perte qui le plonge dans ce vécu

dépressif. Les mécanismes de défenses psychologiques chez Samir sont en premier lieu un processus d'étayage ; un appui sur la personne de son frère qui l'empêche de s'abandonner complètement à la détresse émotionnelle, suivi d'une incorporation objectale partielle suffisante pour ne pas se confondre avec lui. Le soi se construit sur ce lien fraternel mais avec des sentiments de culpabilité qui ne facilitent pas le travail psychique de désinvestissement libidinal objectal. La perte de la vision est vécue dans ce qu'elle a eu comme retentissements sur le plan relationnel et sur le plan social. Samir avait subi plusieurs pertes en même temps que la vision ; sa profession, son autonomie, sa fiancée, ses étudiants, ses amis, ses habitudes... mais seule une de ces pertes semblait le perturber. L'homme et le mari qu'il devait être. Une perte qui signe sa conviction que jamais il ne pourra retrouver ni avoir ce statut. Encore une fois, nous sommes face à une multitude de pertes avec des processus psychologiques de deuils non entamés sinon non achevés. Nous parlerons d'une identité perdue chez Samir. Sa souffrance dans son rapport à lui-même le rend incapable d'objectiver sa réelle perte et sa première perte à l'origine de tout ce vécu de souffrance. Le deuxième mécanisme de défense observé chez Samir est celui du déplacement. Inconsciemment, Samir reporte sur la perte de son statut social sa réelle perte de la vision. Celle-ci perçue par lui comme ayant une charge émotionnelle moins intense que la perte de la vision. Une réponse adaptative inconsciente à son vécu frustrant et angoissant qui fini par se développer en un déni de la réalité de la perte de la vision. Samir se perd dans ce torrent d'émotions confuses et contradictoires et l'empêchent d'accomplir un travail de deuil correct en ne parvenant pas à objectiver sa perte.

c) Evolution de la thérapie :

La première étape dans la thérapie de Samir était de lui procurer un cadre sécurisant lui permettant de dire sa souffrance en profondeur afin qu'il puisse prendre conscience de ce qu'est réellement cette dernière. Lui offrir la possibilité d'avoir un autre regard et une autre appréhension de la situation qu'il vivait depuis plus de sept ans. L'objectif était de mettre le doigt sur les vraies causes du ressenti dépressif de Samir. Nous avons œuvré de manière à amener le patient à entrevoir tous les liens entre son récit et sa souffrance dépressive. Ceci lui a permis au bout de dix séances, une meilleure connaissance de lui-même et lui a ouvert des voies d'évolutions considérables pour la personne qui s'était présenté à nous quelques semaines auparavant. D'ailleurs, nous étions souvent face à une personne qui s'exprimait plus facilement. L'échange verbal est devenu très révélateur après seulement deux séances. Samir nous confie que

c'était la première fois qu'il parlait de sa déficience visuelle et de ce qu'il a pu ressentir à la perte de la vision. *"C'est un sujet que je me refusais d'en parler. Je me mettais en colère à chaque fois que j'y pensais. Alors vous vous imaginez ma réaction quant c'est une autre personne qui évoque le sujet !"* Aujourd'hui, Samir raconte comment il avait perdu la vue et comment il avait vécu cela avec une sérénité et pleine conscience. L'impulsivité émotionnelle relative à ce sujet avait fini par s'estomper complètement. Le relationnel quant à lui devait être travaillé. La seule relation sécurisante pour le patient se résumait à celle d'avec son frère. Il fini par reconnaître que la relation thérapeutique lui a été d'un réconfort inespéré. Il suffisait juste d'offrir des relations correctement et sainement établies afin que tout le travail psychique se fasse. Nous proposons à Samir d'expérimenter ce volet avec des personnes qui ont vécu et vivent la même situation de déficience visuelle et nous obtenons son accord immédiatement et sans retenue. Lui-même ne se connaissait pas capable de discuter et d'échanger autour de ce sujet au sein d'un groupe. Au terme de la prise en charge psychothérapeutique individuelle, Samir présentait certes des progressions quant à sa dépression mais son estime de soi vacillait entre la baisse et l'inexistence selon le contenu de la conversation thérapeutique. Sorti de notre bureau, *" je revenais dans le monde cruel qui est le mien sans armes pour me protéger."* L'espace de réassurance qu'offrait le contexte thérapeutique devait être généralisé à son monde environnant. Voilà pourquoi, l'intégration du groupe de parole est nécessaire. Elle constituera la base de cette transition du monde cruel qui est le sien vers le monde réel qu'il va découvrir et auquel il va appartenir et ne pas se sentir seul dedans. Un monde miniature qui lui présentera son monde environnant autrement et le munira d'outils psychologiques solides pour y faire face. La perte de la vision ayant été intégrée et objectivée sur le plan psychologique, devait lui permettre d'agir et de réagir de façon à bien mener son travail de deuil. La phase de réaction était au début et nous avons jugé bon et utile de la contenir et la renforcer dans un cadre thérapeutique groupal.

3.1. Synthèse des prises en charges psychothérapeutiques individuelles :

Il est à retenir que les cinq personnes que sont Nadia, Insaf, Abdallah, Messaouda et Samir, se sont présentées pour une prise en charge psychothérapeutique alors qu'elles vivaient toutes, la deuxième phase du processus du deuil de la perte de la vision. Même pour Abdallah qui avait passé à la troisième phase sans prendre conscience qu'il s'abstenait de suivre un processus psychologique sain. La dépression est ce qui enveloppait ce vécu à ce

niveau de la déficience visuelle. Tous cherchaient un réconfort, une réassurance et surtout une compréhension de ce qui leur arrivait. Abdallah et Samir portent et vivent la perte de la vision depuis sept ans chacun. Ceci les place dans la première catégorie des personnes qui portent l'atteinte visuelle depuis moins de dix ans. Pour eux, la perte de la vision coexiste avec d'autres pertes. La difficulté de ce vécu est à l'origine de leur remise en question de leurs compétences puisque l'équilibre psychique est bouleversé. Leurs repères sont ambigus sur tous les plans. Ils vivent l'épisode dépressif par régression. Le surinvestissement libidinal vécu par Abdallah et les processus de deuil non achevés chez Samir en sont la preuve de cette souffrance dans le rapport à soi vécue et infligée par ce handicap qu'est le fait d'être aveugle.

Les filles, ou plutôt les femmes, quant à elles, appartiennent à la deuxième catégorie des personnes qui portent la déficience visuelle depuis plus de dix ans. Leurs propos portent sur cette rupture d'avec la vie d'avant la déficience visuelle. La vie où elles se réalisaient en tant que femmes avec des capacités mentales et physiques qui les gratifiaient et que la déficience visuelle est venue perturber et remettre en question. La solitude est intolérable, l'afflux émotionnel est au rendez-vous à chaque discussion et la sensation de n'être pas soi, est quasi présente. La culpabilité et l'incertitude s'installent, la peur et la crainte d'un avenir inconnu ne quittent plus leurs pensées pour enfin laisser naître une problématique narcissique avec des lacunes que seul un accompagnement psychothérapeutique peut pallier et résoudre.

Les mécanismes psychologiques de défense se multiplient. Dénier et déréalisation sont les plus observés. Les processus d'étayage sont présents et utilisés afin de sauvegarder un certain équilibre psychique. La souffrance, qu'elle soit verbalisée et exprimée, refoulée ou érotisée, comme c'est le cas pour Messaouda, reste l'élément le plus important dans ces constitutions des personnalités rencontrées. La prise en charge psychothérapeutique vise l'atténuation de cette souffrance et l'accompagnement dans l'accomplissement du processus de deuil de la vision. Le retrait de tout investissement libidinal de l'objet de la perte est le dénouement de la thématique conflictuelle chez chacun de nos patients. Le réinvestissement libidinal doit s'opérer sur un nouvel objet pulsionnel qui ne doit surtout pas être de substitution. La perte de la vision doit être intégrée en soi sans causer d'ambiguïté dans la compréhension et la perception de ce même soi.

4. Volet de la prise en charge groupale.

Le groupe de parole a constitué la deuxième étape de la thérapie et la prise en charge psychologique. Rappelons que les étapes du processus psychologique du deuil sont au nombre de trois. Nous avons accompagné nos cinq patients tout au long de leurs thérapies afin de les aider à dépasser la phase dépressive de ce processus d'intégration de la perte de la vision. Arrivés aux portes de la troisième phase, le groupe de parole est venu consolider les résultats obtenus en psychothérapie individuelle en les propulsant dans une interaction groupale qui est complémentaire à cette dynamique de déconstruction- reconstruction de soi que chacun d'eux a entamé depuis le début de sa thérapie.

Ce qui suit est le déroulement des vingt rencontres avec ses personnes au sein du groupe de parole. Nous exposerons les échanges verbaux, les comportements, les attitudes, les réactions, les silences, bref ; les interactions. Nous interpréterons au fur et à mesure les faits. Nous nous arrêterons sur chaque élément et évènement qui marquent les échanges afin de tracer le cheminement de la rencontre suivante. L'évolution des séances sera présentée, tantôt une par une, sinon, il sera question de présenter une synthèse de deux ou trois séances en fonction de ce qui se passe au sein du groupe à chaque fois.

Première rencontre :

Nous sommes en Aout 2018, il est 10h du matin et les cinq personnes patientent dans la salle d'attente. Nous entendons clairement leurs échanges depuis notre bureau. Il nous semblait qu'elles avaient déjà fait connaissance les unes des autres. Nous reconnaissons la voix de Nadia qui posait des questions relatives à leurs prénoms et à leur appréciation de leurs thérapies avec nous. Tout le monde semblait se prêter à cet échange en évoquant des questionnements quant à la suite de leurs prises en charge au sein du groupe de parole.

Nous les invitons à rejoindre notre bureau et à continuer leur discussion avec nous. C'est Abdallah qui exprime, à ce moment que tout le monde avait hâte de commencer, *"en avant pour l'aventure, embarcation immédiate. Cela me fait rappeler mes voyages et le plaisir que j'éprouvais à chaque fois que je rencontrais des gens nouveaux !"*.

Notre première observation fut que Abdallah et Messaouda ont tout de suite été assistés afin qu'ils prennent place sur les chaises entreposées en U dans le bureau. Leur non-voyance a été perçue par les autres et c'est Samir et Insaf qui s'étaient prêtés à cette tâche. Tout le monde a pris place et nous nous sommes installés sur la dernière chaise libre. Nous avons, commençant par notre droite, Abdallah, Insaf, Samir, Messaouda et puis Nadia qui se retrouve sur notre

gauche. Si nous insistons sur la disposition des cinq personnes, c'est parce qu'elle reste très importante à notre avis, car elle va connaître des changements tout au long des prochaines rencontres. Ce changement marquait à chaque fois les alliances qui se créaient et les écarts et les mécontentements qui s'éprouvaient. Il exprimait à chaque fois, l'état affectif et émotionnel du groupe en début de chaque rencontre.

Nous remercions nos patients d'avoir bien voulu se réunir au sein de ce cadre thérapeutique en leur souhaitant que ce dernier leur soit bénéfique quant à la suite de leur prise en charge psychologique et les aidera à mener à bout ce qui a déjà été acquis sur le plan personnel et individuel.

Nous expliquons les termes de ce contrat thérapeutique et nous invitons nos patients à bien vouloir se présenter un par un et d'exprimer ce qu'ils attendent de ces rencontres de groupe.

Samir : *"personnellement, je ne sais pas ce que je fais ici, et j'ai hésité à venir aujourd'hui. Je suis là parce que je l'ai promis et j'espère arriver à me trouver."*

Abdallah fut le deuxième à prendre la parole : *"quant à moi, j'étais perdu le premier jour de ma venue dans ce bureau. Je me suis retrouvé et maintenant j'essaye de retrouver les gens que j'ai perdus. Mes enfants surtout. J'avoue que ces derniers jours m'ont ouvert les yeux..(Rires)"*.

Messaouda : *"je suis (khaletkom) votre tante Messaouda. Ma présence ici aujourd'hui me ravie. Je suis entourée de personnes qui sont comme moi et qui je pense sont les seules qui peuvent me comprendre et comprendre ma douleur. J'attends peut être d'avoir ce sentiment de ne pas me sentir seule et rejetée, je ne sais pas mais je me sens déjà bien."* (Rires).

Nadia : *"je vous ai déjà dit que je m'appelais Nadia et j'avais hâte de me retrouver avec vous. J'ai un tas de questions à vous poser sur tout. Abdallah prépare toi, tu devras répondre à beaucoup de mes questions. Je parle beaucoup je sais mais sachez qu'il y a longtemps que je ne me suis pas sentie contente comme aujourd'hui. J'espère que j'arriverai à ne pas pleurer à chaque fois que je parle, j'essuie mes larmes et je suis avec vous"*.

Nous interpellons Insaf à prendre la parole mais elle se contente de dire son prénom et "je n'ai rien à dire."

Nadia : *"rien ? tout ce que tu m'as dit tout à l'heure et tu dis rien ! Elle est timide, elle finira à ne plus l'être comme moi et je crains qu'on va devoir la supplier de se taire comme moi."*

Nous : tu veux bien partager avec nous ce qui s'est passé avec Nadia ? Nous pensons que cela pourra vous aider tous à mieux avancer.

Insaf : *"j'ai parlé de mes enfants et la difficulté que je trouvais à accepter le fait qu'on s'occupe d'eux à ma place."*

Abdallah : *"moi je ne connais même pas le visage de mes deux dernières filles, et t'en fais pas, c'est eux (les enfants de Insaf) qui prennent soin de toi mais tu ne te rends pas compte."*

Messaouda : *"les miens ne me supportaient plus, jusqu'à ce que j'arrive à mieux comprendre leur position et j'essaye depuis, de travailler ce côté en moi."*

Samir : *"comment peut-on ne pas supporter sa propre mère alors qu'on doit lui témoigner de toute sa gratitude ?!"*

A ce moment chacune des cinq personnes raconte l'objet initial de sa thérapie individuelle avec nous et leur motif de leur consultation psychologique. Chaque phrase émise par l'une d'elles, interpellait une autre en commençant la plus part du temps, par : *"moi aussi, j....."*.

Les échanges verbaux ont révélé, dans un premier temps, une certaine reconnaissance de soi dans ce que l'autre disait. Chacun se reconnaissait dans l'histoire de l'autre. Leur déficience visuelle, par ce qu'elle leur a fait subir jusqu'ici, a réussi à les réunir dans ce contexte groupal.

Pour nous le groupe était bien formé. Il aurait existé avant même cette rencontre dans ce cadre thérapeutique. L'objectif premier lors de cette première rencontre, étant la constitution réelle du groupe de parole et la prise de position de chacun de ses membres en son sein, était bien atteint. Cette séance a permis à chacun de connaître l'histoire des autres membres avec leur atteinte visuelle. La maladie ophtalmologique, les traitements, les chirurgies, les réussites et échecs chirurgicaux, l'évolution de la pathologie, bref, tout ce qui est en rapport avec eux comme seule personne et leur propre déficience visuelle. Les phrases avaient des verbes conjugués à la première personne du singulier. En aucun moment, il n'était question de parler d'une autre personne de leur entourage personnel. Seuls les noms de leurs médecins étaient cités de temps à autre.

Cinq expériences personnelles d'avec la déficience visuelle venaient de s'unir et de se reconnaître l'une l'autre.

Deuxième rencontre :

Tous les cinq au rendez-vous, ils prennent place sur les chaises et commencent à échanger des politesses sur leurs santés et leurs familles.

Nous les invitons à exprimer leur ressenti relatif à la dernière rencontre tout au long de la semaine écoulée. C'est des soupires collectifs émis presque en même temps qui provoquent des rires chez chacun. Abdallah nous fait part d'un sentiment de soulagement qu'il a éprouvé à la fin de la séance. Nous apprenons que Samir l'avait accompagné jusqu'à l'arrêt de son bus. Abdallah a passé la semaine à repenser à ce que Nadia avait raconté, *"je ne sais pas mais je me suis dis que peut être mes enfants pensent la même chose de moi. J'ai été touché par son histoire et le fait qu'elle me dise prépare toi j'ai un tas de questions à te poser."* Ceci a interpellé Nadia tout de suite et explique que ses questions concernent plus le fait d'avoir continué sa vie de couple malgré la cécité. *"Au contraire, c'est parce qu'il y a eu une personne qui a accepté de rester avec toi en acceptant ta cécité."* Samir pense tout de suite à son ex-fiancée et insiste auprès de Nadia qu'il ne faut pas généraliser, *"elles ne sont pas toutes pareilles, j'en connais une qui a pris ses jambes à son coup dès que le diagnostic est tombé."*

Insaf à ce moment nous révèle qu'elle ne s'était jamais posé la question comment son mari vivait sa déficience visuelle. Arrivée à la maison, accompagnée d'une amie, il lui avait demandé comment s'était passé la séance thérapeutique et elle s'était contenté de dire *"normal"*. Nous lui demandons de bien vouloir expliquer ce qu'elle voulait dire par cette réponse. Nous avons eu droit à *"quoi ? Il sait et il me comprend mieux que moi. Je n'avais rien à dire et j'étais fatiguée. Il m'avait demandé si j'avais besoin de quelque chose et il est reparti."* Et c'est Abdallah qui lui dis que peut être son mari demandait juste qu'elle partage avec lui une nouvelle expérience. Messaouda confirme les dires de Abdallah et lui demande de faire l'effort de discuter avec lui, *"j'aurais voulu qu'on s'intéresse à moi et à ce qui m'arrive et je ne me rendais pas compte que c'était moi qui empêchais ceci"*. Insaf laisse paraître un certain malaise et décide de ne plus répondre. Nadia s'adressant à Samir, lui demande ce qu'il pense des filles aujourd'hui après ce qu'il lui est arrivé. Il lui répond qu'il ne leur fait plus confiance, qu'il ne veut plus connaître de fille ni de s'engager avec l'une d'elles car pour lui aucune ne voudra d'un *"aveugle"* comme mari. Un silence règne après ces mots dans la salle que nous interrompons en demandant *"qu'est ce qui c'est passé maintenant pour que tout le monde se taise ?"* c'est Insaf en souriant qui répond *«le mot qu'il ne faut pas dire, qu'il vaut mieux ne pas entendre.»* Avec des larmes discrètes, Messaouda nous confie que cela fait mal de savoir qu'on est aveugle. Nadia ne peut plus se retenir de pleurer et partage ce sentiment de douleur qu'elle éprouve à chaque fois qu'elle pense qu'elle est une

personne aveugle. Abdallah en essayant de se pencher vers elle, demande s'il peut tenir sa main. Elle la lui tend. Tout en la serrant, il lui explique avec un verset coranique « wa assa an taqrahou chaian wa houa kheir lakom »¹ que cela ne peut être qu'une bonne chose pour elle et que le bien est certainement dans le fait d'être cette personne aveugle. Samir rejoint l'idée de Abdallah en disant que c'est bien le fait d'être aveugle qui lui avait permis de connaître la vérité des sentiments de celle qui allait être sa femme. Insaf les rejoint en continuant dans la même lancée de Samir "*et moi, cela m'a permis de savoir que mon mari tenait à moi.*" "*En fin de compte, être des personnes aveugles nous a bien ouvert les yeux (rires de tout le monde)*" ajoute Abdallah.

La conversation tout au long de la séance a tourné autour de ce mot, de son poids sur leurs vies, des sentiments de dévalorisation qu'il a pu provoquer. Samir parle de l'effet de sa thérapie sur ce côté. "*Je pense que j'ai fait la paix avec ce mot. Il ne me qualifie pas à lui seul, je suis en plus du fait que je sois aveugle, Samir fils de... et surtout beaucoup d'autres choses plus importantes. Je suis en bonne santé et je suis entouré de gens qui m'aiment. Hamdoullah*".

Messaouda ajoute qu'après sa thérapie, elle a appris à mieux voir et à comprendre ce qui se passe autour d'elle.

Les cinq s'accordent que ce mot leur est attribué par les autres. C'est le fait de savoir que les autres les voient comme des personnes aveugles qui les gênent le plus. Quant à eux, ils avaient fini par comprendre que le mot ne reflétait qu'une différence entre eux et les autres et qu'en aucun cas, il ne les qualifiait. Les cinq membres du groupe attestent que c'est le résultat de leurs suivis psychothérapeutiques.

Récapitulons ! Nous avons assisté à une sorte d'alliance entre les membres du groupe relative à cette idée d'être semblables par la déficience visuelle et en même temps différents des autres par cette même déficience. Elle les unissait par cette différence. Nous avons été rassurés qu'ils ne s'identifiaient plus à « aveugle » mais ils subissaient encore les conséquences de cette appellation mentalement.

Le lien Abdallah/ Nadia naît dans la similitude des deux histoires personnelles. Même s'ils ne tiennent pas les mêmes rôles dans ces dernières, Nadia interpelle Abdallah et il la soulage dans sa souffrance. C'est lui, à ce niveau de la prise en charge psychologique qui s'identifie au père de Nadia. Quant à elle, à ce même niveau, elle reste plus préoccupée par cette possibilité de trouver un jour un mari qui puisse partager sa vie avec elle.

¹ Sourate El Baqara, verset 216.

Troisième rencontre :

Cette fois, Nadia et Abdallah étaient assis côte à côte. Ceci ne pouvait que confirmer nos premières constatations lors de la deuxième rencontre. Samir semblait préoccupé par quelque chose et nous commençons la séance en lui demandant ce qui le préoccupait. Il nous confie que cet espace de groupe lui manquait pendant la semaine. Que ce lieu et ces personnes étaient les seules avec qui il échangeait. Samir s'inquiète déjà à propos de la fin de la thérapie. Messaouda lui confirme qu'il n'est pas le seul à avoir ce sentiment mais que malgré qu'elle ait retrouvé ses enfants, ce lieu et ses membres étaient spéciaux. Ils lui procuraient un bien être incomparable.

Insaf, cette fois semblait plus épanouie. Elle dit avoir pu discuter avec son mari de ce qui s'était passé lors des rencontres de groupe et qu'elle remercie tout le monde de l'avoir invitée à le faire. *"Jamais je n'aurai cru que mon mari puisse un jour vous envier ! Il a souhaité être comme nous pour pouvoir bénéficier de nos rencontres et nos partages. Il m'a ému et inquiété en même temps."* Nous essayons d'interpréter cela avec Insaf et les autres et c'est Abdallah qui dit *" je te l'avais bien dit, il ne demandait que cela. Et c'est toi qui te plains ? Il doit lui aussi souffrir de ne plus te voir et t'avoir comme avant. C'est bien, je suis content pour vous deux. Je ne te vois pas certainement, mais j'entends ta joie. Dieu vous garde."* Insaf qui ne parlait pas beaucoup, cette fois elle a monopolisé la conversation autour de son couple. Pour elle, c'était une découverte. Elle réalise qu'elle n'était pas un poids pour son mari mais qu'il s'occupait d'elle par amour et non pas par devoir. Elle a pu l'entendre de lui. Elle a pris connaissance de sa souffrance à lui. Il s'était exprimé parce qu'elle lui avait donné l'occasion pour la première fois de sa vie. Les choses ne tournaient plus autour d'elle cette fois mais elle éprouvait *"un sentiment bizarre mais agréable. Je connaissais ce sentiment mais cela faisait longtemps que je l'avais perdu."* Tout le monde félicite Insaf pour ce pas qu'elle a fait et l'invite à le perpétuer. Nadia en plaisantant mais en pensant réellement ce qu'elle disait, exprime son vœu de pouvoir vivre un jour ce sentiment. Abdallah la rassure et lui jure qu'avec la volonté divine, elle le connaîtra elle aussi à son tour. Samir demande alors à ce moment à Abdallah de prier dieu pour tous, *"moi aussi je voudrai bien le connaître ce sentiment !!"*

Cette rencontre a été d'un grand bien pour les cinq membres. Ils formaient un «Nous» que Insaf a mentionné dans son discours. Ils s'identifiaient déjà à ce «Nous» et personne ne s'y opposait. Messaouda s'est contenté ce jour de bénir les exploits de Insaf. De souhaiter tout le bien du monde à tous. Nadia, quant à

elle, avait un visage souriant plein d'émotion de joie pour Insaf et d'espoir pour sa propre personne.

Cette rencontre a marqué chacun des membres. Elle a signé leur union. Elle a exprimé leur appartenance à un tout qu'ils ont formé ensemble.

Quatrième rencontre :

Nous avons voulu exploiter l'alliance Abdallah/Nadia en la développant. Ils étaient toujours assis l'un à côté de l'autre, intentionnellement peut être, mais ceci avait une signification sous-jacente qui pouvait servir dans cet accompagnement psychologique de nos patients.

Nous invitons dans ce sens Abdallah à revenir sur ce qu'il a dit lors de la deuxième séance. Il nous avait confié que ses enfants devaient penser de lui comme Nadia. Il explique que c'est le fait que le père de Nadia s'était lui aussi remarié, et que Nadia avait insisté sur Abdallah pour qu'il réponde à ses questions qui l'a poussé tout le long de la séance à s'identifier à son père. Il reconnaissait dans l'histoire de Nadia, l'histoire de ses propres enfants. "*Quand elle parlait de lui, j'imagine écouter mes enfants, plus précisément ma fille qui a le même âge qu'elle. A vrai dire, je ne sais même pas ce qu'ils ont pensé de cela au début, ils se sont contentés de ne plus m'adresser la parole. Ma thérapie m'a permis d'aller vers eux ces derniers temps, mais je crois qu'ils ne me disent pas tout par peur ou par habitude ou je ne sais quoi. Voilà pourquoi les paroles de Nadia ont éveillé en moi des questionnements !*". La vraie raison de cette projection est la phrase de Nadia "*nous avons la certitude ma sœur et moi qu'il ne nous aimait pas.....*". L'amour de ses enfants, Abdallah le revendiquait, mais sans jamais l'exprimer directement. Il a très mal vécu leur perte après son remariage. Il disait "*ils comprendront un jour.*"

Messaouda : "*moi aussi j'ai pensé pendant longtemps que mes enfants ne m'aimaient pas mais je crois que nous ne voulions pas comprendre que par leurs agissements qu'on pensait être du désintéressement, que c'est effectivement l'expression de leur amour pour nous et leur souffrance qu'ils ne puissent dire autant de nous.*" Nous appuyons les dires de Messaouda et nous la félicitons du progrès qu'elle fait dans l'évolution de sa thérapie. Samir attire leur attention sur ce qui s'était passé avec Insaf et son mari, et dit "*en fin de compte, il faut juste avoir la force de parler et de communiquer.*" Il semble que les cinq

personnes avaient beaucoup retenu de leurs suivis psychologiques et qu'ils mettaient en exergue nos recommandations.

Nadia : *"moi, mon père nous a fait beaucoup de mal, d'ailleurs si je suis comme ça, c'est à cause de lui. Je ne lui en veux pas, je l'aime mais parfois je me dis à force de s'en vouloir, il préfère ne pas m'avoir devant lui, il me fuit, je lui rappelle sa faute. Et pour moi, souvent j'interprète ceci par le fait qu'il ne m'aime pas."*

Insaf : *"il faut savoir que chez nous les arabes, on ne parle pas directement et facilement d'amour. C'est rare de dire ou d'entendre quelqu'un dire je t'aime, mais nous le disons autrement et souvent la personne concernée ne le comprend pas."* Nous assistons ici à un moment de larmes et de silence. Abdallah, Nadia et Messaouda s'essuyaient les yeux avec des sourires discrets de Nadia. Elle partage avec les autres à ce moment, un sentiment de bien-être qu'elle qualifie d'unique et de nouveau pour elle, *"je réalise pour la première fois de ma vie que je suis appréciée. Et sachez vous tous que ce n'est pas rien pour moi. Merci."*

Abdallah : *"tu es plus qu'appréciée, tu es aimée et pas que par nous !"*

A cet instant, Insaf s'adresse à Abdallah et lui demande s'il a pu dire la même chose à ses enfants. Il répond que c'est la première chose qu'il fera en rentrant chez lui. Il ajoute *"je dois les réunir et leur parler de ce qu'ils représentent à mes yeux. On doit parler, on doit s'expliquer. Je vois que beaucoup de temps s'est écoulé et le faussé s'est trop approfondi."*

Messaouda : *"à mon avis il faut essayer de les pendre dans vos bras, il n'y a pas mieux pour exprimer son amour. Les mots peuvent vous manquer mais les câlins disent plus qu'il en faut. Croyez-moi, j'ai du lire ça quelque part et ça marche."*

Cette phrase apaise l'atmosphère et les incite à se féliciter mutuellement du progrès que chacun fait à son niveau et pour son prochain au sein du groupe de parole.

Nous tenions à connaître leurs émotions sur ce qui venait de se passer et chacun d'eux a exprimé son ressenti en un ou deux mots comme nous l'avions demandé.

Messaouda : *"triste et contente"*.

Insaf : *"rassurée et confiante"*.

Nadia : *"dieu merci (hamdoullah), très, très contente"*.

Abdallah : *"j'ai très mal et je réalise que j'ai été aveugle avant même de perdre la vue"*.

Samir : *"je dis à Abdallah que je suis là !"*

L'affectif et l'émotionnel ont caractérisé cette rencontre. Les identifications et les projections qui se sont produites ont laissé entrevoir des souffrances enfouies dont la verbalisation a favorisé la prise de conscience et remise en question de certaines positions au sein de leurs familles et par rapport à certains membres de leurs familles. Samir qui s'était pris en charge par son frère, affirme être présent pour Abdallah. Il est sorti de son lien de dépendance et se dit vouloir se lancer dans l'aide et le soutien de l'autre. Messaouda ne parle plus d'elle et arrive même à conseiller les autres sur la manière d'entreprendre de bonnes relations avec les autres. Elle s'intéresse plus aux autres et sort elle aussi du petit cercle qui ne contenait que sa personne. Insaf, quant à elle, sort de son mutisme de la première rencontre et semble avoir plus à dire que ce qu'elle pensait au début. Sa relation nouvelle d'avec son mari l'a propulsée en dehors du statut de victime dans lequel elle s'était cloîtrée. Nadia a pu se trouver en position de force pour la première fois de sa vie. Les autres lui ont exprimé leur amour et lui ont certifié que cette position est la sienne même chez elle et avec sa famille. Ils l'avaient invitée à reconsidérer les choses auprès de son père et de ne pas se faire du mal en se faisant des idées. Nous assistons à la fin de la rencontre à des embrassades entre Nadia et Messaouda, Nadia et Abdallah. L'émotion était à son apogée pour tous, même pour Samir et Insaf qui semblaient prendre du plaisir à contempler la scène.

Cinquième rencontre :

L'objectif ce jour était de discuter des retentissements des événements de la séance quatre sur chacun des cinq personnes dans leurs relations avec les membres de leurs familles, dans un premier temps.

Abdallah fut le premier à nous informer avec bonheur que c'est ses deux fils aînés qui l'ont accompagné et déposé. Il ajoute " *ils ont tous les deux insisté à m'attendre jusqu'à la fin de la séance pour me raccompagner.*" Tout son corps exprimait la joie. Il peinait à s'exprimer en nous révélant ceci. L'émotion était tellement intense que Samir s'est penché vers lui et l'a embrassé sur la tête comme signe de respect et compassion. A ce moment Nadia dit : "*juré, mon père est en bas, il m'a dit qu'il suffisait que je lui demande ce que je veux de lui.*" Nous demandons à Nadia et Abdallah de partager avec nous comment ils justifient et interprètent ses rebondissements relationnels.

Abdallah nous explique qu'il a passé les quatre derniers jours avec ses enfants de son premier mariage. Il avoue ne jamais avoir passé une journée avec eux dans la partie de la maison qui leur est réservée avec leur mère depuis

plusieurs années ; depuis son remariage. Il s'est installé dans une chambre et cela l'a amusé de sentir que tout le monde se posait des questions. *"Ils ne savaient pas quoi faire ni quoi dire. Je sentais qu'ils étaient tous autour de moi perdus. Je risquais de rester là sans nourriture ni aide, mais j'ai foncé. Je voulais savoir qu'est ce que ma présence allait provoquer !"* "

Samir ne peut s'empêcher de rire et de dire à Abdallah que ses enfants ont du tout de suite pensé que ça n'allait pas avec sa deuxième femme *"ils ont probablement pensé qu'elle t'avait chassé de chez elle et que tu étais venu te réfugier chez eux !!"* Abdallah poursuit son histoire et nous fait savoir qu'il a été ravi de leurs réactions. Les retrouvailles en dehors des rencontres quotidiennes *"vide d'affection"* entre lui et ses enfants l'ont comblé. L'incertitude et l'incompréhension ont caractérisé seulement le premier jour. Les trois autres jours ont été l'occasion de longues discussions entre le père et ses enfants. *"Je m'attendais à des règlements de compte, et je m'étais préparé à cela. J'ai eu droit par contre à un traitement de roi. Je n'exagère pas. Ils étaient contents de m'avoir chez eux après tant d'années alors que je n'étais qu'à un étage au dessus."*

Il reçoit des félicitations de la part des membres du groupe et leurs expressions de joie pour lui. Messaouda interpelle Nadia en lui demandant de leur raconter comment son père s'est retrouvé avec elle à sa séance psychothérapeutique. Nadia raconte comment elle est rentrée chez elle et combien elle était contente de ce qui s'était passé lors de la quatrième séance. Elle partage avec sa sœur discrètement son ressenti et c'est à ce moment que son père entre et constate que sa fille riait. Il lui dit que cela faisait longtemps qu'il ne l'avait pas vue rire et c'est lui qui aujourd'hui a les larmes aux yeux de ne pas la voir pleurer. *"Mon père ne m'a jamais dit qu'il me voyait pleurer. Jamais je n'aurais cru qu'il se souciait de cela."* Les paroles de son père l'ont tout de suite poussée à le tenir au courant de sa psychothérapie et de sa participation à un groupe de parole. Elle lui raconte cela en détail puisque c'est lui qui a témoigné d'un grand intérêt pour son récit. *"Il me tenait la main de temps en temps comme pour m'exprimer son..... je ne sais pas. Mais c'était bon et agréable de ressentir ceci. Il m'a demandé pardon plusieurs fois. Je ne faisais pas attention à cela, je continuais à lui raconter notre histoire à nous cinq. Je lui ai dit qu'aujourd'hui je ne me sens pas seule et que j'ai des amis, de vrais personnes avec qui je me sens bien."* Nadia nous confie que les confidences de fille à son père et de père à sa fille l'ont rendue plus sereine et rassurée.

Abdallah et Nadia semblaient avoir retrouvé chacun un soi satisfait et équilibré psychiquement. Les thématiques conflictuelles de chacun étaient complémentaires dans le sens où cela a favorisé la résolution psychique de chacune d'elles. Le lien Abdallah/Nadia au sein du groupe a précédé aux liens Abdallah/ses enfants et Nadia/son père. Le déplacement psychique qui s'est opéré au sein du groupe a donné naissance à de nouveaux liens dans les milieux familiaux réels de chacun de manière à ce que l'interrelationnel à ce niveau soit fondé et solide. Le soutien des autres membres du groupe a contribué à accélérer le processus de réconciliation avec soi et avec autrui. N'empêche que Messaouda, Insaf et Samir étaient eux aussi concernés par ce changement au plan personnel et subjectif. La séance six le démontre très bien.

Sixième rencontre :

L'élément clé demeure encore une fois la parole qui fait écho. La première interrogation de tous était est-ce que le père de Nadia l'a accompagnée aujourd'hui ou pas ? La même question concernait Abdallah aussi. C'est Samir qui y répond en affirmant qu'il a fait la connaissance des deux fils de Abdallah aux portes de l'établissement hospitalier spécialisé en ophtalmologie, quelques minutes avant qu'ils ne prennent tous les deux l'ascenseur pour notre bureau. Quant à Nadia, avec un grand sourire annonce qu'elle aussi a profité de la présence de son père à ses côtés tout le long du trajet jusqu'ici.

Insaf, à ce moment nous confie qu'elle a parlé avec son mari de ce qui s'était passé la dernière séance. Elle dit avoir provoqué en lui un état d'âme qu'elle ne reconnaissait pas. *"Je ne sais pas ce que j'ai dit pour qu'il se taise et se retire dans le salon sans prononcer un mot. Il n'était pas normal."* Soucieuse d'avoir mal agi, elle lui demande des explications tout au long de la soirée mais en vain. Ce n'est que le lendemain, au retour de son travail qu'il lui révèle que lui aussi aurait besoin de se faire suivre chez un psychologue. Intriguée et bouleversée, elle lui demande ce qui l'a poussé à penser à cela maintenant. Il lui dit qu'il est content d'avoir retrouvé la Insaf qu'il a connue et aimée il y a longtemps et qu'il pensait surtout l'avoir perdue. Il lui dit avoir joué un rôle pendant des années parce qu'il tenait à elle et à sa petite famille. Un rôle qui lui a été imposé par elle et son attitude depuis *"que ta déficience visuelle t'a empêché de me voir moi"*. Des accusations qui la touchent et qu'elle fini par reconnaître. Samir lui demande à cet instant si elle l'a dit à son mari ? Si elle a reconnu ce que son mari lui reprochait ? Elle répond par l'affirmatif *"je crois que si je n'avais pas assisté à ces rencontres avec vous, si je n'avais pas appris ce que j'ai appris de*

vous tous, je me serais tût tout simplement. Mais je ne suis plus la même, je comprends mieux les choses et je ne me lamente plus sur mon sort. Donc oui, j'ai reconnu que mon comportement était pénible à supporter et je l'ai remercié de m'avoir supportée et soutenue sans retenue. Je suis même arrivée à m'en excuser ; chose que je n'aurais jamais faite avant cela." Nous observions Samir qui était à la base de ce questionnement et nous avons vu qu'il accordait un intérêt particulier aux réponses de Insaf. D'un geste de la tête nous l'interpelons afin qu'il nous explique les raisons de cet intérêt. Nous avons vu juste, l'histoire de son ex-fiancée était une question en suspend à laquelle il voulait donner suite pour de amples explications. Jusqu'ici *"c'était une question réglée mais je me rends compte que j'ai des questions qui sont restées sans réponses et qui me rongent à l'intérieur de moi. Insaf par son histoire a éveillé en moi une sorte d'énergie. Juré, je me sens autre tout d'un coup. Je veux dire que jusqu'à aujourd'hui je ne pensais qu'à continuer à mener ma vie telle qu'elle a été. Je ne pensais à personne. Personne ne me préoccupait. Mais là, je pense à moi. Je pense à ce que je veux. Je réalise que je m'empêchais de penser à autre chose."*

A l'énoncé de ces phrases un silence règne dans la salle. Un silence qui a duré dix minutes exactement. Nous ne l'avons pas interrompu. Nous voulions savoir qui des cinq personnes allait s'octroyer cette tâche. C'est Messaouda qui s'y colle. Avec un air de gaité, en s'adressant à Samir, elle lui témoigne de joie de l'entendre parler ainsi. Elle l'encourage à ne pas reculer devant les obstacles qu'il peut rencontrer. Elle lui propose même son aide avec un air de plaisanterie *"je te donnerai des ficelles que j'ai déjà testées. Tu verras tu t'en sortiras très bien"*. Abdallah se contente de tapoter sur son épaule comme signe de bravoure de sa part. Insaf lui exprime sa joie de lui avoir servie avec son histoire à quelque chose. Quant à Nadia, elle essuyait encore ses larmes discrètes tout en insistant qu'elle est contente *"pour lui et pour nous tous"*.

Reprenant les évènements dès le début. Insaf a interrompu un discours concernant Abdallah et Nadia. Elle a de ce fait attiré l'attention vers elle et son récit. Elle qui n'était pas bavarde aux débuts des rencontres, elle semblait s'affirmer au sein de ce groupe. Nous réalisons que cette affirmation de soi et confiance en soi avait déjà pris forme chez elle avec son époux et qu'elle a eu des effets positifs quant à la remise en question de soi qui s'est opérée à son niveau personnel. Le fait qu'elle éveille la curiosité et l'intérêt de Samir a donné à ce changement d'attitude de sa part plus d'ampleur au point de savourer l'instant dans un silence réparateur.

Messaouda qui a interrompu le silence dans un acte de compassion et d'encouragement, témoigne du travail psychique énorme qu'elle a pu réaliser sur sa personne. Elle n'était plus celle qui érotisait sa propre souffrance. Elle n'était plus dans cette dramatisation de son vécu. Bien au contraire, elle a fait preuve d'altruisme. Sa thérapie individuelle le laissait entrevoir mais le groupe de parole l'a bien confirmé par des faits et des attitudes concrets.

Abdallah, nous ne l'avons pas beaucoup entendu lors de cette rencontre. Il a exprimé sa gratitude à Dieu pour tout. Nous pensons qu'il était encore entrain de savourer ses retrouvailles d'avec ses enfants. Même avec sa non voyance, il réagissait aux paroles des autres par des expressions du visage qui exprimaient la compassion, la joie, la fierté pour eux. Il jouait, à notre humble avis le rôle du père encore une fois. Un rôle qu'il semble apprécier et qui lui assure une estime de soi vouée à la hausse.

Septième rencontre :

Nous apprenons que Nadia a été l'invitée de Messaouda pendant les deux derniers jours. Le plus intéressant dans cette situation est que Nadia n'avait jamais été chez quelqu'un depuis des années *"je craignais toujours de déranger, de ne pas me retrouver et surtout de savoir que tout le monde me dévisageait. Cette fois, quand Messaouda m'a proposé de venir chez elle, je n'y ai même pas pensé. Comme si je n'attendais que ça."* Messaouda nous confie que le court séjour de Nadia chez elle lui a été très bénéfique. *"C'était différent. J'étais différente. J'avoue que la présence de Nadia et sa bonne humeur ont redonné vie à ma maison. Vraiment ! Les enfants ont constaté cela aussi et disent être contents pour moi."*

Nadia explique comment pour la première fois, depuis longtemps, elle a pu oublier tout ce qui lui rappelait sa personne et ses tourments. *"Je me suis rendue compte que je pouvais sortir et m'éloigner de la maison sans rien craindre. Ce n'est pas parce que c'était chez Messaouda, je peux aujourd'hui aller chez chacun de vous (rires) ! je n'ai plus peur ou plutôt je ne suis plus gênée de me retrouver en dehors de ma maison."* A ce moment, tous les autres expriment leurs vœux d'accueillir Nadia chez eux. Abdallah propose même d'organiser des rencontres en dehors du groupe de parole chez lui. *"Je pense que c'est ce que chacun de nous aurait du faire dès le début au lieu de rester cloîtré chez lui et ruminer sans cesse les tristesses de sa vie."*

Insaf et Samir partagent cet avis et confirment que chacun d'eux a passé beaucoup de temps à avoir des idées pleines de négativisme au point d'oublier d'exister et de profiter de sa vie et surtout des gens qui l'entourent.

Nous assistons lors de la septième rencontre à une certaine prise de conscience de la part des cinq personnes du temps passé à se morfondre sur soi et pendant lequel, ils auraient mieux fait de se concentrer sur ce qui est plus important dans la vie. Nous leur expliquons que ce sentiment qu'ils éprouvent aujourd'hui avait besoin de passer par toutes ces étapes afin qu'il se concrétise. La question du temps est primordiale pour que les choses s'arrangent et changent. Leurs thérapies individuelles ont été la preuve.

La septième rencontre s'achève sur cette idée et cette pensée de prendre soin de soi et ne pas perdre son temps à ressasser le passé surtout qu'il les obligeait à affronter la réalité de rupture que leur déficience visuelle leur a infligé. Les résultats de leurs thérapies individuelles relatifs à l'objectivation de leurs pertes, prenaient formes et sens en les mettant à l'œuvre dans leurs vies. La phase de réaction du processus psychologique du deuil prenait de l'ampleur avec le temps. Le groupe de parole lui a procuré l'espace et le contexte parfaits pour sa concrétisation.

Huitième rencontre :

La huitième rencontre semble être une continuité de la précédente. Les échanges verbaux ont concerné ce *"bien être que chacun de nous ressent à l'idée de savoir que nous allons nous réunir et partager ensemble nos découvertes sur nous-mêmes"*. C'est ce que Samir nous confie avec une *" certaine joie et bonheur."*

Abdallah confirme ces propos et y ajoute que *" chacun de nous a révisé ses pensées et ses idées. Je pense que nous avons fait beaucoup de mal à nous-mêmes pendant longtemps en plus de cela."*

" Ce que je regrette le plus c'est que nous avons fait beaucoup de mal à nos proches." Réplique Messaouda. *"C'est totalement vrai, et dire qu'ils ne voulaient que nous aider et nous éviter ce mal que nous nous inflignons chaque jour en pensant que nous étions seuls"* dira Insaf. Nadia à cet instant fond en larmes. Elle contamine les autres, chacun à sa manière. Abdallah s'essuyait les yeux, Samir baissait la tête, Messaouda cachait son visage avec ses deux mains et Insaf rompt ce moment de pleurs par cette phrase *"arrêtez s'il vous plaît, je n'arrive pas à stopper l'écoulement de mon nez, je vais tous vous asperger de ma morve et je n'ai même pas de mouchoirs."* Des rires s'en suivent et des

soupirs que chacun exprime comme soulagement d'un lourd poids qu'il portait ou traînait avec lui.

Nous laissons un peu de temps à nos cinq patients afin qu'ils puissent se remettre de leurs émotions et nous les invitons à exprimer à tour de rôle leurs ressentis relatifs à cette réaction émotionnelle provoquée par Nadia. Et c'est Nadia qui commence en nous expliquant que c'était des larmes de joie "*des larmes d'apaisement, je me sens bien depuis que je vous connais* (en s'adressant aux quatre autres personnes) *je me sens aimée, aidée, estimée et je ne sais pas comment vous remercier. C'est la cause de mes pleurs, vous m'avez tant procuré et aujourd'hui, je me sens redevable à chacun de vous. (Allah yahfedkom) que dieu vous garde !"*

Avec des yeux en larmes toujours, Abdallah réplique en expliquant que "*si tu crois que tu nous dois cette joie et bien saches chère Nadia que tu as fait et procuré à chacun de nous plus que tu ne le penses. Si aujourd'hui j'ai retrouvé mes enfants c'est grâce à toi. Tu m'as ouvert les yeux sur beaucoup de choses. Ta bonne humeur à chaque rencontre m'a permis de prendre conscience de ce qui est important dans la vie. Et ce qui est important c'est de ne pas faire du mal en se faisant du mal. Rien que pour cela, et je te l'ai déjà dit, tu as laissé ton empreinte dans ma vie et dans celles des autres aussi, j'en suis sûr."*

"*Quant à moi, mes larmes de tout à l'heure étaient dues à ce sentiment de regrets et de remords que j'éprouve aujourd'hui envers ma famille. Tu as raison Abdallah, nous avons fait beaucoup de mal et nous nous plaignons d'un mal subi qui n'était en réalité que des tentatives de nous aider à mieux gérer une situation difficile pour tous. Je regrette vraiment !"* dira Messaouda.

Samir semblait être ailleurs quand nous lui demandons s'il voulait prendre la parole. "*Tous ce que les autres ont dit est vrai. Je le ressens, je le sais. En réalité, c'est un sentiment de soulagement que Nadia a provoqué en moi tout à l'heure. Oui, grâce à cela, je suis heureux aujourd'hui. Je sais que mon incapacité à poursuivre ma vie était le résultat de mes lamentations sur ma personne. J'ai pleuré parce que je venais de réaliser que je peux. Je peux faire ce que je veux et je m'en veux d'avoir pris tout ce temps pour en prendre conscience. Merci à vous tous."*

"*C'est à moi je crois, non ?"* dira Insaf en riant et poursuit "*moi aussi c'était des larmes de joie et de soulagement comme tu dis si bien Samir. Dieu merci, j'ai pu comprendre beaucoup de choses pourtant si simples. Et tu as raison toi aussi Messaouda, je m'en veux beaucoup. Mais aujourd'hui, je suis contente d'avoir participé à cette thérapie. Vous m'avez tous inspirée, aidée, propulsée dans une*

vie nouvelle que j'apprécie. D'ailleurs même mon mari vous est très reconnaissant."

Ce sont des rires et des sourires à ce moment là qui teintent l'atmosphère au sein du groupe. La rencontre se termine sur cet air de *"bien être"* pour chacun.

Neuvième rencontre :

L'objectif de cette rencontre était d'évaluer les retentissements de la dernière rencontre sur le vécu de chacun de nos cinq patients. Nous espérions connaître comment chacun a vécu sa semaine en fonction de ce qu'il a pu vivre et ressentir sur tous les plans lors de la dernière rencontre.

Nous apprenons par Abdallah que tous les cinq, accompagnés chacun par le membre de sa famille qui venait le récupérer ont été conviés à déjeuner ensemble dans un restaurant proche de la clinique où se déroulaient les rencontres. Leur hôte n'était que le mari de Insaf. *"C'était une première pour moi"* nous confie Nadia. *"Pour moi aussi, depuis longtemps"* dira Samir. *"Quant à moi, je me demande jusqu'à aujourd'hui comment j'ai pu faire cela, moi qui croyais que jamais je ne pourrai mettre les pieds dans un restaurant. J'ai beaucoup apprécié ce merveilleux moment"* nous confie Messaouda.

Abdallah enchaine, en s'adressant à Insaf *"Ce qui est sûr, c'est que nous avons vidé les poches de ton mari Insaf. C'est noble de sa part. Il a insisté à payer la note. Tu as beaucoup de chance de l'avoir Insaf ma fille, ça crève les yeux qu'il t'aime et qu'il tient à toi. J'espère que tu as compris que par cette invitation, il t'exprimait son amour et son bonheur auprès de toi ?"*

Insaf : *"à vrai dire, et selon lui, il voulait fêter avec moi ma renaissance comme il le dit. Votre présence vous tous était pour vous exprimer sa gratitude de lui avoir permis de retrouver sa Insaf. Nous avons pris un nouveau départ depuis. Je vis ce changement, je l'apprécie et je compte le garder et le protéger."*

Nadia : *"vous deux vous célébriez une renaissance et de mon côté, je découvrais un monde nouveau. Simple et agréable mais que je craignais. Quant nous avons été conviés à manger ensemble, je n'ai même pas réfléchi si j'avais la permission ou pas de mon père. Bien au contraire, je l'ai entraîné avec moi comme si je lui disais suis-moi et ne dis pas un mot. Je ne veux pas que tu me gâches cet instant. J'ai appris en rentrant qu'il était très content pour moi. Je pense qu'il était content de ne pas être obligé de manger ce que ma mère avait préparé pour le déjeuner."*

Leurs éclats de rires ont duré presque un quart d'heure. A cet instant, Samir leur dit que son frère l'enviait. Il lui avait dit avoir de la chance d'avoir des amis

comme eux. *"Je ne crois pas qu'un jour je vous ai considérés comme des amis. Non, pas à un seul moment. D'ailleurs je ne me suis jamais demandé qui vous étiez pour moi. On dirait que je vous connais depuis toujours et que notre relation est unique en son genre. C'est comme cela que je le conçois. Une relation à laquelle je ne donne pas de nom mais qu'en aucun cas je ne voudrais m'en défaire. C'est ce que j'ai expliqué à mon frère qui m'a répondu que maintenant qu'il sait cela il m'enviait encore plus !"*

Insaf : *"nous étions dix personnes autour de deux tables que nous avons rapprochées pour n'en former qu'une, mais je n'entendais que nous cinq. Nous étions leurs hôtes d'une certaine manière. C'était nous qui invitations les autres à ne pas se sentir gênés et de profiter de la nourriture. Messaouda n'arrêtais pas de dire à son fils ne sois pas timide mange. Cela m'a beaucoup plu."*

Abdallah : *"moi aussi j'ai eu cette sensation de gêne que ressentait les membres de nos famille. Dans d'autres circonstances, je pense que cela aurait été différent. Mon fils, d'habitude il me demande comment il peut m'aider à manger et à retrouver les plats et les objets sur la table. Cette fois il était à côté de moi mais je ne l'ai pas entendu. Il faut savoir qu'il vient à peine de se familiariser avec mon quotidien, il devait penser que j'avais retrouvé la vue !"*

Ils n'arrêtaient pas tous les cinq de faire des blagues sur les membres de leurs familles. Cela les faisait rire et leur *"faisait beaucoup de bien"* si nous devons être fidèles à leurs propos à tous.

Dixième rencontre :

A ce niveau de la thérapie, nos constats relatifs à l'aspect interrelationnel sont très positifs et instructifs. Chacun de nos patients a pu améliorer ce côté dans sa vie et en tirer profits. Quant à la question de l'estime de soi, il est clair que chacun d'eux l'a bien soignée et qu'elle est vouée à la hausse avec les nouveaux évènements vécus au sein du groupe de parole et dehors de celui-ci.

Ce qui nous amène à nous questionner sur l'aspect cognitif de ce qui était à la base de leur rencontre au sein de ce groupe. Comment se représentent-ils aujourd'hui leurs déficiences visuelles ?

Est-ce que appartenir à ce groupe par cette même déficience a pu les amener à se représenter autrement cette atteinte ?

Nous avons déjà remarqué que l'expression de déficience visuelle n'était pas prononcée depuis quelques séances. D'ailleurs, il n'y a pas que cela. Nous n'avons plus entendu les mots aveugle ou handicapé dans leurs propos depuis la troisième rencontre. Aucun d'eux ne s'était identifié depuis, à une personne

aveugle ou handicapée ou même différente. Au contraire comme nous l'avons vu lors de la neuvième séance, la différence était incarnée par les autres ; membres de leurs familles. D'une certaine manière, c'était ceux-là qui se sont sentis différents face à l'union et l'homéostasie qui régnait en face d'eux entre nos cinq patients. A ce moment de la thérapie au sein du contexte groupal qui lui a été offert, connaître les soubassements cognitifs de ces rebondissements dans la vie de chacun de nos patients, reste important puisqu'il constitue la base de tout ce travail de recherche.

Cette représentation sociale de la déficience visuelle a-t-elle pris sa part de changement ?

Nous nous adressons à nos patients en leur posant la question suivante :

Je pense que chacun de vous a fait du chemin depuis que je l'ai rencontré toute la première fois. Ma première question à cette époque était que quand on évoque devant vous la déficience visuelle, quels sont les cinq premiers mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit. Est-ce que vous vous en rappelez ?

Tous les cinq répondent par l'affirmatif et confirment qu'ils ont l'impression que cela fait des lustres que cela s'est passé.

Cette réponse nous rassure quant à l'évolution de chacun d'eux dans son processus psychologique de deuil de la perte de la vision.

Nous : je vous repose la même question aujourd'hui. Si on vous dit déficience visuelle, qu'est ce que cela évoque en vous ? Quels mots ou expressions associez-vous à la déficience visuelle ?

La première observation fut les soupirs de tous les cinq et le hochement de tête de chacun d'eux suivis de sourires.

C'est Messaouda qui est la première à répondre "*confiance en soi et s'ouvrir à l'autre.*"

Insaf : "*communiquer, ne pas avoir peur, oser, croire en ses capacités et se laisser aimer.*"

Samir : "*communiquer aussi et surtout avec soi-même. Aller vers l'autre et lui donner une chance et surtout avoir confiance en soi.*"

Abdallah : "*voir autrement ; une autre vision qui perce toutes les incompréhensions. Voir ce que les yeux ne peuvent pas voir. Une bénédiction tout simplement.*"

Nadia : "*J'ai complètement oublié que j'étais atteinte de déficience visuelle. Ces deux mots évoquent en moi ma rencontre avec vous tous. Ce que j'ai pu reconstruire en moi grâce à vous. La déficience visuelle a fait de moi une Nadia*

meilleure qui croit en elle, qui s'aime et surtout qui sait qu'elle ne sera jamais seule."

Nous invitons nos cinq patients à développer leurs propos dans le sens de leurs raisonnements et d'éclairer notre lanterne sur ce qui a été à l'origine de ce changement dans l'élaboration cognitive relative à la déficience visuelle.

Un silence va régner pendant trois minutes exactement. Tous les cinq baissent la tête. Personne ne donne suite à ma question. Nous avons tenu à ne pas rompre ce silence jusqu'à ce que l'un d'eux prenne la parole. L'objectif étant de ne pas leur suggérer les mots et de ne pas influencer leurs propos. Ce qui nous intéressait était leurs perceptions nouvelles de leurs atteintes visuelles et du vécu nouveau de cette dernière chez chacun d'eux.

Les mots et expressions qu'ils avaient mis sur la déficience visuelles semblaient très intéressants et témoignaient d'un rebondissement au niveau de la vie intrapsychique de chacun de nos patients.

C'est Samir qui prend la parole. Le silence était devenu "gênant" pour lui. Il explique que *"depuis que je viens ici et depuis que j'ai su ce qui était arrivé à chacun de vous, j'ai commencé à me poser un tas de questions. Comparée à vos histoires personnelles avec la vision et sa perte, je trouve que la mienne est plus au moins la plus banale, la moins grave. Vous avez tenu le coup malgré les difficultés que vous avez enduré. J'ai fini par prendre conscience qu'il suffisait juste de se faire confiance et de ne pas s'avouer vaincu. Parler, communiquer, échanger, partager avec des personnes comme moi. Des personnes qui ont souffert comme moi. Des personnes qui comprennent parfaitement mon ressenti parce qu'ils l'ont vécu et éprouvé comme moi. C'est ce qui m'a permis aujourd'hui de réaliser que ce que je prenais pour une différence pénible à vivre a été la clé du bien être que je vis en ce moment et la confiance en ma personne que je compte garder et améliorer à jamais."*

Nadia est la deuxième à parler. Elle remercie Samir en premiers pour ce qu'il venait de dire en approuvant ce qu'il avait avancé. *"Je pense que nous avons tous ressenti et vécu ce que tu as dit Samir. Je me sentais seule avant de venir ici et de vivre avec vous ces moments. Je me sous estimais. Je me mettais en colère pour presque rien. Aujourd'hui, je ne me rappelle même pas de Nadia d'avant de vous connaître. Vous m'avez permis de revivre à nouveau, de respirer un air léger et propre. Un air pur qui me donne une santé psychique incomparable. Et quant je vous dis que j'ai oublié que je suis atteinte de déficience visuelle c'est que réellement, et je rejoins ce que Abdallah a dit, j'ai pu voir et comprendre ce que je n'ai jamais soupçonné exister en moi. Je me*

sens forte et cela parce que je sais que je ne serai jamais seule maintenant que je vous ai connus." Des larmes ont signé les derniers propos de Nadia.

Abdallah, comme d'habitude lui tapote l'épaule et lui témoigne de sa compassion. Il enchaine dans la même lancée qu'elle en confirmant tout ce qu'elle venait de dire. "Tu as raison Nadia. On se sent non seulement fort mais prend confiance en soi avec le temps. Nos regrets se dissipent et nos colères contre soi et contre les autres disparaissent pour laisser place à une paix intérieure jamais vécue. J'avoue que me leurrais pendant des années que tout allait bien chez moi. Ces rencontres avec vous, ce que nous avons partagé ensemble m'a permis de voir en moi et surtout autour de moi. Je me rends compte aujourd'hui que c'est grâce à cet espace qui nous a été offert que j'arrive aujourd'hui à savourer réellement ma vie auprès des miens. Que dieu vous garde et vous comble de sa grâce."

"Je pense qu'il ne reste que moi non ?" dira Messaouda. Personne ne réplique. Ils étaient tous trop émus pour dire que Insaf n'avait pas encore pris la parole.

Messaouda continue alors "j'ai très très mal vécu la perte de ma vue. J'en ai fait voir de toutes les couleurs à mes enfants et à mes petits enfants. Tout s'était écroulé autour de moi. Je ne pensais pas pouvoir refaire surface un jour. C'est ce sentiment de ne pas être seule aujourd'hui, dans ce nouveau vécu, de savoir qu'il y a des personnes comme moi et qui continuent leurs vies différemment certes mais elles le font, elles ne lâchent pas prise qui me donne cette force que je ressens au fond de moi et que je croyais perdue. Chacune de ces personnes souffrent certes et continuent de souffrir peut être mais moi, j'ai appris avec vous surtout, à reprendre confiance en moi, à croire en moi de nouveau. Ceci m'a permis de m'ouvrir aux autres, surtout mes petits enfants qui me craignaient. Quand j'y pense j'ai de la peine pour eux. Communiquer, oui communiquer et partager, c'est cela le secret je crois. Je ne pourrai jamais vous remercier assez pour ce que vous m'avez permis de réaliser. Merci beaucoup."

Insaf : "maman me dis qu'elle ne me reconnaît plus et qu'elle est fière de ce que je suis devenue. Mon fils me dit qu'il ne savait pas que je pouvais rire. Ceci m'a secoué un jour alors que je venais de passer une excellente journée. Mon mari, quant à lui, a retrouvé le goût de la vie parce que selon lui ma thérapie m'avait ressuscitée. Alors que depuis qu'il vous connaît, il arrive à m'envier. Ma vie a changé avec ma maladie et la perte de la vue, mais faire partie de ce groupe de merveilleuses personnes a secoué le plus ma vie et ma personne. J'ose parler alors que moi-même je ne connaissais pas ma voix. J'ose sortir, rencontrer ma famille que je n'ai pas vue depuis longtemps. Ma vie s'était arrêtée un jour ici

dans cette clinique et le sort a voulu que je reprenne vie ici, encore dans cette clinique. J'ai appris avec vous des leçons de vie qui resteront encrées en moi. Vous m'avez appris à me voir à me questionner sur ce que je prenais pour des convictions. Vous m'avez appris à m'aimer et à me laisser aimer et me débarrasser d'un sentiment de pitié que je croyais que tout le monde éprouvait à mon égard. Moi aussi je dis merci à chacun de vous."

L'émotion était à son apogée lors de cette rencontre. Les phrases de chacun étaient prononcées avec difficultés. Insaf parlait "*de nœuds dans la gorge*" et Messaouda appelait cela "*des coupures dans le réseau*". Nous pensons que c'était une manière de se donner le temps de se ressaisir et continuer son discours.

La séance se termine sur un silence auquel nous mettons fin en les remerciant d'avoir partagé avec nous tous et avec beaucoup d'émotions, leurs ressentis les plus profonds.

Onzième rencontre :

Elle se tient deux semaines plutard. Nous avons été contraints de nous absenter pour des raisons professionnelles. Nous avons informé nos patients de cela par téléphone et nous avons constaté qu'ils ont eu la même réaction ; un "*Ahhhhh*" qui a précédé leurs phrases.

Lors de cette rencontre, nous apprenons que Abdallah et Samir avaient pris des cafés ensemble, le jour de la séance annulée de la semaine précédente. Quant à Messaouda, elle avait invité Insaf et Nadia à manger chez elle, le même jour.

Nadia : "*on peut dire que nous nous sommes réunies comme chaque semaine et comme ça nous avons eu notre séance de groupe, mais entre filles (rires des trois femmes).*"

Samir : "*je n'y avais pas pensé, mais c'est vrai, nous avons fait la même chose entre hommes.*"

L'objectif de cette séance était d'enchaîner sur ce qui s'était passé deux semaines auparavant et de connaître leurs interprétations subjectives loin du groupe du vécu affectif de chacun de la dixième séance.

Or, ce qui s'était passé le jour où la rencontre devait se tenir, nous a interpellés sur plusieurs plans.

Donc, nous avons décidé d'explorer et d'examiner ce qui s'était produit lors de la semaine passée.

Notre question était en nous adressant à Messaouda : comment l'idée d'inviter les filles à manger chez vous, vous est venue à l'esprit?

Et en nous adressant à Abdallah : la même chose, comment vous êtes-vous retrouvés à prendre un café avec Samir ?

C'est Samir qui répond en premier en expliquant qu'il voulait avoir l'avis de Abdallah sur un projet auquel il pense depuis un certain temps. En téléphonant, Abdallah lui propose d'en discuter autour d'un café.

Abdallah : *"à vrai dire, nos rendez-vous du mercredi commencent à prendre de l'ampleur dans ma vie. Un nouveau rythme de vie qui me plaît beaucoup. Apprendre qu'il a été reporté, m'a un peu frustré. Voilà, en rencontrant Samir, j'avais l'impression que je n'avais pas cassé ce rythme."*

Samir : *"je peux dire que l'idée déjà de lui téléphoner et de lui parler m'est venue le lendemain de votre coup de téléphone pour reporter la séance. J'étais content qu'il me propose de nous rencontrer."*

Les filles expliquent elles aussi que c'est le fait de savoir que leur séance était annulée pour la semaine qui les a poussées à organiser ce déjeuner.

Messaouda : *"l'idée était celle de Nadia à l'origine. Elle nous a proposées de nous rencontrer le mercredi chez elle autour d'un Ftour (déjeuner). Insaf avait un rendez-vous avec son médecin ophtalmologue le même jour l'après midi. Elle s'était excusée alors. Comme je n'habite pas loin de la clinique, j'ai eu l'idée de les convier chez moi et Insaf n'aura pas à se faire du souci quant à son rendez-vous médical. Nadia a approuvé sans problème et Insaf aussi."*

Insaf : *"je crois que le plus important pour moi était de les rencontrer et de discuter avec elles. J'aurai aimé qu'on soit au complet mais je pense que ce n'était pas possible du moment que ce n'était pas dans ce bureau ! Je crois que vous m'avez comprise ?"*

Nadia : *"elle a raison, le plus important était de pouvoir nous réunir et non pas de savoir chez qui nous allions manger. J'étais heureuse après que Insaf s'était excusée que la rencontre allait pouvoir se faire ailleurs."*

Nous leur demandons de quoi avaient-elles parlé ?

Nadia : *" nous étions sensées nous amuser, mais nous nous sommes retrouvées entrain de parler de notre cas. Comment chacune de nous a évolué grâce à sa psychothérapie et surtout de ce que le groupe de parole lui procure come bien."*

Insaf : *"malgré cela nous avons rit aux larmes. Vous connaissez Nadia, elle fait de chaque évènement une blague. Elle s'est mise à vous imiter dans votre façon de nous poser des questions. Mais c'était des questions fondées auxquelles nous répondions chacune selon son vécu. Bref, nous avons pu assister à notre séance de groupe mais entre filles !"*

Messaouda : " *s'il n'y avait pas mes petits enfants qui circulaient dans la pièce de temps en temps, on aurait cru que nous étions ici. Cela m'a fait beaucoup de bien sincèrement. Après votre coup de téléphone, j'avoue que j'ai eu un petit pincement au cœur mais bon ! Ce sont des choses qui arrivent et sérieusement la suite était plus qu'agréable.* "

"*Pareil pour moi, annuler notre rendez-vous hebdomadaire m'a mis dans un certain malaise. Il n'a duré que quelques secondes et puis j'ai repensé à ma psychothérapie avec vous et je me suis rappelé que ma vie réelle dans laquelle je devais agir et réagir était celle en dehors de votre bureau, quand je suis seul, face aux situations frustrantes.*" Dira Samir.

Il est clair que nos cinq patients ont été confrontés à une situation frustrante. Reporter leur séance de groupe, a été vécu comme une alerte d'une éventuelle rupture nouvelle. Inconsciemment, leurs réactions premières étaient de recréer ce contexte groupal rassurant et gratifiant. Ils se sont tous les cinq arrangés pour substituer à ce rendez-vous de chaque semaine. Même s'ils se sont retrouvés contraints d'être soit entre femmes, soit entre hommes, ceci ne constituait pas un réel problème. L'important était de ne pas rompre avec un objet pulsionnel rassurant.

Cet objet pulsionnel ainsi que la relation objectale psychique qui en découlait chez chacune des cinq personnes n'était que substitutive. Cela pouvait constituer un réel conflit psychique si cette question perdurait.

La frustration les avait déstabilisés et pourtant ils avaient été avertis au début de leurs prises en charge que cela pouvait se produire à tout moment.

Nous expliquons cela à nos patients avec des termes plus simples et nous leur rappelons que l'objectif premier de nos rencontres est de les aider à reproduire ce genre d'échanges interrelationnel rassurant à leurs environnements personnels respectifs. Le processus de deuil de la perte de leurs visions en dépendait puisque jusqu'ici, tous les cinq vivaient la troisième phase de ce dernier avec beaucoup de progrès.

Cette rencontre s'achève sur ce point. Nous les invitons à réfléchir à ce qui s'était passé pendant ces deux dernières semaines et à la manière avec laquelle ils comptaient traiter cette question.

Douzième rencontre :

Elle commence avec un tour de table afin de savoir comment nos patients avaient élaboré psychiquement les derniers évènements.

Abdallah nous confie qu'il avait beaucoup réfléchi à ce que nous avons dit. Nos interprétations lui ont "*encore ouvert les yeux.*" Les autres confirment avoir vécu la même chose. Il nous racontera comment ces séances "*m'avaient extirpé d'un quotidien ennuyeux et accablant. Même si on s'occupait bien de moi, je ne faisais presque rien. Sortir de la maison ne me disait rien, alors que depuis ces quelques mois, sortir pour venir ici ou ailleurs est devenu quelque chose que j'aime faire. Je sors, même seul je sors. Avoir et connaître des personnes comme moi a rendu la chose plus intéressante. Non seulement je sors mais je parle et je discute. Le plus important pour moi est que j'arrive à parler de moi et à écouter les autres parler d'eux-mêmes et je me rends compte que je ne suis pas seul. Apprendre alors que je n'allais pouvoir pas venir ici et vous voir, j'avoue que cela m'avait réellement perturbé. Je remercie Samir de m'avoir appelé même si je sais aujourd'hui qu'il éprouvait la même chose que moi. J'avais besoin de lui comme il avait besoin de moi je pense.*"

Nous observions les autres qui n'arrêtaient pas de hocher la tête de haut en bas comme pour dire qu'ils étaient d'accord avec de ce qu'ils entendaient.

Nadia demande à Abdallah s'il avait fini de parler et enchaine après lui "*la seule sortie à laquelle je me suis habituée ces dernières années c'est celle quand je viens ici à la clinique pour mes injections sous-conjonctivales. Je n'aimais pas venir ici. Mais aujourd'hui, cet endroit est comme un parc d'attraction pour moi. Je jure que j'attends avec impatience cette sortie. En plus de cela, je réponds aux invitations. Jusqu'à aujourd'hui il n'y a eu que Messaouda qui l'a fait... le message est passé ?? (Rires) Et la sortie au restaurant, c'était ton mari pas toi Insaf !! Tout le monde a compris ?? L'essentiel, est que je n'ai pas su quoi faire quand j'ai appris que ma sortie était annulée. Donc j'ai organisé ma propre sortie pour me préparer à recevoir les filles et je me suis retrouvée entrain de sauter de joie à l'idée de sortir pour aller chez Messaouda et rencontrer encore Insaf. Et quand vous nous avez expliqué ce que chacun de nous a fait en agissant de la sorte, au fond de moi, j'ai réalisé que c'était réel. C'est comme si je m'avais cogné la tête contre un mur de béton. D'ailleurs j'en ai discuté avec Insaf en sortant d'ici. Elle m'a fait rire en me disant que vous étiez futée et que vous nous avez tous démasqués.*"

Insaf semblait à notre avis la seule à ne pas avoir réagit comme les autres. Elle nous raconte que certes l'annulation de la séance l'a un peu perturbée mais qu'elle est passée à autre chose juste après. Elle n'avait rien prévu pour la journée du mercredi "*sauf peut être de savourer une grâce matinée comme tous*

les jours et à se rendre chez son médecin." N'empêche que le fait de se rendre chez Messaouda avec Nadia lui a fait beaucoup de bien.

Quant à Samir, il nous confie que nos propos interprétatifs lors de la dernière séance *"ont eu un effet de coup de massue sur la tête."* Ceci l'a poussé à appeler un ancien copain à lui qui ne savait pas pour sa déficience visuelle et d'organiser une rencontre quatre jours après. *"Je crois que je me suis senti enfin prêt à affronter mes craintes. Raconter ce qui m'était arrivé et dire que j'ai perdu la vue, même à moi-même, m'était très pénible. Je m'étais rendu compte que ce n'était pas aussi difficile que je ne le pensais. Et vous aviez raison. En parler avec des personnes comme soi qui ont des problèmes de vue, est très bénéfique certes, mais il fallait que ceci nous encourage à sortir de notre zone de confort. C'est comme cela que vous dites non ? Et bien oui, je l'ai rencontré après deux ans d'absence et toutes mes craintes se sont dissipées. Il a très bien réagi à ce qu'il venait d'apprendre sur moi. Il m'a fait rire en disant que ce qui m'était arrivé est bien moins grave que ce qu'il a pu endurer ces deux dernières années. J'avais oublié ce type de sensations. J'étais bien, je ne pensais à rien si ce n'est le fait qu'il devait rentrer le lendemain. J'espérais pouvoir passer plus de temps avec lui comme au bon vieux temps mais il avait des obligations."*

Samir semblait retrouver goût à la vie. Il a pu se retrouver *"dans le corps de Samir d'avant tout cela."* En étant en compagnie de son ami qu'il n'avait pas vu depuis longtemps, a fait que la conversation comportait des questions relatives aux nouvelles de chacun dans les deux sens. L'ami avait avoué avoir vécu des moments difficiles lui aussi. Ceci a donné l'occasion à Samir de changer de statut dans la relation. Il n'était plus dans la compassion reçue mais c'était lui qui consolait l'autre et essayait de l'encourager à ne pas se laisser gagner par le désespoir.

A notre avis Samir comme Insaf avait enclenché le processus de prolongement des relations à son entourage environnant. Le mécanisme psychique d'évitement relatif à son atteinte visuelle n'était plus d'actualité depuis sa thérapie individuelle. S'apercevoir qu'il avait agit exactement comme il ne fallait pas, lui a donné l'idée de passer à l'action. La troisième phase du processus psychologique du deuil se concrétisait avec ces tentatives réussies.

Messaouda, quant à elle, semblait très sereine et calme. Elle ne l'a pas beaucoup entendue lors de cette rencontre. Elle justifie cela par *"un sentiment étrange que je n'arrive pas à comprendre. En écoutant tout le monde aujourd'hui, je suis heureuse et triste en même temps. Heureuse parceque je vois que j'ai changé, que tout le monde a évolué. Qu'aujourd'hui chacun de nous comprend ce qu'il*

lui arrive. En écoutant vos interprétations psychologiques, on voit encore mieux comme dirait Abdallah. (Soupirs) et je suis triste parce que ce que j'ai entendu aujourd'hui me laisse penser plus au jour où nous arriverons à la fin de cette thérapie. Comment, comment Je ne trouve pas le mot, mais je sais que vous m'avez tous comprise !!"

Nadia lui dit en souriant *"je crois que nous avons tous pensé à cela mais nous n'avons pas osé en parler. Ne t'en fais. Regarde où nous étions et où nous sommes aujourd'hui. Nous ne sommes plus les mêmes et la suite sera meilleure comme elle est à l'instant."*

Insaf se met elle aussi à évoquer les exploits de chacun après sa thérapie et pendant les rencontres groupales.

A la fin de cette séance, nous invitons nos patients à réfléchir à ce que Messaouda a dit et d'en discuter lors de la rencontre prochaine.

Treizième rencontre :

Les membres du groupe étaient arrivés, à notre avis, au moment où ils devaient penser à la rupture avec ce contexte thérapeutique groupal, sans devoir à la panser. Les préparer à cela était très important. Ils risquaient sinon de se retrouver avec deux processus de deuil vécus parallèlement.

Par substitution de l'objet pulsionnel relationnel, le processus de deuil relatif à la perte de la vision serait non fini et celui relatif à la fin du groupe de parole, pathologique.

L'objectif de cette rencontre était de savoir comment chacun de nos patients se projetait dans l'avenir. Quels étaient les projets de chacun dorénavant ?

Aujourd'hui, que la réalité de la fin du groupe de parole est connue, comment pensent-ils la gérer ?

Insaf prend la parole avec un sourire très expressif. Selon ses dires, c'était une des raisons qui l'avait fait hésiter, au début, à rejoindre le groupe de parole.

"Je m'attache facilement et rapidement aux personnes que j'apprécie et je vis difficilement la séparation d'avec eux. Voilà pourquoi je ne voulais pas participer à cette thérapie. Voilà aussi pourquoi je m'étais retirée loin des gens. Mon mari, mes parents et mes enfants étaient les premiers à en souffrir. J'ai appris tout au long de nos séances à mieux gérer tout cela. La preuve ; à la maison, les choses se passent beaucoup mieux. Je pense que cela me comble beaucoup au point que cela retenti positivement sur moi quant je suis avec vous. Ces séances et vos histoires personnelles m'ont permis de comprendre beaucoup de choses importantes dans ma vie que j'étais sur le point de gâcher."

Elle continue tout en évoquant des exemples qu'ils ont vécus ensemble dans ce groupe et assure que *"cette question de m'attacher aux personnes au point d'en devenir malade est réglée depuis que j'ai entamé ma psychothérapie, il y a longtemps. Je vous aime tous et si je suis debout encore aujourd'hui c'est grâce à vous."*

Samir est le deuxième à parler. En s'adressant à Insaf, il dit connaître ce sentiment. C'est la raison pour laquelle il évitait les gens, même ceux qu'il connaissait et l'appréciaient. Mais qu'aujourd'hui avec *" tout ce que j'ai vécu agréablement au sein de ce groupe, m'a donné l'idée de vous remercier à ma manière. De cette façon, vous penserez à moi et rien que d'y penser, je suis content de dire qu'aujourd'hui, ne plus venir ici, ne sera en aucun cas un problème pour moi."*

Samir apprend à Messaouda qu'elle allait retrouver sa passion pour la lecture. Elle sursaute à ses mots. Samir, en la calmant tout en rigolant *"je ne vais pas te rendre tes yeux mais je vais faire travailler tes oreilles à condition que tu en prennes soin, faut pas les abîmer !"*

Il lui offre un téléphone intelligent avec une application qui lui permet de choisir vocalement un livre ou un écrivain et cette dernière se charge de le lui lire. Elle n'avait qu'à demander vocalement l'arrêt de la lecture, la répétition et surtout la reprise là où elle s'était arrêtée.

La tête qu'a faite Messaouda était intrigante. Elle a serré sa main contre sa poitrine, s'est mise à pleurer d'une manière qui nous a inquiétés tous. Nous avons tous eu peur qu'elle fasse un malaise. Elle reprend ses esprits difficilement avec l'aide des filles et demande à Samir de s'approcher d'elle. Elle le prend dans ses bras et le serre contre elle tout en pleurant et se balançant. Elle ne voulait plus le lâcher et ne pouvait prononcer aucun mot. L'émotion avait fini par gagner nos autres patients jusqu'à ce que Abdallah dise *"tu as failli la tuer."* C'est à ce moment là que Messaouda embrasse Samir et le libère en disant *" au contraire, il vient de me réanimer, merci"*

Elle n'en revenait pas. Elle essaye son cadeau avec l'aide de Samir. Elle fait des essais vocaux et le résultat est plus que phénoménal pour elle. Elle avait fini par retrouver le sourire et de l'énergie.

"De cette façon, nous écouterons ensemble les histoires." En s'adressant à Nadia. Nous apprenons à ce moment que Messaouda avait pris l'habitude de raconter à Nadia les histoires qu'elle avait lues mais que souvent elle oubliait des détails ou carrément comment cela se terminait. Elle continue après que

Nadia lui fasse rappeler qu'elle ne comprenait pas tout ce qui se disait en langue française ; *"ne t'en fais pas, je ferai aussi la traductrice."*

L'occasion pour Nadia d'exprimer ses remerciements, à son tour à Samir.

Tous les cinq ne faisaient que parler de ce téléphone et de cette application de lecture. Ils ont en fait des blagues comme par exemple Abdallah qui mettait en garde Messaouda de lui parler en arabe courant, ou Insaf qui lui rappelait qu'il ne faut pas oublier de charger le téléphone.

Le sujet du présent de Samir à Messaouda avait fait que le reste de la séance tourne autour de cela.

Nous informons nos patients que nous allions continuer notre sujet et l'objet de la rencontre la semaine prochaine.

Quatorzième rencontre :

Nous faisons un rappel de l'objet de la présente séance et nous donnons la parole à qui veut la prendre comme à l'accoutumée.

Nadia interrompe sa conversation discrète avec Messaouda pour dire que cela faisait une semaine qu'elle n'avait pas eu de nouvelle de Messaouda qui avait pris l'habitude de lui parler au téléphone. Tout en riant et en s'adressant à Samir elle lui reproche son geste d'offrir le téléphone *"elle m'a faite remplacer par un téléphone."* Messaouda réplique en insistant que *"personne ne peut te remplacer Nadia. C'est juste que cela m'a beaucoup manqué ; la lecture et je découvre que c'est mieux d'écouter un livre que de le lire."*

Nous demandons à Nadia comment avait-elle vécu l'absence de Messaouda pendant la semaine ? Elle répond qu'elle comprenait très bien et que *"ceci m'a fait comprendre plein d'autres choses. Dire que je ne suis pas seule aujourd'hui ne doit pas vouloir dire que je suis parmi vous et avec vous. Vous existez pour moi et j'existe pour vous mais chacun sa vie. Chacun son chemin. Nous pouvons nous rencontrer ou s'appeler par téléphone mais cela ne veut pas dire que nous devons rester ensemble pour pouvoir continuer. Je crois que chacun de nous a changé depuis la première fois que nous nous sommes rencontrés. Moi, je ne suis plus la même et je me préfère à celle que j'étais avant de vous rencontrer."*

Nadia semblait avoir résumé le but que chacun devait entrevoir devant lui.

Nous pensons qu'elle venait de mentaliser la fin des rencontres de groupe. Les événements de la séance treize, l'avaient aidée à travailler mentalement la rupture prochaine d'avec le groupe de parole.

Abdallah lui fait même la remarque qu'elle avait *"grandie"*. Il lui explique que c'est ce qu'il dit à ses enfants quand il est fier d'eux.

Insaf confirme les dires de Nadia ainsi que ceux de Abdallah. Elle ajoute que de son côté, c'est ce qu'elle ressent mais depuis déjà quelques semaines et que c'était exactement ce qu'elle voulait dire la semaine dernière.

Abdallah reprend la parole afin de faire part de ses émotions qu'il semblait ne pas pouvoir contenir. Avec beaucoup de difficultés il parvient à exprimer " *la chance que j'ai eu en vous rencontrant. Moi qui croyais avoir visité le monde et tout vu de la vie et des gens. Je me rends compte que j'ai raté l'essentiel jusqu'à ce que je vous rencontre.*"

Il semblait que l'objet principal de la conversation concernait cette prise de conscience que le groupe de parole auquel ils assistaient depuis des semaines, va prendre fin un jour. Il semblait que tous les cinq s'étaient préparés à cela et avaient fini par réaliser la visée première de cette étape dans leur thérapie.

C'est Samir qui attire leur attention quant à ce qui a fait qu'ils forment ce groupe. "*C'est bien parceque nous avons tous été touchés par des maladies qui ont causé la perte de notre vue que nous nous sommes rencontrés ici. Regardez le résultat ; on l'a oublié cette vue déficiente. Elle n'occupe plus nos pensées ni même nos conversations. Que chacun vive sa vie pleinement ; n'ai-je pas raison Abdallah ?*"

Le progrès réalisé jusqu'ici était phénoménal pour chaque patient. Il fallait s'assurer que ce résultat et ces résolutions perdurent dans le temps et qu'aucun autre évènement frustrant ne puisse les faire régresser dans leur processus évolutif psychologique.

Quinzième rencontre :

La prise de conscience vécue par nos cinq patients, la semaine précédente, à été pour chacun le début d'un changement de leur habitudes relatives au groupe de parole.

Le tour de table a révélé que personne n'a eu de nouvelles des autres membres du groupe pendant toute la semaine. Les embrassades et les câlins partagés laissaient supposer qu'ils ne s'étaient pas vus depuis longtemps.

Mêmes eux étaient intrigués que personne n'avait contacté l'autre comme d'habitude. Nous les invitons alors à nous dire et raconter leur semaine.

Samir dit avoir repris contact avec deux de ses ex-étudiants. Ces derniers l'avaient sollicité pour qu'il les aide dans un travail scientifique qu'ils devaient rendre à leur enseignant. Il dit s'être retrouvé entrain de leur expliquer le processus de leur expérience scientifique, à leur corriger les failles de cette dernière et comment avoir des résultats corrects et fiables. "*Ils devaient juste*

revoir leurs méthodes utilisées." L'enseignant était de retour. Samir semblait très confiant et sûr de lui en nous confiant ces informations. Ces deux personnes l'avaient croisé près de chez lui et l'avaient interpellé. "En rentrant chez moi, j'étais bien. Ils m'avaient demandé mon aide et j'ai dit oui. Je n'en revenais pas. A vrai dire je n'y ai même pas réfléchi. Deux jours de travail et ils étaient rassurés d'être sur la bonne voie. En me remerciant, ils m'avaient demandé si je pouvais venir en aide à leurs amis qui trouvaient des difficultés dans leurs travaux et j'ai accepté."

Même sa voix avait changé. Il s'imposait avec beaucoup d'assurance. Il était clair que Samir était passé à autre chose que ce qui se passe dans notre bureau et cela grâce à ce qui se passe dans ce lieu au sein de ce groupe de personnes. Le relationnel s'est étendu au-delà de cet espace thérapeutique et il semblait comblé. Nous ne l'avions pas vu comme cela auparavant.

Félicité par les autres, Abdallah lui suggère l'idée d'en faire un travail qui pourrait l'aider plutard sur le plan pécuniaire. L'idée plait et Samir y avoir déjà pensé.

Abdallah reprend la parole et nous confie qu'il s'était absenté lors de la semaine dernière et qu'il était allé rendre visite à sa sœur qui habite à presque sept cent kilomètre de chez lui. Il s'y était rendu avec tous ces enfants seulement. *"Le voyage fut très agréable et très émouvant pour moi. Ce qui m'avait le plus fait plaisir, est que les enfants se relayaient pour être avec moi en voiture. A chaque aire de repos où nous nous arrêtions, les passagers des deux voitures n'étaient plus les mêmes, à part les chauffeurs bien sûr. Je ne sais pas mais au fond de moi encore une fois joie et tristesse cohabitaient. J'ai trop perdu de temps à ne pas me rendre compte de l'essentiel dans ma vie. Puisse dieu me pardonner."*

Il était clair que Abdallah était, lui aussi sorti de la dernière séance, avec la résolution de passer aux choses plus importantes et essentielles. Encore une fois, ce groupe a apporté à chacun du nouveau dans son quotidien et surtout dans sa structure psychique qui prenait de la force et de la continuité.

Nous n'avions pu entendre, lors de cette séance que ces deux personnes. Nous invitons tout le monde à en discuter lors de la prochaine rencontre.

Seizième rencontre :

Tout le monde prend des nouvelles de tout le monde. Une attitude qui nous confirme que c'était des retrouvailles et des échanges de nouvelles car ils n'avaient pas été en contact durant toute une semaine.

Nous avons, tout de suite enchainé sur le sujet en invitant les filles à prendre la parole.

Messaouda : *"je ne m'étais pas rendu compte du changement, jusqu'à ce que je vienne ici et que je vous écoute parler. Je retrouve mes livres et je savoure certes, mais je pense que c'est le cas de ma fille qui m'a le plus retenue. Aujourd'hui je suis rassurée, elle va bien et elle m'a rendue grand-mère encore une fois, il y a trois jours seulement aujourd'hui."* Les autres la félicitent avec les youyous discrets de Nadia et les rires de Abdallah.

Elle continue en comparant sa maison à une salle des fêtes où personne n'entend personne depuis hier. *" Cela faisait longtemps que je n'avais pas rencontré un tas de gens. En compagnie de trois d'entre eux, j'avais complètement oublié qu'on célébrait une naissance. Nous avons parlé et parlé, rit et plaisanté comme jamais. Cela m'a beaucoup manqué et je me suis sentie contente de voir qu'il y a encore des personnes qui apprécient ma compagnie et moi la leur."*

Elle ajoute qu'aujourd'hui elle accepte d'être dans le grand salon avec des invités et qu'elle ne sent pas gênée, *"je n'y ai pas pensé jusqu'à ce que je me rende compte qu'il y avait plus de vingt personnes dans la pièce. J'entendais mon petit fils se faire gronder par sa mère parce qu'il comptait les invités (rires)"*

Le constat est que Messaouda aussi, a bien su rompre mentalement et sainement avec les liens tissés au sein du groupe de parole pour enfin élargir et étendre ces derniers à son propre environnement ainsi qu'à d'autres personnes avec beaucoup de bien-être.

Il faut dire qu'elle a raconté avec détails ce qui a été préparé pour cet évènement. Comment l'accouchement s'était déroulé. Les directives qu'elle avait donné pour recevoir les gens et plein d'autres détails auxquels les autres réagissaient tout en lui exprimant leurs joies pour elle.

C'est Nadia qui enchaîne en disant qu'avoir un enfant, est la plus belle chose qui puisse arriver à une femme. Samir ne peut s'empêcher de répliquer en même temps que Abdallah *"et à un homme aussi."*

"Je veux dire qu'aujourd'hui et à mon âge surtout, je ne peux pas avoir d'enfants. Me marier encore moins. Mais cela ne me dérange plus. Je ne sais pas mais ces derniers temps il s'est passé quelque chose de nouveau. Je me suis remise à cuisiner ; une envie qui m'a prise tout d'un coup un jour. Ma mère a eu peur que je provoque une catastrophe ou que je gaspille les aliments pour être jetés en fin de compte. Ces avertissements ne m'ont pas freinée ni poussée à laisser tomber. Le premier jour, j'ai fait du riz avec du poulet et des

champignons. J'ai regretté car tout le monde ne voulait plus voir ma mère aux Fourneaux. Je pensais que c'était seulement pour me faire plaisir mais ils appréciaient vraiment. Mon cœur s'est rempli de joie comme une petite fille qui a eu de bonnes notes à l'école. J'en ai pleuré le soir."

Nadia paraissait épanouie et heureuse. A vrai dire, nous nous sommes attendus à ce qu'elle en veuille à Messaouda de ne pas l'avoir conviée à la cérémonie de naissance. Il semblait qu'il se passait des choses plus importantes chez elle. Ce qui a permis que le lien avec ce membre du groupe, spécialement, a été repensé objectivement et sainement. Nadia concrétisait réellement et concrètement la phase de réaction de son processus psychologique du deuil. Nous ne pouvions que le lui faire remarquer et l'en féliciter.

La séance prend fin sans entendre Insaf. Nous nous donnons rendez-vous la semaine prochaine pour continuer avec notre sujet de conversation.

Dix-septième rencontre :

Le processus de détachement opéré depuis trois semaines auparavant, continuait de prendre de l'ampleur. A notre avis, les cinq personnes se préparaient inconsciemment à la fin des rencontres groupales. Ils semblaient élaborer ce processus avec beaucoup de maturité mentale et de détachement émotionnel progressif.

S'était Insaf la "vedette de cette séance" avait rappelé Abdallah. Elle prend la parole en résumant ce que chacun des autres patients avait avancé lors des dernières rencontres concernant le fait qu'ils ne communiquaient pas entre eux en dehors du groupe. Elle attire leur attention que depuis le début, elle n'avait fait que répondre aux appels et aux demandes des autres. *"Je ne sais pas, mais je ne veux pas déranger même si c'est pour dire bonjour. J'avoue que j'étais contente à chaque fois que je voyais les filles en dehors de ce bureau ou que l'une d'elles me téléphonait pour une raison ou une autre. Quant à Abdallah et Samir, il est clair que les normes de notre société arabe, les en ont empêchés. Dites-moi si je me trompe. Mais je crois que je suis venue ici dans ce groupe pour essayer de voir jusqu'où je peu aller et comment. Ma psychothérapie m'avait permis de prendre conscience de choses importantes. J'ai mis du temps à me décider à venir. C'est parce qu'il y avait encore des choses en moi que je ne comprenais pas. Chaque séance avec vous, m'a été d'une grande utilité. Je me suis révélée plus forte que je ne le pensais. Vous m'avez beaucoup aidée et je vous en suis reconnaissante."*

Elle évoque tous les membres de sa famille restreinte. Elle raconte comment qu'aujourd'hui, elle est comblée. Que le but qu'elle s'était fixée en rejoignant ce groupe, elle est arrivée à l'atteindre avec l'aide de chacun. *"Je répétais souvent à ma mère et surtout à mon mari que ne valais rien. Vous m'avez démontré que j'avais tort. J'ai beaucoup appris de vous et de l'histoire de chacun de vous. Merci."*

Dix-huitième et dix-neuvième rencontres :

L'évolution des événements, au sein du groupe de parole, était la preuve du progrès réalisé par chacun des patients. Il était temps alors pour nous de mettre terme à ces rencontres et de propulser chacun de nos cinq patients dans son monde à lui. Seuls, dorénavant, chacun d'eux pouvait avancer sans crainte dans un nouveau projet de vie. Ils ont en fait leurs preuves.

Il était question lors de ces deux séances de connaître leurs ressentis quant à ce qu'ils ont vécu depuis le début des rencontres.

Nous : Que pouvez-vous dire sur cette histoire que vous avez partagé ensemble? Une histoire d'une déficience visuelle qui s'est imposée à vous et d'une rencontre avec des personnes qui la vivent comme vous ?

C'est un long silence, de quatre minutes presque qui va régner dans la salle, avant que Insaf nous confie qu'elle ne pense plus à cette déficience visuelle. Elle dit avoir dépassé complètement ce sentiment d'être une personne atteinte de déficience visuelle. Elle ne retient de cette atteinte que le fait de s'être retrouvée avec des personnes comme elle. Des personnes qui lui ressemblent par cette déficience. Aussi différentes les une que les autres, elles se ressemblent dans ce qu'est cette déficience visuelle. *"Avant de vous rencontrer, j'anticipais tous mes faits et gestes. Je craignais la réaction des autres. Se qu'on pouvait penser de moi. Ce qui m'a poussée à me retirer et à ne plus communiquer. Aujourd'hui, cette histoire que j'ai partagée avec vous, m'a guérie de plusieurs maux. Cette histoire m'a transformée en de ce qu'il y a de meilleur en moi. Cette histoire c'est nous. C'est nous tous, forts et quiets. En de compte, cette déficience visuelle qui est la notre, nous a révélés à nous-mêmes. Je me connais plus et je suis très bien aujourd'hui."* Il faut dire que l'émotion était très vive. Les larmes et les sourires s'entremêlaient chez nos cinq patients, l'émotion était ce qui caractérisait ce discours et les réactions des autres..

Au tour de Nadia, cette dernière commence par exprimer à Insaf sa joie de voir la voir heureuse. *"Vision, perdre cette vision, déficience visuelle, non voyance, des mots qui ne me font plus mal. Si vous avez remarquez, je ne pleure plus*

comme avant. On me fait souvent cette remarque ces derniers temps. La raison ; c'est cette histoire, cette belle histoire, cette merveilleuse histoire, et je peux même dire cette déficience visuelle. Je n'en souffre plus. Je crois qu'on s'est réconciliées, elle et moi. (Rires). Ce que j'en dis ; je vois mieux qu'avant. Oui, je vois mieux qu'avant !"

Nadia, qui d'habitude parle longtemps, cette fois, elle s'était contenté de ces trois phrases et de remercier les quatre autres. Même Abdallah lui fait la remarque. Prise par l'émotion, à son tour, elle sourit mais ne dit rien.

Samir est le troisième à parler. Il exprime sa satisfaction totale de son expérience de groupe. Il explique comment il a pu se redonner une nouvelle chance de vivre et d'apprécier la vie malgré tous les tourments. *"Je crois que la vraie déficience dont je souffrait était une déficience de croyance et une déficience psychique. Perdre la vue, m'a aidé à mieux comprendre et surtout de bien prendre le temps pour moi. Partager cela avec vous, c'était le vrai moteur de cette transformation de ma personne. J'ai pu renaître moi aussi comme Insaf. J'ai pu mieux voir comme toi Abdallah, et toi Nadia. J'apprécie aujourd'hui ce que j'ai toujours fais, comme toi Messaouda. Vous avez vu ? Seul, peut être, je n'y serais jamais arrivé. Il fallait que je vous rencontre. Merci alors à chacun de vous."*

Messaouda ne pouvait s'empêcher de répliquer en exprimant son accord avec le discours de Samir. Pour elle, il fallait qu'ils se rencontrent tous les cinq pour retrouver la vraie vision. *"Ne pas pouvoir voir avec mes yeux, m'a permis de m'ouvrir à l'autre ici au milieu de vous. Je connais chacun de vous. Ces mois, passés en votre compagnie, partageant nos vécus avec leurs joies et tristesses, étaient d'un grand secours pour moi."*

A ce moment, elle évoque un livre qu'elle avait lu, il y a quelques années ; l'Alchimiste². Elle ne peut s'empêcher de leur résumer l'histoire et fini par parler de la légende personnelle de chacun. La légende que chaque personne construit et façonne en fonction de ce qu'il rencontre dans sa vie. *"Ma légende personnelle m'a conduite jusqu'à vous et j'ai fini par trouver mon trésor. Je compte bien en prendre soin pour le restant de ma vie."*

Je crois que je vais le lire ce livre, réplique Abdallah. *"Quelle belle histoire qui est la mienne, qui est la nôtre nous tous. Il y a quelques mois, j'étais seul dans mon salon et cela depuis très longtemps. Il n'y avait que ma femme et mes deux filles. Aujourd'hui, le sors de mon salon, je marche des kilomètres pour*

² L'Alchimiste ; un conte philosophique de l'écrivain brésilien Paulo Coelho paru en 1988. La traduction française, signée Jean Orecchioni, a été publiée en 1994.

rencontrer des personnes exceptionnelles. Des personnes qui m'ont fait confiance et se sont confiés sans craintes. Je me suis retrouvé dans chaque histoire de chacun de vous. J'ai découvert que ma vie était un leurre pour me voiler la face. J'ai ouvert les yeux grâce à notre histoire. La réalité et que la déficience visuelle qui nous a réunis s'est révélée être à l'origine de la lumière qui jailli aujourd'hui de nos cœurs et âmes." Abdallah fond en larmes après ces mots et tous les autres s'y mettent aussi.

Nous remercions nos patients de leurs collaborations et leur donnons rendez-vous pour la dernière séance la semaine d'après.

Vingtième et dernière rencontre :

Ce n'était pas un mercredi mais exceptionnellement un jeudi ; deuxième jour de la nouvelle année 2020.

Nous pouvions clore les rencontres des membres du groupe la semaine précédente, mais en raison de l'intensité des émotions vécues, en plus du fait que cela coïncidait avec la nouvelle année, nous avons pensé que cet élément les aiderait et les encouragerait à poursuivre leur processus d'évolution psychique acquis jusqu'ici.

Nous leur souhaitons une bonne et heureuse année. Nos patient s'échangent à leur tour leurs souhaits pour cet occasion et nous leur adressons la question suivante : Alors ? Après ces cinq mois passés ensemble, quelles résolutions pour cette nouvelle année ?

Sans attendre, Insaf et Samir, presque en même temps prononcent le mot "*continuer*".

Pour développer Samir parle de "*bien cultiver ce qui a été semé et récolté ici.*"

Quant à Insaf, elle parle de "*s'aimer et de croire en soi.*"

On aurait dit que Abdallah les suppliait presque de "*bien prendre soin de cette nouvelle vision que nous avons tous découvert ensemble ici. La maladie ne peut pas la toucher mais la négligence de soi, vous plongera encore une fois dans le tourbillon dans lequel chacun de vous était perdu. J'ai retrouvé ma vision et ma vie. Pour rien au monde je ne les gâcherai. Ceci est et restera ma résolution pour le restant de ma vie.*"

Avec un rire qui exprimait à la fois bien-être et malaise, Nadia leur fait remarquer qu'elle cherchait encore un mari. Abdallah lui souhaite tout le succès dans cette quête, Messaouda la rassure en lui disant que c'est lui qui finira par la

trouver, *"j'en parlerai autour de moi, tu es une perle qui scintille, bien heureux celui qui te prendra comme épouse."*

"Ma résolution pour cette année, sera de me faire de nouveaux amis, de sortir, de profiter de ma vie que j'ai gâchée. Je serai heureuse et ne pleurerai jamais pour un rien. Ma résolution est de faire comprendre à ma famille qu'elle n'a rien à craindre pour moi. Je suis capable de me prendre en main." Sur ces mots de Nadia, nous félicitons nos patients de leurs exploits réalisés. Nous leur souhaitons le meilleur d'eux-mêmes et nous leur disons qu'ils peuvent toujours nous solliciter s'ils en éprouvent le besoin un jour. Nous recevons à notre tour leurs remerciements et toute leur gratitude pour l'aide que nous leur avons apportée.

La rencontre n'avait duré qu'une heure après quoi nos patients étaient livrés à eux-mêmes, armés à notre avis pour faire face à toutes sortes de défis qu'ils peuvent rencontrer, ne seraient-ce que ceux relatif à la perte de leurs visions.

4-1 Synthèse des rencontres au sein du groupe de parole :

L'objet principal de ces rencontres est cette atteinte de déficience visuelle. C'est cet objet même, avec tout ce qui leur a fait subir, qui a fini par les réunir au sein de ce contexte groupal.

Nous assistons, en premier, à une certaine reconnaissance de chacun dans l'histoire de l'autre. Une reconnaissance de soi dans ce que l'autre, semblable à soi par sa déficience visuelle, disait. Le groupe est formé plus vite que nous l'avons pensé et espéré. Comme nous le disions avant, il aurait existé avant même cette rencontre dans ce cadre thérapeutique.

Cinq expériences personnelles d'avec la déficience visuelle venaient de s'unir et de se reconnaître l'une dans l'autre.

Nous assistons, dans un deuxième temps à ce que nous appelons une sorte d'alliance entre les membres du groupe relative à cette idée d'être semblables par la déficience visuelle et en même temps différents des autres par cette même déficience. Elle les unissait par cette différence. Nous avons été rassurés qu'ils ne s'identifiaient plus à « aveugle » mais ils subissaient encore les conséquences de cette désignation par les autres, mentalement.

Le mécanisme psychique d'identification a bien servi à résoudre des conflits psychiques enfouis. Notamment, chez Nadia par rapport à Abdallah et chez ce dernier par rapport à Nadia. Voilà comment le lien Abdallah/Nadia est né dans la similitude des deux histoires personnelles. Ne tenant pas les mêmes rôles certes mais contribuant au soulagement de la souffrance de chacun.

Le « Nous » est formé dès la cinquième rencontre. Il est évoqué. Ils s'identifient à ce « nous » qui a signé leur union et exprimé leur appartenance à un tout qu'ils ont formé ensemble. Ce « nous » est dit, parlé, exprimé et pensé. Un « nous » qui les rassure et les reconforte. Ce qui est frappant, c'est le fait que malgré la différence d'âge, en aucun moment il n'y a eu cette appellation de « el hadj », « el hadja » pour désigner par exemple Abdallah ou Messaouda. Ni même « khti », « khouya », « benti » ou « weldi » (ma sœur, mon frère, ma fille ou mon fils.) pour désigner les autres. Il faut rappeler que Messaouda s'est présentée comme étant leur tante (je suis khaletkom Messaouda) lors des présentations premières. Ceci n'est nullement dû au déficit visuel mais bien au contraire à cette appartenance par ce déficit à un tout où la ressemblance est maîtresse. Les statuts relatifs à l'âge n'y apparaissaient pas parce que ce qui primait est ce tout sécurisant duquel ils faisaient partie et dans lequel ils ne se sentaient pas différents surtout.

En plus du mécanisme psychique de l'identification, nous assistons à l'élaboration de certaines projections qui se sont produites et qui ont laissé entrevoir des souffrances enfouies dont la verbalisation a favorisé la prise de conscience et la remise en question de certaines positions au sein de leurs familles et par rapport à certains membres de leurs familles. Similaires et porteuses presque de la même intensité de souffrance, les thématiques conflictuelles de chacun ont connu une résolution psychique satisfaisante.

Ceci a favorisé à consolider l'interrelationnel au niveau des familles de chacun. Ce déplacement psychique opéré, a contribué à l'accélération du processus de réconciliation avec soi et avec les autres. Chacun des membres du groupe était concerné par ce changement, personnellement et subjectivement.

Le constat à ce niveau de l'évolution groupale, est cette objectivation de leurs pertes qui a pris forme et sens et a permis par conséquent sa mise en œuvre dans leurs vies respectives. Un grand pas pour chacun dans l'accomplissement du processus psychologique du deuil. Un processus qui commence à prendre de l'ampleur avec ce que le contexte groupal lui a procuré comme espace parfait pour sa concrétisation.

La question de l'estime de soi, a connu quant à elle une amélioration. Par le rôle que jouait chacun pour l'autre au sein du groupe et en dehors de celui-ci, cette estime de soi est à chaque fois vouée à la hausse. Nous ne pouvions espérer mieux pour nos patients. A ce niveau de la thérapie, nos constats relatifs à l'aspect interrelationnel et à l'estime de soi sont très concluants et instructifs.

Leurs représentations sociales de leurs déficiences visuelles en sont touchées. Ils ne parlent plus de handicap et ne se désignent plus comme des personnes handicapées avec le sentiment d'avoir un corps incomplet. Même le mot aveugle, disparaît de leurs propos dès la troisième séance. Ils ne s'identifient à aucune de ces caractéristiques. Bien au contraire, ils évoquent la communication et la confiance en soi comme principales nouvelles caractéristiques à leur atteinte visuelle. Ils se projettent dans un avenir propre à chacun. Une projection sécurisante qui témoigne de leur maturité mentale relative à la perte de leurs visions. Ils parlent même d'une nouvelle vision. Une vision qui leur permet de voir ce qui leur était impossible de voir avec des yeux saints. Plus intéressant encore, les verbes « regarder » et « voir » sont conjugués à la première personne du singulier ainsi qu'à la deuxième personne du pluriel au présent et à l'impératif. Chose qui ne s'était pas produite avant, lors des prises en charges psychothérapeutiques individuelles. Le dépassement de l'état de l'atteinte du déficit visuel témoigne de l'objectivation psychique de la perte de la vision.

Une réalisation qui face à une frustration, connaît une certaine régression.

Confrontés à cette dernière, ils la vivent comme une nouvelle rupture synonyme d'une éventuelle nouvelle perte. La substitution à cette relation objectale d'avec cet objet pulsionnel est inconsciemment créée est vécue dans le but de palier à cette rupture et cette frustration. Déstabilisés, il fallait enclencher le processus de détachement émotionnel et affectif. Entrepris avec beaucoup de maturité mentale, les membres du groupe prennent tout de suite conscience de l'approche de la fin des rencontres de groupe et finissent par élaborer mentalement et progressivement ce dernier. Leurs résolutions en sont la preuve. La preuve que la phase de réaction du processus psychologique du deuil est vécue pleinement et sainement. Ils sont arrivés à accomplir leur processus de deuil de leurs pertes de la vision. Le groupe de parole leur a offert cette opportunité de s'ouvrir à soi en premier puis à l'autre dans un deuxième temps. Cet autre est au début une personne semblable à lui par sa déficience visuelle puis se transforme à cet autre qui n'est pas touché par cette atteinte.

La perte de la vision est non seulement intégrée dans un projet de vie nouveau mais ce même projet se réalise par et avec elle.

Voici la finalité de ces prises en charges psychologiques ; prendre avec soi sa perte et se reconstruire avec, sans contraintes ni frustrations.

Discussions.

Cette présente étude a été effectuée en quatre temps, bien détaillés dans le chapitre consacré à la méthodologie de recherche. Chaque étape sert à mieux cerner et comprendre celle qui la suit.

La recherche des éléments constitutifs de la représentation sociale nous renseignent sur le noyau central de cette dernière. Nous dévoilons ainsi le sens du vécu de la perte de la vision auprès des personnes qui en sont atteintes. Nous prenons connaissance des répercussions de ce dernier sur le fonctionnement psychique de la personne et nous comprenons ainsi comment le cognitif et le sociocognitif affectent le psychisme et par conséquent le comportemental.

L'étape des entretiens semi-directifs a été l'occasion d'approcher ces personnes plus profondément. Les échanges très fructueux leur ont même permis de formuler des demandes d'aide psychologiques. Ceci a constitué la matière première dans l'élaboration des profils psychologiques des cinq patients. Ces mêmes patients, atteints de déficience visuelle qui ont formé et participé au groupe de parole comme étape complémentaire à leurs thérapies.

Les résultats ont démontré que la représentation sociale de la déficience visuelle chez les personnes qui en souffrent a une structure qui s'organise autour d'un noyau central composé des éléments « handicapé », « aveugle » et « rupture d'avec la vie d'avant ». La recherche de cette représentation sociale auprès de deux catégories distinctes a donné lieu à des différences dans la structure de cette dernière et par conséquent l'existence de deux représentations sociales différentes de la déficience visuelle. Cette différence est relative au temps vécu à porter cette atteinte. Une première catégorie regroupant les personnes qui vivent cet état depuis un an jusqu'à dix ans et une deuxième regroupant celles qui le vivent depuis onze ans et plus. La différence est démontrée par la constitution même de ces deux représentations sociales de la déficience visuelle. Ce qui ressort est que « la souffrance dans le rapport à soi » comme élément du noyau central est spécifique aux personnes de la première catégorie auprès toujours des deux éléments qui perdurent dans cette zone centrale que sont « handicapé » et « aveugle ». La souffrance est vécue comme conséquence à ces deux statuts auxquels ces personnes s'identifient. Des statuts révélés à elles par ce que leur environnement leur renvoie comme image. Elles se perçoivent donc selon cette idée qu'ont les autres sur elles. Le sociocognitif prend le dessus et tout le comportemental le suit. Un acquis sociocognitif qui est au centre de leurs représentations sociales.

Nous verrons parallèlement, que les personnes qui portent et vivent cette atteinte depuis onze ans et plus sont plus préoccupées par « cette rupture d'avec la vie

d'avant » ce qui est à l'origine des « difficultés » rencontrées dans leurs vies et de l' « angoisse » que cela provoque. Le statut de « handicapé » et « aveugle » restent toujours des éléments centraux auprès des trois premiers cités.

Cette différence des représentations sociales de la déficience visuelle entre les deux catégories, ressort dans les profils psychologiques établis dans ce travail. Nadia et Insaf et Messaouda portent et vivent cette atteinte depuis plus de dix ans. Tous leurs propos sont relatifs à cette rupture. Ce qu'elles étaient avant la perte de leurs visions et ce qu'elles sont devenues après, était au centre de leurs discours. D'ailleurs Insaf parle de se retrouver de nouveau. Quant à Nadia, nous l'entendons dire avoir repris ce qu'elle aimait faire avant. Tout est relatif à ce changement de position et d'état de vision. Retrouver et renouer avec la vie d'avant la perte de la vision constituait l'objet central de leur souffrance psychique.

De l'autre côté, Abdallah, Samir, avec un vécu de la perte de la vision qui les place dans la première catégorie, nous constatons que ce qui ressort dans leurs propos témoigne d'une souffrance intense dans ce rapport à soi qu'ils peinent à dépasser et à s'en défaire. Même si cette rupture d'avec la vie d'avant est présente dans la constitution de leurs représentations, c'est cette souffrance dans le rapport à soi qu'ils espèrent panser en premier.

Les éléments requis dans ces vécus et structurant ainsi les représentations sociales de ces personnes a constitué la base du travail effectué au sein du groupe de parole.

Dans l'interaction des activités cognitives à laquelle nous avons assistés entre les cinq membres, le sens est reconstruit autour de nouvelles perceptions. La construction de nouvelles relations à pu être réalisée grâce aux images identitaires naissant et construites au sein du groupe de parole.

L'appartenance à ce groupe par la déficience visuelle, a placé nos patients dans une dynamique de déconstruction et de reconstruction du sens donné à leurs vécus et par conséquent une reconstruction de soi avec de nouvelles valeurs gratifiantes et qui servent positivement l'estime de soi de chacun d'eux.

Un processus mental qui a permis avec le temps, un véritable remaniement libidinal qui les a aidés à accomplir un travail de deuil de leurs pertes de la vision. Ils y arrivent, chacun de son côté lors des suivis individuels mais ils y apportent plus de consolidation, avec le groupe. Le groupe de parole et ce qui leur a offert comme contexte nous a bien renseignés sur leurs capacités mentales et psychiques quant au maintien des résultats obtenus individuellement. L'incident du report de la séance du groupe en est la preuve. La fragilité de

chacun, ainsi que l'implication émotionnelle dans ce qui se construisait au sein du groupe, ont révélé les lacunes chez chacun d'eux. Nous n'excluons pas Insaïf même si ses propos disaient le contraire. Il est possible que si l'incident frustrant était autre, elle aurait réagi de la même façon que Abdallah, Samir, Messaouda ou Nadia.

Bref, ils ne devaient en aucun cas avoir une relation objectale substitutive. Le processus psychologique de deuil aurait connu des complications. La prise de conscience était non seulement rapide et efficace mais elle a accéléré le dénouement de la relation d'avec le groupe et ses membres. Ce groupe est perçu aujourd'hui, par chacun d'eux, comme un moyen qui leur a permis de se retrouver et de retrouver leurs vies avec la déficience visuelle.

Ceci est à interpréter par une objectivation de la perte et de l'intégration de cette dernière dans un projet de vie nouveau avec elle et par elle ; le désinvestissement libidinal de l'objet perdu et son réinvestissement sur un objet libidinal nouveau. Sans phénomène de substitution, nous pouvons conclure que l'accomplissement du processus de deuil de la perte de la vision a été effectué avec succès. La troisième phase a pu se concrétiser au sein du groupe. C'est ce qui lui confère son aspect solide et durable.

Le relationnel et l'intersubjectif rencontrés au sein du groupe de parole ont été très révélateurs et très importants dans cette phase du travail de deuil. Nos cinq patients ont pu se séparer de leurs pertes et de se projeter dans des avenir personnels. Ils ont pu dépasser leurs inhibitions grâce aux relations sociales nouvelles. De ce fait, chacun d'eux est arrivé à réorganiser sa vie et à dépasser toutes ses craintes et ses angoisses relatives à la déficience visuelle.

Conclusions.

En réponse à nos questionnements de départ et en tenant compte des hypothèses que nous avons émises, nos résultats attestent que le vécu de la déficience visuelle est plein de difficultés, de sentiments de dévalorisation, d'angoisse et souvent de perte de soi. La structure des représentations sociales de la déficience visuelle chez ces personnes qui en sont atteintes en témoigne.

Avoir comme contenu représentationnel central deux éléments que sont « handicapé » et « aveugle » qui perdurent dans le noyau central de leurs représentations, n'est que le résultat d'une appréhension de leurs situations en fonction de cognitions socialement construites. Ce que leur environnement leur renvoie comme images est perçu comme une identité qu'il leur octroie. Ceci les pousse à adopter des comportements et des attitudes qui les font douter d'eux-mêmes et de se sous-estimer en parallèle.

Toute la souffrance que ces personnes endurent est relative à ces registres sociocognitif et affectif à partir desquels ils se représentent la déficience visuelle qu'ils portent. Des registres dans lesquels s'inscrit cette représentation et qui ne facilitent guère cet élan qu'on voudrait qu'ils prennent pour aller de l'avant et dépasser leur atteinte. Souvent leur appartenance religieuse leur fait connaître des brefs moments de soulagement étayés par leurs croyances d'être bénis de Dieu par leurs malheurs mais ils sont rattrapés par ces convictions que ce qu'ils endurent n'est autre qu'un châtement divin. Des regrets et des lamentations s'en suivent qui ne les aident pas vraiment dans la résolution de leur souffrance.

Nous rejoignons par nos résultats à ce niveau de la recherche, ce que Claudine Herzlich (1969) avance quant elle parle de la représentation de la santé et de la maladie. L'expérience pénible de la déficience visuelle obéit déjà à deux dimensions ; l'éprouvé et le cognitif. Le ressenti s'ensuit ainsi que l'affect et la conscience de la subjectivité.

En deuxième lieu, la question du temps passé à porter et à souffrir de l'atteinte du déficit visuel, affecte considérablement toute l'organisation de la représentation sociale chez ces personnes. Cela donne lieu à des représentations différentes ; avec le même contenu représentationnel certes, mais avec des organisations différentes. « La souffrance dans le rapport à soi » et « rupture d'avec la vie d'avant » comme éléments constitutifs de la représentation sociale de la déficience visuelle ont bien marqué cette différence en fonction de ce temps passé à porter cette atteinte. Ces deux éléments, par leurs positions centrales dans l'organisation de la représentation, nous éclairent sur l'importance de venir en aide à ces personnes à temps. Ceci pourrait les aider à mieux gérer leurs vécus pénibles et ainsi dépasser ces ressentis accablants. Ce

serait les soubassements d'un accompagnement psychothérapeutique adéquat qui intervient juste à temps. Voilà une deuxième hypothèse confirmée.

D'un autre point de vue (si vous permettez l'expression), face à la déficience visuelle et aux contraintes et changements qu'elle impose à la personne, cette dernière (la personne) est tenue de s'y adapter sans créer d'autres contraintes

La personne doit évoluer dans le sens de la résolution et du dépassement de ces obstacles. Le dépassement par l'adaptation décrit par Kurt Lewin dans sa théorie du champ de forces, nous l'avons traité dans un contexte psychothérapeutique de groupe. L'objectif étant d'atteindre cette adaptation qui n'est, à notre humble avis, que ce travail d'élaboration mentale que la personne doit effectuer dans un processus psychique de deuil de la perte de la vision.

Pour cela, il a fallu étudier la représentation sociale de la déficience visuelle auprès de ces personnes et tenter, par la suite d'apporter un changement dans la structure de cette même représentation par la modification de la perception de la déficience visuelle par ces personnes.

Puisqu'elles se construisent au sein de groupes sociaux, les représentations sociales ne peuvent connaître de changement qu'au sein d'un groupe. Telle est l'énoncée de notre troisième hypothèse et que nos résultats ont confirmée et mené nos patients à bien accomplir leur travail de deuil de la perte de la vision.

Grâce aux étayages qui se sont opérés au sein du groupe de parole entre les appareils psychiques, nos cinq patients ont pu avancer dans leurs vies respectives et se reconstruire au sein de ce groupe et en dehors de lui ; au milieu de leurs environnements personnels.

L'interaction qui s'y est opérée a fait d'eux "une entité dynamique", telle décrite par Lewin, et les a menés au changement.

Nous avons assistés aux trois étapes de ce changement que Kurt Lewin décrit. Ils ont commencé par verbaliser un besoin de changer et de se débarrasser du sentiment et du vécu dépressif dont ils souffraient en formulant une demande d'aide psychologique signant ainsi leur prédisposition à changer (la dé cristallisation). En second lieu, le fait de partager une même situation physique et psychique a affecté leur manière de concevoir cette atteinte visuelle. Ils commencent à avoir une autre vision des choses et surtout de leur déficience visuelle (le déplacement). En dernier, ils arrivent à recouvrir un équilibre psychique. Un équilibre, nous avons vu, qu'ils se sont précipités de protéger en prenant conscience de leur faille et en adoptant d'autres comportements. Ils intègrent des attitudes dans le but de sauvegarder la pérennité de ces nouveaux

modes relationnels sécurisants et surtout gratifiants pour eux (la recristallisation).

L'appartenance au groupe de parole par la déficience visuelle ainsi que le partage de vécus marqués par cette atteinte, a fait que les liens qui se sont formés entre les appareils psychiques de nos patients, les ont engagés dans une réalité psychique nouvelle et spécifique à eux puisqu'elle leur a permis d'acquérir une sorte d'"affirmation symbolique d'une unité et d'une appartenance" (Jodelet, 1989) qui les a propulsés dans des projets d'avenirs propres à eux. Cette position nouvelle, ces ressentis intenses et source de bien-être, ce partage, cette appartenance ont été à l'origine d'une nouvelle conception de leur déficience visuelle et vécus avec cette atteinte.

Le contenu représentationnel de la déficience visuelle et son organisation, à ce moment, ont connu des remaniements. Il est certain que les changements observés auprès de nos cinq patients, ne nous permettent pas d'avancer des certitudes quant à une représentation sociale de la déficience visuelle différente après une prise en charge psychothérapeutique mais il reste clair que le contenu périphérique relatif au registre individuel et subjectif de la personne a bel et bien connu des changements. Le contexte émotionnel et affectif dans lequel les réponses de nos cinq patients ont été émises étaye nos dires. Le changement du contenu de cette zone périphérique a permis l'atténuation de l'angoisse et la difficulté à porter la déficience visuelle et de ce fait, aider au bon déroulement du processus psychologique du deuil.

Une étude sur un échantillon plus large mais qui aurait suivi toutes les étapes de cette recherche, pourrait nous dévoiler l'existence de représentations sociales différentes de la déficience visuelle qui témoigneraient de l'efficacité du procédé psychothérapeutique adopté dans ce travail de recherche dans l'accompagnement de ces personnes dans l'accomplissement du travail psychique de deuil de la perte de la vision.

Références bibliographiques :

- Abric, J. (2003). *La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales*. Dans J. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 59-80). Ramonville- Saint-Agne: Erès.
- Abric, J. (2001). *L'approche structurale des représentations sociales: développements récents*. *Psychologie et société*, 4(2),81-103.
- Abric, J.-C. (1994). *L'organisation interne des représentations sociales : Système central et système périphérique*. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé. , 73-84.
- Abric.J.C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset- Fribourg: DelVal.
- Abric.J.C. (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*. Thèse de Doctorat d'Etat, Université de Provence : Aix-en-Provence CITE PAR. Benalia Dora DANS La théorie structurale des représentations sociales à la lumière d'une métaphore, ou l'horlogerie des nuages. *Social Representations Volume 26*, Issue 2, pages 4.1-4.9 (2016).
- Abric.J.C. (1989). *L'étude expérimentale des représentations sociales*. Dans D. Jodelet, *Les représentations sociales*. (pp. 205-223.). paris: Presses universitaires de France.
- Abric.J.C. (1994a). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses universitaires.
- Abric.J.C. (1986). *Représentation de soi, représentation du destinataire et créativité*. *Communication au colloque du crepco*. Université de Provence, Aix-en-Provence.
- Amar, N. C. (2002). *Le Deuil*. Collection Semailles. SARP.
- Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie de recherche*. Casbah Université.
- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'incoscient*. Paris, Dunod, 1984, 2ème édition.
- AUGAGNEUR, M. (1992). *Vivre le deuil. De la désorganisation à une réorganisation*. Edition de la chronique sociale.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF .
- Bendida,S. (2015). *La thérapie interpersonnelle et le travail de deuil de la perte de la vision*. Approche psychodynamique. Thèse de master en psychothérapies. Université Oran 2.
- Bion, W. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock.
- Blanchet, A. (1989). *L'entretien : la co-construction du sens*. Dans C. Révault- d'Allonnes, & all, *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris: Dunod.
- Blanchet, A. (1991). *Dire et faire: L'entretien*. Paris: Armand Colin.
- Blanchet.A. (2015). *Dire et faire dire*. (C. U. Psychologie, Éd.) Ed:Armand Colin.
- Blanchet.A, & Gotman.A. (2010). *L'entretien et ses méthodes*. Paris: Armand Colin.

- Bouriche, B. (2005). *L'analyse des similitudes*. dans *Méthodes d'étude des représentations sociales* , PP 221-252, 2005, 9782749201238. [hal-01693497](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01693497)
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte* (Vol. 1. L'attachement). (J. Kalmanovitch, Trad.) Paris: PUF.
- Chagnon.J.Y. (2008). *L'identification*. Dans F. Marty, *Les grands concepts de la psychologie clinique* (pp. 79-95). DUNOD. Collection Psycho Sup .
- Chapelier, J. (2019.). *Les phénomènes de groupe : importance de l'illusion groupale*. Dans : J. Chapelier, *La loi des pairs: Les psychothérapies de groupe à l'adolescence* (pp. 57-91). Toulouse, France: ERES.
- CHERIF, H. (1982). *La représentation du travail chez l'ouvrier Algérien. Son attitude et son comportement vis-à-vis de ce travail*. Thèse de 3ème cycle en Psychologie. Sous la direction de Touzard Hubert. Université Charles De Gaulle de Lille., France.
- CHERIF, H. (1999-2000). *La représentation du travail et l'image de soi chez l'ouvrière de l'électronique*. Thèse de doctorat d'état en psychologie sociale. Département de psychologie et sciences de l'éducation.Sénia, Oran.
- CHERIF, H. (2017). Les représentations sociales. Séminaires dispensés dans le cadre de la formation doctorale : Sciences sociales et santé. Domiciliée au département de sociologie de l'université Ahmed Ben Ahmed. Oran 2. Algérie. affiliée au GRAS.
- Codol, J. (1980). *La quête de la similitude et de la différenciation sociale*. Dans P. Tap, *Identité individuelle et personnalisation* (p. 169). Toulouse: Privat.
- Doise.W. (1990). *Les représentations sociales*. In J.F. Richard, R. Ghiglione et C. Bonnet (Eds.), *Traité de psychologie cognitive*. (Vol. 3). Paris: Dunod.
- Dolto, F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Paris: Le Seuil.
- Dolto, F. (s.d.). *La psychanalyse et les media*. Emission La tête au carré sur France Inter. Consulté le Novembre 07, 2008
- Durkheim, E. (1895). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: Librairie Felix Alcan.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris: FAMMARION.
- Flament, C. (1981). *L'analyse de similitude : une technique pour les recherches sur les représentations sociales* . *Cahier de psychologie cognitive*.. 1 , 375-395.
- Flament, C. (1994). *Aspects périphériques des représentations sociales*. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* , 85-118.
- Flament, C. (1994a). *Consensus, salience and necessity. in social representations. Papers on Social Representations*. . , 3, 97-105.
- Flament, C. (1987). *Pratiques et représentations sociales*. Dans J. J. Beauvois, *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Tome 1. Fribourg: Delval.

- Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet*. Paris: Gallimard.
- Foulkes, S. (1948). *Introduction à la psychothérapie analytique de groupe: études sur l'intégration sociale des individus et des groupes*. cité par Nitzgen.D dans: psychothérapie de groupe: l'approche psychanalytique par S.H.Foulkes et E. J Antony. de la première à la deuxième édition.: première publication le 26/03/2015. <https://doi.org/10.177/0533316415580500>. consulté le 23/ 10/ 2019 à 01h 29mn.
- Freud, S. (2002 [1915]). *Deuil et mélancolie*. Paris: Gallimard.
- Fsian.H. (2011). *Corps, Genre et Pouvoir* . in *Corporités, Kahloula et All* .
- G.Bulat-Manenti. (2008). *Le corps matière et semblance (Eces, Éd.)*. Consulté le Mai 18, 2017, sur <http://www.cain-info-la-revue-la-clinique-lacanianne>
- Gaines, R. (1997). *Detachment and continuity : The two tasks of mourning.(Détachement et continuité. Les deux taches du deuil)*. Contemp Psychoanal 33 , 549-571.
- Ghiglion, R., & Matalon, B. (1998). *les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques*. Armand Collin :6ème édition.
- Green, A. (2002). *La pensée clinique*. Paris: Odile Jacob.
- Guimelli.C, & Rouquette.M.L. (1992). *Contribution du modèle associatif des schèmes cognitif de base à l'analyse structurale des représentations sociales. Bulletin de Psychologie, XLV (405) , 196-202.*
- Guimelli.C, & Deschamps.J.C. (2000). *Effets de contexte sur la production d'associations verbales. Cahiers internationaux de psychologie sociale.47-48,2000, 44-54.*
- HERAUDET, J. D. (2007). *Quelques réflexions sur le groupe, et quelques documents pour échanges et partage d'expérience*. AREN 80 AMIENS.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie.Etude d'une représentation sociale*. Paris: Ecole pratique des hautes études.
- Herzlich, C. (1973). *Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. Revue française de sociologie , 14 (1), 41-59.*
- Jodelet, D. (2006). *Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales*. Dans V. Hass, *les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriation, Représentations*. (pp. 235-255). Rennes: Presses universitaires de Rennes. Collection: Didact- Psychologie sociale.
- Jodelet, D. (1989). *Représentations sociales: un domaine en expansion*. In. D.Jodelet (ed), *les représentations sociales* , 31-61 Paris: PUF.
- Kaës, K. (1979). *Crises, ruptures et dépassement. Analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2005). *Groupes internes et groupalité psychique: génèse et enjeux d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. n° 45 , 9-30.*

- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Dunod.
- Kaës, R. (2010). *Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. Cahiers de psychologie clinique*, 34(1), 13-40. doi:10.3917/cpc.034.0013.
- Kaës, R. (1980). *Qu'est-ce que la groupalité psychique? Bulletin de la société française de psychothérapie de groupe 1981*, 29-34.
- Kernberg, O. (2011). *Quelques observations sur le processus de deuil. In Press / L'Année psychanalytique internationale*, 2011, 153 à 175.
- Klein, M. (1940). *Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. Essais de psychanalyse*, 311-340.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1967). *Le dictionnaire de psychanalyse*. Paris: PUF.
- Lécuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lewin, K. (1946). *Action Research and Minority Problems*. Journal of Social Issues. Réédité in LEWIN, K (1997) *Resolving Social Conflicts & Field Theory in Social Science*, Washington : American Psychological Association, (143-152). , 34-46.
- Lewin, K. (2009). *cité par Pichault.F. Gestion du changement. Perspectives théoriques et pratiques*. Bruxelles: De Boek.
- Lewin, K. (1954). *Field theory in social sciences*. New York: Harper and Row. CITE PAR Jacques Rhéaume dans *La recherche action: un nouveau mode de savoir. Sociologie et sociétés. Volume 14. Numéro 1; Avril 1982*.
- Lewin, K. (1959). *Psychologie dynamique: les relations humaines, par Kurt Lewin*. Introduction, morceaux choisis et présentés par Claude Faucheux. Traduction par Marguerite et Claude Faucheux. Révision générale par J.-M. [Jean-Marie] Lemoine. Presses universitaires de France.
- Mauss, M. (1971). *Manuel d'ethnographie*. Paris: Payot.
- Marmoz, L. (2004). *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines, la place du secret. Dans Collection Education et sociétés sous la direction de L.Marmoz*. Paris: Harmattan.
- Meyer, A. (1950). Consulté le Avril 03, 2015, sur Guide de la collection Adolf Meyer: <http://www.medicalarchives.jhmi.edu>
- Moliner.p. (1988). *La représentation sociale comme grille de lecture. Étude expérimentale de sa structure et aperçu sur ses processus de transformation*. Aix-en-Provence: Thèse de Doctorat de l'Université de Provence.
- Moliner.P. (1993). *L'induction par scénario ambigu: une méthode pour l'étude des représentations sociales. Revue internationale de psychologie sociale*, 6,2,7-21.
- Moscovici. (2005). préface. Dans C. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

- Moscovici, S. (1993). *Introductory Address. Papers on Social Representations.* , 2, 160-170.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse. Son image, son public.* Paris: PUF.
- Moscovici.S. (1976). *La psychanalyse, son image, son public.* Paris: PUF.
- Moscovici.S. (1988). *Notes toward a description of social representations.* European Journal of Social Psychology, 18, 211-250.
- Mucchielli, R. (1986). *L'analyse de contenu.* Paris : ESF.
- Ponty, M. (1954). *Phénoménologie de la perception.* Paris: Guallimard.
- Privat. P & Chapelier. J, b. (1987). « *De la constitution d'un espace thérapeutique groupal* ». Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n° 7-8, p.7-28.
- Privat.P. (2003). *3ème rencontre de Seine l'Abbaye.* Journée d'étude. 23 Mai .
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales.* . Paris: DUNOD.
- Quivy.R et VanCompenoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales.4ème édition.* Dunod.
- Ratinaud, P. (2013, 12 21). *Documentation IRaMuTeQ. 0.6 alpha 3.* Consulté le 12 28, 2020, sur http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Pas%20a%20Pas%20IRAMUTEQ_0.6.pdf/view
- Renault, D. (2005.). *Travail de deuil; trajets de vie et transition psychosociale.* Paris.: Mare et Martin.
- Sartre, J. P. (1943). *L'être et le néant; essai d'ontologie phénoménologique.* Paris:: Gallimard.
- Silvio P, Mariotti. (2012). World Health Orgaisation: Global Data On Visual Impairments 2010.FINAL oforweb.pdf?, W. H. (s.d.).
- Sullivan, H. (2002). *dans Dictionnaire international de la psychanalyse.Concepts, notions, biographies, oeuvres, évènements,institutions.* (M. A. publication, Éd.) Paris: Calmann_Levy/ Hachette littérature.
- Tafani, E. (2001). *Attitudes, engagement et dynamique des représentations sociales: Études expérimentales.* Revue Internationale de Psychologie Sociale , 14, 7-29.
- VALENCE, A. (2010). *Les représentations sociales. De boeck.* Bruxelles: 1ere édition.
- Verdon, B. (2009). *La dépression.* Dans F. Marty, *Les grandes problématiques de la psychologie clinique* (pp. 246- 260). Paris: DUNOD.
- Verdon, B. (2004). *Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant.* Cahiers de psychologie clinique, 23,2 , 35-57.
- Vergès.P. (1992). *L'évocation de l'argent: méthode pour la définition du noyau central d'une représentation.* Bulletin de psychologie, 405 , (203-209).
- Vion.R. (1992). *La communication verbale. Analyse des interactions.* Paris: Hachette.

Widloscher, D. (2002.). *Deuil fini et deuil sans fin; à propos des effets de l'interprétation*. Semailles.

ANNEXES.

Le guide des entretiens semi-directif.

1. Devenir une personne atteinte de déficience visuelle.
Comment avez-vous perdu la vue ?
Qu'est-ce qui a fait que votre vue a baissé ?
Quelle est votre acuité visuelle ?
2. L'image du corps et l'estime de soi avec la déficience visuelle.
Comment concevez-vous le fait d'être une personne atteinte de déficience ?
Comment le vivez-vous au quotidien ?
3. Les répercussions de la déficience visuelle.
Qu'est-ce qui a changé dans votre vie avec cette déficience visuelle ?
Qu'est-ce qui a changé au niveau de votre famille ?
Quelles ont été les répercussions de votre déficience visuelle sur votre vie professionnelle ?
4. La prise en charge ophtalmologique entreprise.
Avez-vous entrepris des démarches de prise en charge spécialisée en ophtalmologie ?
Qu'est-ce qui a empêché l'amélioration de votre vue ?
Aujourd'hui, que serait votre première priorité quant à votre déficience visuelle ?
6. Avez-vous quelque chose à ajouter ?
7. Le vécu de l'entretien par la personne interviewée.
Comment avez-vous vécu cet entretien ?

Questionnaire.

Question1 : Si je vous dis déficience visuelle, qu'est ce que cela évoque pour vous ?

(Donnez les cinq premiers mots simples ou composés qui vous viennent à l'esprit)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Question2 : Quelles sont les mots relatifs à la déficience visuelle que les autres personnes auraient proposés et que vous n'avez pas cités?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Question3 : Choisissez cinq mots parmi ceux que vous avez donnés lors de la première et la deuxième question.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Question4 : Classez-les par ordre d'importance, du plus important au moins important.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

5.....

Question5 : Si vous ne deviez garder que trois mots pour définir la déficience visuelle, lesquels choisiriez vous ?

1.....

2.....

3.....

Question6 : Classez ces mots du plus important au moins important.

1.....

2.....

3.....

Question7 : Qu'est-ce qui a changé au niveau de votre vie familiale avec cette déficience visuelle ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Question8 : Quelles conséquences a eu cette déficience visuelle sur votre vie professionnelle ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Question9 : Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez discuter avec un professionnel de la santé ?

- Oui.
- Non.

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....
.....

Avec qui ?

.....
.....
.....
.....
.....

Question10 : Y a-t-il quelque chose que vous voudriez ajouter à ce qui a été dit concernant la déficience visuelle?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Sexe:
- Âge:
- Situation familiale :
- Niveau d'instruction:
- Profession:
- Temps de l'atteinte de la déficience visuelle:

ملخص باللغة العربية للمذكرة.

ضعف البصر. تمثّل, حداد و علاج.

تمهيد.

تطرّق بحثنا إلى مسألة ضعف البصر كإصابة يعاني منها الأشخاص جسديا و نفسيا. نشأت الفكرة من ممارستنا اليومية لمهامنا كأخصائيه في علم النفس العيادي على مستوى المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طبّ العيون بمدينة وهران و مرافقتنا لهؤلاء الأشخاص ضمن تكفّل نفسي هدفه إدماج هذه الإصابة ضمن مشروع حياة جديد مع الإصابة. الجذرية الصراعية المتداولة عند هؤلاء الأشخاص, غالبا ما كانت تخصّ الصعوبة في تجاوز معاش فقدان البصر ما كان دائما وراء المزاج المضطرب و الحالة النفسية المكتئبة.

كان اهتمامنا في هاته الدراسة حول المعنى الذي يعطيه الأشخاص المصابون لضعف البصر لديهم. كلّ العمل التكفلي النفسي و العلاج النفسي المقترحين في هذا البحث مبنيان على هذا المعنى النابع من المعاش النفسي للإصابة على المستوى الشخصي للفرد.

حاولنا ان نسلط الضوء على مدى تأثير الجانب المعرفي و السوسيو معرفي على الجانب النفسي و عليه كلّ سلوكيات الفرد.

تضمّنت هذه الدراسة, خمسة فصول. الأول تطرّقنا من خلاله إلى تعريف ضعف البصر كما تقدّمه المنظمة العالمية للصحة و والسيرورة النفسية لعمل الحداد لفقدان البصر. بيّنا مراحل هذا العمل الثلاث؛ و أكدنا على أهمية كلّ مرحلة, خاصة منها الاكتئاب. إذ غالبا ما تكون هذه المرحلة و المعاش الصعب الذي تفرضه على الشخص سببا في تقديم طلب بالتكفّل النفسي من قبلهم. كان من الضروري, بعد ذلك تعريف بعض المفاهيم الأساسية في هذه السيرورة العلاجية. نعني بهذا؛ صورة الجسم, تقدير الذات, الهوية و الآلية الدفاعية النفسية الخاصة بالتماهي؛ إذ أنّ كلّ الديناميكية النفسية لعمل الحداد تدور حولها.

تضمّن الفصل الثاني مسألة ضعف البصر و التمثّلات الإجتماعية لهذا الأخير. تعريفها, النظريات المنبثقة عنها والنظرية التي اعتمداها في هذه الدراسة.

في الفصل الثالث, نولي اهتمام كبير لمفهوم الجماعة. نحاول ان نبين الإجراءات التكفلية النفس علاجية الفردية و الجماعية المتبّعة في المرافقة النفسية لمرضاينا أثناء عمل الحداد لفقدان البصر. كما نحاول ان نسلط الضوء على هذا التغيير في المواقف و السلوكيات المرتبطة بضعف البصر الذي يحصل ضمن سياق جماعي من خلال التعبير عن العواطف

و المشاعر وسط انتماء هؤلاء إلى الجماعة عن طريق الإصابة البصرية. نولي اهتمام كبير للتفاعلات التي تحدث في هذا السياق و التي ينتج عنها نشاط إعادة بناء الفكر والمعنى اللذان يساهمان في التوازن الليبيدي. سيرورة نفسية يمكن من خلالها إدماج فقدان البصر ضمن مشروع حياة جديد. اعتمدنا في هذه الدراسة, نظريتا René Kaës و Kurt Lewin .

تضمّن الفصل الرابع في هذا البحث, المنهجية المتبّعة في الدراسة و العلاقة بين الأقسام الثلاثة لها. نشرح الأسباب التي دفعت بنا إلى المزج بين العلاج الفردي و التكّفل الجماعي للسير الحسن لعمل الحداد لفقدان البصر. نصوص إشكالية البحث انطلاقاً من هاته المعطيات و نجيب عنها في فرضيات ثلاث وفق أقسام هذا العمل. نشير الى نظرية النواة المركزية لـ "جون كلوج أبريك" كقاعدة اساسية في دراسة التمثّلات الإجتماعية لضعف البصر لدى الاشخاص المصابين به. تساعد هاته الاخيرة في فهم و شرح التنظيم القائم عليه التمثّل الاجتماعي و عليه الالمام بالتغيّر المرجو من المرافقة النفسية. دراسة الحالة في علم النفس العيادي كمرحلة اولى في العلاج سمحت بتقديم المرضى الخمسة الذين كوّنوا المجموعة الناطقة كمرحلة ثانية للعلاج النفسي.

كلّ هذا كان ضمن منهج البحث الإجرائي باستعمال استقصاء عن طريق الإستحضار الهرمي و كذا المقابلة النصف موجّهة في جمع المعطيات الخاصة بالتمثّلات الإجتماعية لدى عيّنة بحث ضمتّ مائة شخص مصاب بضعف البصر؛ من بينهم 42 إمراة و 58 رجل, تتراوح أعمارهم بين 39 و 72 سنة. كلّهم مرضى يتوافدون على ثلاث مؤسسات استشفائية لطبّ العيون بكلّ من مدينة بني صاف, عين تموشنت و وهران.

I. إشكالية البحث:

صغناها على الشكل التالي:

- ✓ ما هي العناصر التي تنظم التمثّل الاجتماعي لضعف البصر لدى الأشخاص المصابين به؟
- ✓ هل يوجد تمثّلات اجتماعية مختلفة وفقاً للمدّة الزمنية المعاشة لهذه الإصابة و المعاناة منها؟
- ✓ ما هي وظيفة هاته التمثّلات الإجتماعية و مدى مساهمتها في السير الحسن لعمل الحداد لفقدان البصر؟

II. فرضيات البحث:

- ✓ العاطفية والمعرفية بما في ذلك الدينية, الثقافية, الإجتماعية و الطبيّة هي السجّلات التي تترسّخ فيها التمثّلات الإجتماعية لضعف البصر لدى الأشخاص الذين يعانون منه.
- ✓ يؤثر الوقت الذي يتم قضاؤه في الإصابة بضعف البصر والمعاناة منه على إدراك هذا الأخير وبالتالي يؤدي إلى ظهور تمثّلات اجتماعية مختلفة. شاهدًا على ما تلحقه هذه الخسارة بشخص ضعيف بصريًا، فإن الوقت عامل أساسي في التصور والتكوين التمثيلي لهذا الضعف.

✓ بما أنّها تتكوّن و تتطور داخل المجموعات الاجتماعية ، فلا يمكن للتمثّلات الاجتماعية أن تتغير إلا داخل المجموعة. مجموعة الدعم أو المجموعة الناطقة، في هذه الحالة، هي أداة العلاج النفسي بامتياز في مرافقة الأشخاص المصابين بضعف البصر في إنجاز والتقدم الجيد للعملية النفسية المتمثلة في عمل الحداد لفقدان البصر.

III. الإطار النظري للدراسة:

1 . ضعف البصر و التمثّلات الاجتماعية.

شكّلت نظرية النواة المركزية لأبريك الأساس النظري لهذا البحث. إذ أنّها تسمح لنا بدراسة التمثّل الاجتماعي لضعف البصر لدى الأشخاص الذين يعانون منه ، في هذا السياق ، باكتشاف النظام السوسيو معرفي الذي يشكله وخاصة معرفة تنظيم العناصر التي تكوّنه. للعلم، تنبثق هذه المقاربة من نظرية التمثّلات الاجتماعية ل "موسكوفيسي" (1961) التي يكون تكوّن التمثّل الاجتماعي فيها قائم على عمليتي:

أ . **الوضعية:** و هي عملية يتم بواسطتها جعل ما هو مجرد ملموسًا. هكذا يصبح المفهوم صورة، نواة رمزية. إذ يتحدث موسكوفيسي (1961) عن ثلاث مراحل في هذه العملية ؛ تكون الأولى باختيار وإزالة سياق المعلومات المتعلقة بموضوع التمثّل الاجتماعي من الأعراف والقيم والمعتقدات و تتعلق الثانية بتكوين نواة رمزية عن طريق تحديد هوية موضوع التمثّل. أخيرًا ، نصل إلى هذا التجسيد لمواضيع تمثّلاتنا الاجتماعية. هذا ما سوف نشاركه كمعرفة مشتركة داخل المجموعات التي ننتمي إليها أو نشكل جزءًا منها.

ب . **الترسيخ:** إنها العملية التي يتم من خلالها دمج موضوع التمثيل الاجتماعي وجميع المعلومات الجديدة المتعلقة به في المعرفة وتأصيلها في نظام الفكر الموجود مسبقًا. هذه هي خطوة "دمج المعرفة الجديدة في شبكة من الفئات الأكثر شيوعًا". (Doise, 1990).

ذكرنا بأنّ ما يثير اهتمامنا والذي سيشكل الأساس النظري لدراستنا هو نهج أبريك الهيكلي (1989) مع فليمينت (1987) ، وروكيت وجيميلي (1992) ومولينز (1988) المنبثق من نظرية النواة المركزية التي لا تقتصر على محتوى التمثّل الاجتماعي ولكنها تركز على تنظيمه. يجب اعتبار التمثّل الاجتماعي هنا كنظام معرفي هرمي على أساس بعدين ؛ الأول مركزي والثاني محيطي.

يشكل النظام المركزي المكوّن الأساسي للتمثّل ، وتتمثل وظيفته الرئيسية في توليد المعنى العام للحقل التمثّلي وتنظيم محتواه ، والذي يسميه أبريك "وظيفة التوليد" لأنه يشكل العنصر التي "يتم إنشاؤه بواسطته، حيث يتم تحويل معنى العناصر المكونة الأخرى

للتمثل. ومن خلاله تأخذ هذه العناصر معنى وقيمة". (أبريك ، 1994). يتم استخدامه "لتعريف وتحديد موضوع التمثل". (فلامينت، 1994). لذلك يتم تعريف العناصر المركزية على أنها "الإدراك التوافقي والغير قابل للتفاوض". (موسكوفيسي ، 1993). بالنسبة للنظام المحيطي، فإنه يظل "مشروطاً" (فلامون، 1994) لأنه غالبًا ما يرتبط بموضوع التمثل. يظل عمله مثيرًا للاهتمام ، لأنه من خلاله يمكننا تسجيل تاريخنا الشخصي ، وتجربتنا ، وشخصيتنا في التمثل. يكمل النظام المركزي والنظام المحيطي بعضهما البعض ، الأول ، "أكثر مقاومة للتغيير" (طفاني، 2001) مع وظيفة هيكلية لأنه يعطي موضوع التمثل معنى ووظيفة تنظيمية من خلال تحديد الروابط التي توحد العناصر والتمثل. والثاني لديه وظيفة تكييفية ودفاعية في نفس الوقت ، لأنه يسمح للتمثل بالتكيف مع الواقع الخارجي ويحمي النظام المركزي من العناصر التي يمكن أن تجعله موضع تساؤل. النظام المحيطي ، من خلال التحويلات الفردية التي يسمح بها وعدم تجانس العناصر التي يحتوي عليها ، سينجم عنه تناقضات و صراعات بين العناصر والمواقف المتخذة ، وسيكون له وظيفة "تنظيم وتكييف النظام المركزي لخصائص الوضع الملموس الذي تواجهه المجموعة". (أبريك ، 1994). وظائف تعزز التغيير والتطوير في الممارسات والسلوكيات. هاته المرونة تكون في خدمة التحولات السلوكية المحتملة التي تكون ضرورية أحيانًا لتحقيق الذات لدى الأفراد الذين يواجهون مواقف مؤلمة و صعبة مثل المعاناة من أمراض ذات عواقب متضاربة على المستويات الجسدية والنفسية والمعرفية.

2 . ضعف البصر و التكفل النفسي.

للتذكير فإن هدفنا من خلال هذا العمل هو دعم مرضانا في عمل الحداد لفقدان البصر. من خلال إيصال المشاعر والتأثيرات أثناء التبادل اللفظي ومن خلال التفاعل الذي سيحدث داخل مجموعة الحديث التي نود دمجهم فيها ، فإن تفسير ظواهر المجموعة الناتجة عن الحياة النفسية لأعضائها سيساعد في إحداث التغيير في مواقفهم وسلوكياتهم. تفاعل هذه الأنشطة المعرفية سيسمح لأعضاء المجموعة بالمشاركة في "نشاط لبناء المعنى والعلاقات وصور الهوية" (فييون، 1992). نأمل أن نلاحظ بذلك، إعادة تنظيم التوازن الليبيدي الذي سيكون دليلاً على أن المجموعة وحقيقة الانتماء إلى مجموعة من خلال الإصابة بالضعف البصري يمكن أن يكون بمثابة دعم كبير ومساعدة مهمة لهم. لهذا الغرض ، ستكون مجموعة الحديث قد استكملت ما تم التوصل إليه بالفعل من خلال التكفل العلاجي النفسي الفردي.

و عليه كان مفهوم الجماعة، الجزء الثاني في معالجة موضوع بحثنا هذا و علاقته بالتكفل النفسي العلاجي لسيرورة عمل الحداد. و عليه، فنحن مدينون لأب علم الاجتماع الفرنسي، "إميل دوركهايم"، بنظرية المجموعة وأسسها. ووفقاً له، لا يمكن للفرد أن يتطور إلا "من خلال اندماجه الوثيق والأوثق في المجتمع". (دوركهايم، 1895). تؤدي هذه المجموعة ثلاث وظائف؛ تلك الخاصة بـ "اندماج الفرد في المجتمع، وتنظيم العلاقات بين الأعضاء الذين يؤلفونه وتقديسهم لقوته" (هيرودوت، 2007) الناتجة عن الشعور بتماسكه حول القيم المشتركة.

ولكن نهج "كايس" جنباً إلى جنب مع نهج "لويين" هما اللذان اخترنا اعتمادهما من أجل تنفيذ هذا العمل. خلفيتنا التكوينية كأخصائية في علم النفس العيادي بالإضافة إلى اهتمامنا بعلم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي في أصل هذا التوجه.

أ. إتجاه "كايس":

أدى اهتمام "كايس" بعلم النفس الاجتماعي والتصورات الاجتماعية إلى وصف الحياة بأنها "سلسلة من الأزمات التي تعتمد فيها استمرارية الداخل بشكل كبير على الاستبدال النفسي والاجتماعي الذي يؤسس وظيفة حاوية". (كايس، 1979). في هذا العمل، يتعلق الأمر بفقدان البصر الذي يقود الشخص إلى تجربة جديدة مع الكثير من الصعوبات على الصعيد الجسدي والنفسي والاجتماعي والعاطفي والمعرفي. إن أي تطور للشخص يمر عبر البيئة التي ينتمي إليها والتي هو جزء منها. إن إدراك هذه الأزمة التي هي الإصابة بضعف البصر سيكون الأداة التي سيبنى من خلالها الشخص تمثلاته. سيكون السياق السوسيو معرفي هو أساس كل الفهم والأداء النفسي. المجتمع و المجموعة هما تلك الحاوية التي يتحدث عنها "كايس".

فوفقاً له، فإن المجموعة هي "الدعم الذي يعتمد عليه أعضاء المجموعة، ويتشبثون، ويعتمدون عليه. المجموعة: هي الممثل الخارجي لوظيفة المساندة الأولية الفاشلة." (كايس، 1993)، مما يؤيد بالتالي إنشاء روابط بين الأعضاء، تعدد التمثلات العقلية وخاصة التحول والتغييرات.

ب. إتجاه "لويين":

بالنسبة لـ "كيرت لويين"، ألهمت نظرية الجشطالت والفيزياء النظرية كل أعماله. يقدم نظريته في مجالات القوة المتعلقة بالعلاقات التي تعمل داخل مجموعة بين الأعضاء التي تشكلها وحتى بين المجموعة والمجموعات الأخرى، والتي يعتبرها محكمة بمجالات

يسمىها "مجال القوة". كل حالة اجتماعية تنتج عن عوامل. دراسة هذه العوامل هو فحص مجال القوة هذا وفهم تطوره في جميع الاتجاهات من خلال السلوكيات والمواقف. في مواجهة الأزمات والضغوط التي نشأت على مدى الحياة ، يتعين على الفرد أو المجموعة التكيف معها دون خلق مشاكل أخرى ، بل عليه تطويرها في اتجاه حلّ هذه العقبات والتغلب عليها. يخدم هذا بحثنا بشكل كبير حيث يتم وضعه في هذا السياق الاجتماعي من أجل تحقيق أغراض العلاج النفسي لدينا ؛ يظل التغيير هو هدفنا ، وتخدمه نظرية "كيرت لوين" بشكل جيد للغاية لأنه يعرف مجال القوة هذا بأنه "اتجاه وقوة الاتجاه نحو التغيير". المجموعة ، حسب قوله ، كيان له هيكل خاص به. هذا الكيان في علاقة مستمرة مع المجموعات الأخرى. ووفقًا له ، يكمن جوهر المجموعة في التفاعل والترابط بين أعضائها. يتحدث "كيرت لوين" عن مجموعة من الخصائص الديناميكية موضحًا أنه "في بيئة محددة ، يحدد توزيع معين للقوى سلوك موضوع يملك خصائص محددة". (لوين ، 1959). تستند نظريته على هذا الترابط الموجود بين الأجزاء التي يتكون منها هذا الكلّ وكذلك القوى التي تحركها. من أجل فهم كيفية عمل المجموعة، يجب فهمها من منظور "نظام الاعتماد المتبادل بين الأعضاء". (لوين ، 1959).

يظل فهم سلوك الفرد مرتبطًا بمحددات مجموعته التي ينتمي إليها. الخصائص الديناميكية حاسمة بالنسبة له ، فهو يصّر على ردود الفعل والتأثيرات والترابطات الموجودة داخل المجموعة والتي تشكل هذا المجال النفسي المواتي لفهم كل السلوك البشري. ما نحتفظ به من توجهات "لوين" والذي يستجيب لأهداف عملنا يتعلق بهذا الشعور بالانتماء إلى مجموعة من خلال التشابه في الإصابة بالضعف البصري وكذلك بالاختلافات في الإدراك لهذه الإصابة والذي سيؤدي، بفضل التبادلات داخل هذه المجموعة إلى ما يسميه لوين "التضامن" الذي سيضمن تحقيق الأهداف الفردية المشتركة - سواء كانت أو مختلفة ولكنها تسمح باستدامة وجودها حتى لو لم يكن الأعضاء معًا في الزمان والمكان. باختصار ، إن تعزيز بناء المعنى من خلال إعادة النظر في مفهوم الذات وتجربة الفرد العاطفية للإصابة البصرية من خلال الانتماء إلى مجموعة، سيتم تحقيقه من خلال الديناميكية التي سيتم إنشاؤها والتي ستكون لصالح الانتقال والمشاركة والمقارنة والوعي و تصور الذات من خلال الحياة الجماعية وما تقدمه من تحولات وتغييرات.

ج ، سيرورة التغيير داخل الجماعة:

تحديد التمثّلات الاجتماعية لضعف البصر لدى الأشخاص الذين يعانون منه، هدفه التعرّف على بنيتها وفهم كيفية عملها. ستعمل مجموعة الحديث كسياق لاختيار العناصر التي تنظّم هذا التمثّل الاجتماعي والتي تنتمي إلى النظام المحيطي؛ كونها حساسة للتغيير كما تم توضيحه سابقاً، والتي ستكون في رأينا عوامل التغيير المنتظرة. تغيير في تصور موضوع التمثّل الاجتماعي الذي سينتج عنه تحولات في المواقف والسلوكيات تجاه هذا الموضوع وبالتالي يعزّز التقدم الجيّد للعملية النفسية المتمثلة في عمل الحداد لفقدان البصر لدى الأشخاص الذين يعانون منه و الذين ينتمون الى مجموعة الحديث.

التفاعل من خلال التبادلات اللفظية داخل المجموعة، ما يسميه لوين "المناقشة التفاعلية"، يقلّل من المقاومة للتغيير. هذا نتيجة لمشاركة الأشخاص في ما يتم مقاسمته داخل المجموعة كالآراء والإدراك والمفاهيم والتفسيرات. يقدم هذا الجزء من عمله لدراستنا الأدوات الرئيسية لتحقيق أهداف العلاج النفسي لدينا. يجب فهم المجموعة وفقاً لـ"لوين" على أنّها كيان ديناميكي. هذه الديناميكية هي فقط نتيجة التفاعل بين أعضاء هذه المجموعة التي ستساعدهم في تحقيق هذا التغيير.

في هذا الصدد، يقدم "لوين" ثلاث مراحل خلال عملية التغيير الديناميكية (لوين، 2009):

- إزالة التبلور: عبارة عن عملية قطيعة مع السلوكيات المعتادة و ولادة الحاجة إلى التغيير وبالتالي الميل للتغيير.

- الإزاحة: تتضمن هذه المرحلة التعرّف على النماذج الجديدة واستيعاب السلوكيات الجديدة. الجانب المعرفي هنا، يسمح ببروز نظرة مختلفة للأشياء.

- إعادة التبلور: يتم في هذه المرحلة الوصول إلى توازن نفسي ويميل الشخص إلى حمايته من خلال تثبيته ، ونتيجة لذلك تُدمج المواقف والسلوكيات الجديدة. ستكون استدامة "مجال القوة" الجديد هذا، هدف المجموعة.

هذا هو المسار الذي ستسلكه عملية التكفّل العلاجي النفسي مع الأشخاص الذين يشكلون مجموعة الحديث التي عملنا معها. تتبع العملية النفسية المتمثلة في عمل الحداد لفقدان البصر لدى هؤلاء الأشخاص نفس الخطوات التي وصفها "لوين" ولا تتعارض بأي حال من الأحوال مع أساسيات علم النفس الإكلينيكي في التكفّل العلاجي النفسي، بل إنها تكملها وتجعلها أكثر فعالية.

د . العلاج النفسي البين- شخصي الفردي.

مستوحى من المقاربة السيكوديناميكية، يبقى العلاج البين شخصي ذو توجّه تحليلي نفسي.

وقد ثبت أنه فعّال للغاية في علاج الاكتئاب. يبقى علاجًا نفسيًا قصيرًا ومحدود في الزمن ويركز على العلاقات الحالية للشخص؛ "هنا والآن". ويستند إلى أهداف عمل محددة جيدًا توصي بها منهجية APA. تم تطوير الأسس النظرية للعلاج البين-شخصي لأول مرة من طرف "ج.كليرمان". يعتمد بشكل أساسي على افتراض أن الاضطرابات النفسية، على الرغم من تعدد عوامل ظهورها، تنشأ بشكل عام في سياق اجتماعي وشخصي معين. يهدف العلاج البين-شخصي إلى التقليل من أعراض الاكتئاب من خلال محاولة إيجاد طرق لحل هذه الصعوبات في العلاقات، كما يهدف إلى الزيادة من تقدير الذات وتطوير استراتيجيات فعّالة في العلاقات البين-شخصية للفرد من خلال محاولة فهم الأسباب الحقيقية من ظهور الاكتئاب وشدّة أعراضه. يعتمد هذا العلاج على تقنيات كتحليل التواصل والتنظيم العاطفي، المستعملة في علاج الاكتئاب. إضافة إلى تقنيات أخرى مثل التقنيات الاستكشافية؛ سواء كانت توجيهية أم لا وهذا عن طريق الأسئلة المفتوحة أو المغلقة، مما يسمح بجمع البيانات بسهولة. تشجيع التعبير عن العواطف؛ التعرف عليها، وقبولها واستخدامها بشكل إيجابي في العلاقات الشخصية. التوضيح من خلال إعادة هيكلة الكلام والتفكير في الاتصال. استخدام العلاقة العلاجية كنموذج للتفاعل في العلاقات الشخصية الحالية للفرد.

الإطار العلاجي يدوم من 12 إلى 16 جلسة، مقسّمة ومنظمة على ثلاث مراحل: المرحلة الأولية (4 جلسات)، والمرحلة المتوسطة (8 جلسات) والمرحلة النهائية (4 جلسات). تتراوح مدة الجلسات من 45 دقيقة إلى ساعة واحدة، بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع. محتوى الجلسات يتعلق بالجوانب الحالية من حياة المريض. تتم مناقشة عناصر الحياة السابقة فقط لتحديد الأنواع المتكررة من التفاعلات.

هـ. مجموعة الحديث.

إنه فضاء نفسي مشترك، حيث يمكن لكل عضو، وهذا بفضل الشعور بالطمأنينة والحماية التي يوفرها بعد تكوينه، إنشاء روابط وبناء علاقة رمزية تعترف قبل كل شيء بالاختلافات الموجودة بين الأشخاص. القلق المعاش على مستوى الفرد، سيشهد تغييرا، إذ سيتم استبداله بإعادة تنظيم تمثيل للمعاناة بحيث يتم التعامل معه بشكل أفضل. مجموعة الحديث هي فرصة للتفاعل وتبادل العواطف والخبرات، والهدف منها هو عيش تجربة جديدة. هذا السياق الجماعي يجعل من الممكن بناء آليات دفاع جماعي تضمن الأمن النرجسي الأساسي. مجموعة الحديث "تتمتع بخصوصية تقديم دفاعات ديناميكية.... يمكن استثماره كموضوع ليبيدي، من خلال تصوّر تمثّلات جديدة، يصبح مكانًا لاستعادة النرجسية".

(بريفات ، 2003). فمن خلال تعلّم و اكتساب قيم جديدة, يدرك الأعضاء الطابع الفريد لكلّ منهم و بالتالي يكتسبون احترامهم لأنفسهم, تقديرهم لذاتهم و كذا ثقّتهم بأنفسهم. تضمن مجموعة الحديث استمرارية خطاب كلّ عضو فيها ومن خلال عمليات التماهي والإسقاط التي تحدث بداخلها ، ستتم عملية إعادة بناء الذات التي من شأنها أن تسحب أي استثمار لبيدي من فقدان ومعاشه القاسي. سيرورة تجلب الكثير على المستوى النرجسي للفرد وتؤدي إلى الإشباع اللاواعي للذات. إن إعادة التفكير في الذات ضمن التشابهات والاختلافات داخل الجماعة يدعم الوعي بالمواقف المحبّطة و عليه إمكانية إعادة النظر فيها في سياق شخصي جديد. هاته السيرورة النفسية تساعد على إجراء و استكمال عمل الحداد بشكل صحيح. بالتالي هذا يخدم هدف عملنا البحثي ويبرر اختيار مجموعة الحديث كسياق علاجي نفسي في هذا العمل.

iv. منهجية البحث:

قمنا في هذه الدراسة بالجمع و الدمج بين مقاربتين من أجل تحقيق أهدافنا العلاجية. تمّ تطوير الأولى حول علم النفس الإكلينيكي الذي يعمل على فهم الأداء النفسي للشخصيات التي عملنا معها. ثمّ إنشاء ملفات تعريف نفسية ومتابعة علاجية نفسية فردية لهذه الأغراض. الطريقة الثانية هي مقارنة نفسية اجتماعية ، تعتمد على دراسة التمثّلات الاجتماعية ومفهوم المجموعة كسياق للتفاعلات.

أ. أدوات البحث :المستعملة ضمن المنهج الإجرائي هي:

- الاستقصاء باستعمال طريقة الاستحضار الهرمي.
- المقابلة النصف موجّهة.

كمرحلة أولى في جمع المعلومات, تمّ اللجوء الى التكلّف النفسي العلاجي بهدف المرافقة النفسية للمرضى اللذين ابدوا و عبّروا عن رغبتهم في التابعة النفسية. في المرحلة الثانية إذن, استندنا على النتائج المحصّل عليها في المرحلة الاولى و بنينا عليها اسس العلاج النفسي لعمل الحداد لفقدان البصر.

- العلاج النفسي البين- شخصي الفردي.
- مجموعة الحديث.

ب. أدوات تحليل النتائج المستعملة كانت حسب طبيعة المعطيات.

- تحليل المحتوى وفقا لمواضيع دليل المقابلة.
- تحليل محتوى التمثّلات الإجتماعية باستعمال برنامج iramuteq الذي هو عبارة عن برنامج " يقدم مجموعة من العمليات والأدوات للمساعدة في وصف وتحليل المصفوفات النصية والمصفوفات الفردية / الشخصية. Iramuteq هو واجهة R للنص متعدد الأبعاد وتحليلات الاستبيان. يتمثل عملها في إعداد البيانات وكتابة النصوص التي يتم تحليلها بعد ذلك في البرنامج الإحصائي R. " (راتينود ، 2013).

سعيًا إلى استعمال نوعين من التحليل هما **تحليل النموذج** و **تحليل شجرة التشابه**. يقدم **تحليل النموذج** في شكل جدول من أربع خانات تحتوي على كلمات مصنفة حسب الأهمية والتكرار ولكل منها معنى يتعلق بالتمثّل الاجتماعي. تظهر الكلمات في الجدول مع أهميتها وتكرارها. هذا ما يسمح بتسليط الضوء على هيكل التمثّل الاجتماعي و مكوناته. الخانة الأولى تضمّ العناصر التي تشكل جزءًا من النواة المركزية. تحتوي على كلمات يتم الاستشهاد بها بشكل متكرر والتي تضعها أهميتها في المقام الأول. "إنها تعطي المعنى و الترابط المنطقي للتمثّل الاجتماعي. هذه هي المصطلحات الأكثر بروزًا وذات مغزى." (فيرجيس ، 1992). الخانة الثانية تسمّى المحيط الأول ويحتوي على كلمات يتم الاستشهاد بها بشكل متكرر ولكنها ذات أهمية منخفضة. الخانة الثالثة هي منطقة العناصر المتباينة ، فهي تحتوي على كلمات نادرة ولكنها في مكان جيد. أما الخانة الرابعة فهي المحيط الثاني، و تحتوي على الكلمات النادرة وذات الأهمية المنخفضة.

أما بالنسبة **لتحليل شجرة التشابه** ، فإنه يسمح بالتعرّف على "معايير القرب والمسافة لدراسة العلاقات التي تربط بين العناصر وبين موضوع التمثّل الاجتماعي الذي يؤدي إلى ظهورها. وبالتالي ، يحدد التحليل لنفسه هدف تقديم أقوى العلاقات التي ستترجم أهمّها هيكل المجال التمثّلي ". (فالينس ، 2010).

في الدراسة التي نجريها ، يتعلق الأمر بمقارنة مصفوفات التشابه بين مجموعتين فرعيتين وفق المتغير في هذا البحث الا و هو المدة الزمنية لحمل الاصابة بضعف البصر. سيتم تنفيذ العملية على مراحل ، كما ذكرها "فلامون" واستشهد بها (بوريش، 2005) ؛ إنشاء وتحليل مصفوفة التشابه وتصور شجرة التشابه وأخيرًا مقارنة مصفوفات التشابه للمجموعات الفرعية المختلفة وأشجار التشابه الناتجة.

ج. عيّنة البحث.

● بالنسبة لدراسة التمثلات الاجتماعية، العينة المختارة تتكون من مائة شخص. 42 امرأة و 58 رجلاً. تتراوح اعمارهم بين 39 و 72 سنة. ينتمون إلى عدّة مستويات اجتماعية وثقافية وحالات اجتماعية مختلفة. معيار النقاء كان الإصابة بضعف البصر. التقينا بهؤلاء الاشخاص في ثلاث مراكز استشفائية متخصصة في طبّ العيون على مستوى مدينة وهران، مدينة عين تموشنت و مدينة بني صاف.

● بالنسبة للمقابلات النصف موجهة، أمكننا إجراؤها مع 20 شخصا من بين المائة (أولئك الذين وافقوا على العودة لإجراء المقابلة معنا).

● بالنسبة للمرافقة النفسية العلاجية، 13 شخصا من العشرين عبّر عن رغبته في العلاج النفسي. استفاد هؤلاء من متابعة نفسية فردية ضمن العلاج البين-شخصي. 11 شخصا من هؤلاء الثلاثة عشر، وافقوا على الانضمام الى مجموعة الحديث المقترحة كعلاج تكميلي.

كان من المفروض تكوين مجموعتين؛ الاولى متكونة من ستة افراد و الثانية من خمسة. الاّ أنّنا لم نتمكن أبداً من جمع افراد المجموعة الاولى معاً أكثر من مرتين. خلال هذين الاجتماعين ، كان هناك ثلاثة فقط حاضرين في المرة الأولى ، وشخص واحد فقط في المرة الثانية. حتى من خلال إعطائهم تفاصيل الاتصال الخاصة بنا حتى يتمكنوا من إبلاغنا بأي غيابات وتأجيل لاجتماعاتنا، لم نتمكن من جمعهم معاً بعد عدة محاولات. و عليه تمّ العمل مع افراد مجموعة الحديث الثانية الخمسة.

د. زمن البحث:

تنقسم إلى ثلاث مراحل حسب التسلسل الزمني لمرحل البحث.

- تمتد المرحلة الأولى من أبريل 2017 إلى ديسمبر 2018. وقد تم تخصيص هذه الأشهر العشرين لتكوين مجتمع البحث، وملء الاستقصاء المبني على الاستحضار الهرمي، وأخيراً إجراء المقابلات النصف موجهة.
- المرحلة الثانية دامت ستة أشهر ، من فبراير 2018 الى جويلية 2019. وخصت للرعاية العلاجية النفسية الفردية. المكان؛ مكتبنا.

- المرحلة الأخيرة , خصّصت للجلسات العشرين التي أجريت ضمن مجموعة الحديث المكونة من المرضى الخمسة. وتستمر لمدة خمسة أشهر, من أوت 2019 حتى جانفي 2020. وعقدت هذه الجلسات على مستوى مكتبنا.

V. النتائج و تحليلها:

1. قسم التمثّلات الاجتماعية لضعف البصر:

يتم عرض التحليلات النموذجية وأشجار التشابه التي تمّ الحصول عليها من خلال علاجها ببرنامج Iramuteq هنا. الهدف هو التعرّف على العناصر المكونة للتمثّل الاجتماعي لضعف البصر ، والبحث عن النواة المركزية لهذا التمثّل ثم تصوّر الروابط بين هذه العناصر. من خلال التمييز بين العناصر المركزية والعناصر المحيطة ، وكذلك المقارنة بين الفئتين اللتين تم إنشاؤهما وفقًا للمدّة الزمنية للإصابة بضعف البصر ، سنحاول التحقق من فرضياتنا الأولى.

من المهم الإشارة الى أنّه في البداية كانت هناك ثلاث فئات تتعلق بمدّة الإصابة. المجموعة الأولى جمعت معًا تلك الممتدة من سنة واحدة إلى عشر سنوات، والثانية من أحد عشر إلى عشرين عامًا والثالثة تراوحت بين واحد وعشرين عامًا وأكثر. فيما عدا أن الفئة الثالثة لم تضم سوى أربعة من مائة شخص ، لكن العناصر التي قدمتها لم تكن مختلفة عن تلك التي كشفت عنها الفئة الثانية. ولهذا السبب، انتهى بنا المطاف بفئتين. واحدة تضم الأشخاص الذين يعانون من إعاقة بصرية لمدة لا تقل عن سنة واحدة إلى عشر سنوات وفئة تشمل الأشخاص الذين يعانون من إعاقة بصرية لمدة أحد عشر عامًا فأكثر.

سيتم استخدام النتائج التي تمّ الحصول عليها هنا خلال مجموعة الحديث كأساس علاجي من أجل مرافقة مرضانا في اداء عمل الحداد لفقدان البصر والتغلّب على أي موقف اكتئابي. سيتم تنفيذ عملية التغيير وفقًا لما تكشفته عنه مجالات التغيير المحتمل كعناصر مكوّنة للتمثّل الاجتماعي. تعتبر منطقة المحيط الأول حاملة للمعنى تساعد على تطوير مفاهيم جديدة للتجربة الحية التي يحملها هؤلاء الأشخاص ، وذلك بفضل التفاعل وتبادل الخبرات والتجارب الشخصية داخل مجموعة الحديث.

أ. العناصر المكونة للتمثّل الاجتماعي لضعف البصر.

- **التحليل النموذجي الشامل** (جدول 2) المقدم أولاً هو الذي يتعلق بمجتمع البحث بأكمله في هذه الدراسة. هذا هو تحليل البيانات التي تم جمعها من مائة شخص. العناصر التي تنتمي إلى **منطقة النواة المركزية** للتمثل الاجتماعي لضعف البصر هي ستة، مع اختلاف في التكرار بالتأكيد ولكن يظل مهمًا للسماح بوضعهم في هذا المكان. تم الاستشهاد بالعنصر "معاق" من قبل 84 شخصًا وبمتوسط دلالة يبلغ 2.4. أما "أعمى" فقد استشهد به 68 مرة بمتوسط دلالة 2.9. متبوعان بالعنصر "صعوبات" في 58 مناسبة بمتوسط أهمية 2.8. هذه الكلمات الثلاث، على رأس عناصر المنطقة المركزية، تخبرنا عن تجربة ضعف البصر على المستوى المعرفي. الإصابة تضع الشخص في فئة المعوقين. حقيقة عدم قدرتهم على الرؤية تجعلهم مكفوفون، غير قادرين تمامًا على التصرف والتحرك بحرية ودون مساعدة من طرف ثالث. عدم القدرة على الاستمرار في حياتهم، بنفس الدافع وبنفس الوسائل كما في السابق، يفسر كل الصعوبات التي يواجهها هؤلاء الأشخاص بشكل يومي.

يبدأ الشعور بالقلق (2.8-46)، محملاً بالخوف من المجهول الذي ينتظرهم، والبكاء والأسئلة حول سبب حدوث ذلك لهم. تجربة أناس ضائعون في خضم أفكارهم التي لا تتوقف أبدًا عن التزاحم في رؤوسهم دون إيجاد إجابة أو نهاية. إن "القطيعة مع الحياة السابقة" (2.9-30)، حياة المبصرين هي التي تعود إلى هذا المستوى من التصنيف لهذه العناصر المركزية. هاته القطيعة تكون في أصل "المعاناة في العلاقة مع الذات"، معاناة يثيرها 28 شخصًا بمتوسط أهمية 2.9، مما يدل على شدة هذه التجربة المؤلمة لضعف البصر.

أما بالنسبة لعناصر المحيط الأول، فهما اثنان. تكرر العنصر "حتمية" 54 مرة وبمتوسط أهمية 3.7 وكلمة "الجسم الغير مكتمل" 40 مرة وبترتيب 3.4. تتعلق الحتمية لدى هؤلاء الأشخاص بهذه المحاولة لتفسير الأحداث الجديدة التي تصيبهم ولا مفرّ منها. الصلوات والتسبيح هي التصرفات التي يتضرّع بها هؤلاء الناس لنيل مغفرة الله. يُنظر إلى ضعف البصر كعقوبة، ولكن غالبًا ما يُدرك على أنه محنة تدل على علامة على التقوى من طرفهم ويعترف بها الله بشكل خاص. اعتقاد يعمل على التخفيف من حدة المعاناة التي يمرون بها. يأخذ عنصر "الجسم غير المكتمل" هنا جانبًا من جوانب النقص. جسم يفتقر إلى وظيفة العضو. جسد يعيش حياة سيئة بسبب نقصه. الكلية الجسدية غير موجودة وبالتالي لم يعد الجسد ملكًا لهم.

منطقة **العناصر المتباينة** منظمة حول أربع كلمات وعبارات. استشهد القليل بها بالطبع ، ولكن مع رتب كبيرة. سنجد مرة أخرى "العناية السيئة في طب العيون" (8-1.8) الذي ورد ذكره للتعبير عن جهلهم بخطورة حالاتهم الطبية وحقيقة عدم تفتنهم في الوقت المناسب لحالتهم . ينتج عن هذا الندم والرتاء. يتم الاستشهاد بالأخر في هذا المستوى من التمثل من خلال هذه "المعانة في العلاقة مع الآخر" (8-2) ، يتم ادراك الآخر والعلاقة مع الآخر بشكل مؤلم . ما يعتقد الآخرون عنهم يمكن أن يصبح هاجسًا. الصورة التي ينقلها هؤلاء الناس إليه تشغل اهتمامهم بالكامل. يذهبون إلى حدّ إخفاء اصابتهم بعدة طرق. سلوكيات هي في الأصل سبب هذه المعاناة. هناك عنصران آخران هما "أنا" (2-1) و "من سيهتم بأولادي" (2-1) اللذان يظهران في هذه المنطقة. الأول يشير بوضوح إلى اعتبار الإصابة هوية شخصية. على الرغم من أن شخصين فقط أعطيا هذه الكلمة ، إلا أنهما وضعها في الصف الأول. أما الكلمة الثانية ، التي استشهد بها أيضًا مرتين ولكن ليس من قبل نفس الأشخاص ، فهي ذات أهمية قصوى. على الرغم من أن تكرار الكلمتين منخفض ، إلا أن أهميتهما تخبرنا عن هذه العلاقة بالأطفال والقلق بشأن مصيرهم المتعلق بإصابة أوليائهم بضعف البصر.

يقوم **المحيط الثاني** بتجميع سبعة عناصر معًا. "الحكمة" (14-4) التي تشير إلى الصبر بسبب التقدم في السن. هؤلاء هم الأشخاص الذين يبررون ظروفهم من خلال بلوغهم سنًا متقدمة تمنعهم من القلق بشأن ضعف البصر. الصبر بالنسبة لهم هو أفضل طريقة لتخطي الأمور. الوحدة، سواء "مختارة" (12-4) خوفًا من أن يرفضها الآخر يومًا ما أو "مفروضة" (10-3) لأن الآخر فرضها حقًا بعد الإصابة، إنه شعور لا يمكن إلا أن يزيد من حدة معاناتهم ومنعهم من المضي قدمًا في حياتهم. "الشعور بالتبعية" (8-3.5) موجود باستمرار ويضعهم في موقف "الحاجة" (6-4.7). بحاجة إلى الآخر، بحاجة إلى وسائل جديدة للتعامل مع الوضع الجديد الناتج عن ضعف البصر. شعور بالحاجة التي تفرضها المواقف والتي غالبًا ما تثير "الغضب" (10-3.8) نظرًا لتجربة ضعف البصر المؤلمة. كان من الممكن أن يدفع ضعف البصر هؤلاء الأشخاص إلى التفكير في حالات نادرة من الانتحار. باختصار، إنها مسألة "معالم جديدة" (10-3.6) يجب إيجادها أو بناؤها بالتعلم الجديد، والعادات الجديدة؛ رؤية أخرى للأشياء من أجل جلبها نحو التغيير.

باختصار، يتم تنظيم التمثل الاجتماعي لضعف البصر حول عناصر تقع ضمن ثلاثة سجلات. الأول يأخذ طابع الهوية مع "معاق" و "اعمى". والثاني يصف العواقب والتداعيات النفسية التي يفرضها ضعف البصر. الـ "صعوبات" على جميع المستويات و

"القلق" كأنما تشهد على عدم الفهم والشعور بالضياع. السجل الثالث يتعلق بالشعور والعاطفة. إن "المعاناة" التي تنشأ من هذا الشعور بالـ "قطيعة" تلقي بثقلها على كل تجربة ضعف البصر هذه.

- ثانيًا، نقدم التحليل النموذجي للفئة الأولى (جدول 3) من الأشخاص الذين يعانون من ضعف البصر لمدة سنة إلى عشر سنوات. نحن نبحث دائمًا عن العناصر التي تشكل التمثّل الاجتماعي لضعف البصر فيه.

الملاحظة الأولى هي تلك المتعلقة بالعنصر "أعمى" الموجود في هذه الفئة من الناس في المنطقة المحيطة الأولى إلى جانب "حتمية" و "جسم غير مكتمل". في هذا المستوى من ضعف البصر ، لا يكون العمى ، على ما يبدو ، عنصرًا مركزيًا. يبقى أن يتم التحقق منها عند البحث عن النواة المركزية للتمثّل. تعدّ عناصر المحيط الأول ، في هذه الحالة ، ثلاثة عناصر مقارنة بعامة الناس. أما العناصر المتباينة فهي لا تتغير. إنهما متماثلان وبنفس الترتيب من حيث التردد والأهمية. الشيء نفسه ينطبق على عناصر المحيط الثاني، نفس الشيء ولكن مع تغيير طفيف في تردداتها وترتيب أهميتها.

- لنرى الآن ما يكشفه التحليل النموذجي للفئة الثانية (جدول 4) من الأشخاص الذين يعانون من إصابة بصرية لأكثر من أحد عشر عامًا.

تتكون المنطقة المركزية للتمثّل الاجتماعي لضعف البصر عند هذا المستوى من ضعف البصر من خمس كلمات. الاختلاف الوحيد مع عامة السكان هو اختفاء عنصر "القطيعة مع الحياة من قبل" في هذه المنطقة وعودة ظهوره في المحيط الثاني. أما بالنسبة للمحيط الأول، فهو يحتفظ بنفس عنصره "حتمية" و "جسم غير مكتمل" مع مجرد تغيير في ترتيب الترددات والأهمية أيضًا. العناصر المتباينة هنا مع مرتبة مهمة جدًا مثل "رعاية سيئة في طب العيون" و "الشعور بـ" الوحدة المفروضة" يمكن أن نخبرنا عن وجود فئات فرعية للتمثّل. نفس ونطوّر ترتيب العناصر هذا عند البحث عن النواة المركزية للتمثّل.

ب. البحث عن النواة المركزية للتمثّل الاجتماعي لضعف البصر:

يكمن البحث عن النواة المركزية في مراجعة عناصر المنطقة المركزية. هم بالتأكيد ينتمون إليها لكنهم ليسوا بالضرورة عناصر مركزية للتمثّل. لهذا ، يقترح جان كلود أبريك ، في دراسة تنظيم بنية التمثّل الاجتماعي ، محاولة العثور على نواته من بين الكلمات الثلاث التي تم الاحتفاظ بها في الأخير من قبل الأشخاص الذين تم سؤالهم. هذا ما فعلناه من خلال إنشاء تحليل نموذجي بهذه الكلمات والعبارات الثلاث بين عامة الأشخاص، الفئة الأولى وأخيرًا مع أفراد الفئة الثانية.

- النواة المركزية للتمثّل لدى عامّة الأشخاص (جدول 5)

ننتهي بثلاثة عناصر مركزية فقط. يتم تنظيم التمثّل الاجتماعي لضعف البصر، في هذه الحالة، حول الإعاقة وحقيقة كون الشخص "معاقًا". هذه الإعاقة راسخة وتشير إلى كون الشخص "أعمى" يجد نفسه يعاني من "قطيعة مع الحياة من قبل". هذا الانتقال من حياة الشخص المبصر إلى حياة الأشخاص المعاقين بصريًا هو ما يميز التمثّل الاجتماعي لضعف البصر. بالنسبة للعناصر الأربعة الأخرى التي كانت جزءًا من المنطقة المركزية، نلاحظ أن "قلق" و "صعوبات" أصبحت على مستوى المحيط الأول. أما "المعانة في العلاقة مع الذات" فقد أصبحت عنصرًا متباينًا.

- النواة المركزية للتمثّل لدى الفئة الأولى (جدول 6)

مقارنةً بالتحليل النموذجي مع الكلمات الخمس في هذه الفئة، نرى اختفاء عنصرين. "معانة في العلاقة مع الآخر" التي كانت في الأصل من العناصر المتباينة و "غضب" الذي كان في المحيط الأول. لم يتم الاستشهاد بهذين العنصرين من قبل هؤلاء الأشخاص في هذا المستوى من الإصابة. دعونا نعود إلى منطقة العناصر المركزية، عنصران يتحولان نحو المحيط الأول؛ "صعوبات" و "قلق" والثالث يصبح عنصرًا متباينًا؛ "قطيعة مع الحياة من قبل". نستنتج أنه على الرغم من أنها عناصر مركزية، إلا أنها ليست جزءًا من جوهر تمثيل ضعف البصر. عند وضعها بالقرب من منطقة النواة، فإنها تتحول نحو النواة المركزية. يتم تنظيم النواة المركزية لدى هذه الفئة حول ثلاثة عناصر "معاق" و "أعمى" و "معانة في العلاقة مع الذات". كلمة "أعمى" التي كانت في المحيط الأول موجودة الآن في النواة المركزية إلى جانب كلمة "معاق" والتي تستمر في هذه المنطقة وبالتالي في النواة.

في الختام، فإن الإعاقة في هذا المستوى من ضعف البصر راسخة بشكل جيد وحققي. يرى الأشخاص أنفسهم مكفوفين. ينتج عن هذا معاناة حقيقية في العلاقة مع الذات مع ضعف البصر. التمثّل الاجتماعي لدى الأشخاص الذين يعيشونه لمدة سنة إلى عشر سنوات هو تمثّل أشخاص ذوي إعاقة بصرية. يرون أنفسهم مكفوفين ويعانون في علاقاتهم مع أنفسهم.

من أجل التحقق من وجود اختلاف أو عدم وجود اختلاف بين التمثّلين الاجتماعيين لضعف البصر وفق المتغيّر مدّة الإصابة، نقارن النتائج التي تم الحصول عليها من الفئة الأولى مع النتائج المتحصّل عليها مع العينة الإجمالية.

عنصران يختفيان في هذه الفئة. كلاهما عناصر متباينة لدى الفئة الأولى؛ "غضب" و "معاناة في العلاقة مع الآخرين". نجد أن "حكمة" تتحول من المحيط الثاني لدى عامة الأشخاص إلى العناصر المتباينة في أفراد الفئة الأولى، كما هو الحال بالنسبة لعنصري "وحدة مختارة" و "وحدة مفروضة". الشعور بالوحدة إما موجود ولكن لا يتم التعبير عنه في هذا المستوى من الإصابة، أو أنه ليس شعورًا مهمًا حتى يتم التعبير عنه باللفظ. أما الحكمة فيما يتعلق بوقت ضعف البصر فهي ليست حالة ذهنية مكتسبة على هذا المستوى. ما يجب تذكره في هذه المقارنة هو التقلب بين عنصرين. الأول يقع في النواة المركزية للتمثل الاجتماعي لضعف البصر عند عامة العينة ويتحول إلى مربع العناصر المتباينة عند الأشخاص الذين يعيشون مع الحالة لمدة سنة إلى عشر سنوات. العنصر "قطيعة مع الحياة من قبل". يتم استبداله بـ "معاناة في العلاقة مع الذات" التي تصبح عنصرًا يشكل النواة المركزية للتمثل الاجتماعي لضعف البصر لدى الفئة الأولى التي تمت دراستها في هذا الجزء من العمل البحثي.

نستنتج أن المعاناة هي التي يختبرونها أولاً قبل إدراك هذا الانفصال عن حياة الشخص المبصر. الوقت الذي يصل إلى عشر سنوات من الإصابة، غير كافٍ للتخلي عن هذه الحياة المبصرة. لا تزال محاولة العثور عليها حاضرة ومثابرة على الرغم من حقيقة أن الإعاقة مثبتة.

النقطة المشتركة الوحيدة بين عامة الأشخاص والفئة الأولى من هؤلاء الأشخاص هي تكوين المحيط الأول. هم نفس العناصر في كل مكان. تستمر "حتمية" و "قلق" و "صعوبات" و "جسد غير مكتمل" في هذه المنطقة المحيطة الأولية. نفس الحال بالنسبة لـ "معاق" و "أعمى" الذين يبقون ويستمرّون في النواة المركزية.

- النواة المركزية للتمثل لدى الفئة الثانية (جدول 7)

مقارنة بالتحليل النموذجي للكلمات والعبارات الخمس في هذه الفئة، نجد أن أربعة عناصر في المنطقة المركزية لا تزال على نفس المستوى. وهذه العناصر هي "معاق" و "أعمى" و "صعوبات" و "قلق". فقط العنصر "معاناة في العلاقة مع الذات" يختفي من هذه المنطقة المركزية ويتحول نحو العناصر المتباينة. ومع ذلك، يتم استبداله بعنصر "قطيعة مع الحياة من قبل" الذي ينتمي أصلاً إلى المحيط الثاني. بعد أحد عشر عامًا وأكثر من العيش كأشخاص ضعيفي البصر في الجسد والنفسية، ينتقل هؤلاء الأشخاص فعليًا وعمليًا إلى الجانب الآخر من هذه الحياة المبصرة ويدركون القطيعة. قد يفسر هذا عدم وجود عنصر "الشعور بالتبعية" في بنية تمثّل ضعف البصر.

تنتقل كلمة "غضب" من المحيط الثاني إلى العناصر المتباينة. المحيط الأول الذي يحتوي على عنصرين يفقد أحدهما ؛ "حتمية". إنه يتحوّل نحو المحيط الثاني. لذلك يبقى عنصر "جسم غير مكتمل" فقط في المحيط الأول. أخيرًا ، فقط "الرعاية السيئة في طب العيون" تبقى في منطقة العناصر المتباينة وتنضم إلى "معاناة في العلاقة مع الذات". تتحول جميع العناصر المتباينة الأخرى إلى المحيط الثاني.

نقارن هذه النتائج مع تلك التي تمّ الحصول عليها من خلال الكلمات الثلاث من إجمالي عدد الأشخاص. ثلاثة عناصر أساسية مشتركة ؛ "معاق" و "أعمى" و "قطيعة مع الحياة من قبل". تحتفظ هذه الفئة بثلاثة عناصر متباينة فقط ؛ "معاناة في العلاقة مع الذات" ، "الرعاية السيئة في طبّ العيون" و "غضب". العناصر الأخرى تتحول نحو المحيط الثاني. ما يجب تذكره هو عدم وجود عنصرين في الفئة الثانية مقارنة بعامة الأشخاص. يختفي "أنا" و "من سيهتم بأولادي" عند هذا المستوى أثناء الإصابة البصرية.

مناقشة النتائج:

تخبرنا دراسة التمثّل الاجتماعي لضعف البصر لدى الأشخاص الذين يعانون منه عن معنى وصورة هؤلاء الأشخاص لحالتهم. بحثنا بعد ذلك عن هذا المعنى حسب مدّة الإصابة. مع هذا المتغير ، أردنا معرفة ما إذا كان هناك تمثّلات اجتماعية مختلفة لضعف البصر. تكشف نتائجنا بالتأكيد عن أوجه تشابه في توزيع العناصر بين أولئك الذين عاشوها لمدة عشر سنوات أو أقلّ وأولئك الذين عاشوها لمدة أحد عشر عامًا أو أكثر ، لكن هذا لا يمنع من وجود تمثّلات اجتماعية مختلفة. لا تشترك الفئتان في نفس التمثّل الاجتماعي لضعف البصر. يتم تنظيم النواة المركزية لكل منها حول عناصر مختلفة. يدفع ضعف البصر هؤلاء الأشخاص إلى تصور أنفسهم بهوية جديدة لأنفسهم على أنهم معاقون و مكفوفون. يتفاعلون بهذه الهوية الجديدة ويشعرون بأنهم عالقون فيها. سيكون كل العمل بعد ذلك هو السعي لفهم هذه الإعاقة، وكيفية التغلب عليها كعقبة.

يعتبر "قلق" و "صعوبات" التي يفرضها ضعف البصر عليهم من العناصر الأساسية عند الأشخاص الذين عانوا من هذه الحالة لمدة أحد عشر عامًا وأكثر. هذا ليس هو الحال بالنسبة للآخرين. يمكننا أن نستنتج أن أحد عشر عامًا من حمل الضعف بصري في الجسم، هي الفترة التي يتم فيها إثبات الوعي بالإعاقة والاعتراف بها. هناك ما نسميه التخلي اللاواعي عن استعادة البصر. وهذا ما يفسر الشعور بالـ "قطيعة مع الحياة من قبل"

الموجود في صميم هذه الفئة. إصابة تشهد على سيرورة اجتماعية تطورت على مدى أحد عشر عامًا وأكثر والتي سمحت لهم بدمج هذه الهوية الجديدة المرتبطة بالإعاقة و العمى. في الوقت نفسه ، يفسر هذا سبب وجود "معاناة في العلاقة مع الذات" في النواة المركزية لدى الأشخاص الذين ينتمون إلى الفئة الأولى. ترتبط المعاناة هنا بالتعلق بحالة الشخص المبصر الذي لا يريد الاندماج أو تصوّر حالته الجديدة. أمّا الـ "صعوبات" والـ "قلق" الناجمين عن فقدان البصر هذا ، فهي تنتمي إلى المحيط الأول في الفئة الأولى وتبقى في النواة المركزية للفئة الثانية. منطقتان للتغير المحتمل هما مناطق العناصر المتباينة والمحيط الأول، والتي تخبرنا عن هذه الحركة للعناصر بين المنطقتين حسب الوقت الذي يعيشه الأشخاص حاملين للإصابة بضعف البصر.

ما لا تؤثر عليه مدّة الإصابة بضعف البصر في تكوين التمثّل الاجتماعي هو مسألة الـ "جسد غير مكتمل" الذي لا ينتقل من منطقة المحيط الأول لدى الجميع. يُنظر إلى الجسد في عيوبه وعدم قدرته على العمل كما كان من قبل أو كما هو متفق عليه. والعقبات التي يواجهها بشكل يومي بسبب قصور وظيفة الإبصار، والحواجز التي تقف أمامه بهذا النقص، تجعل هذا الجسم يُنظر إليه على أنه معاق بشكل ما. عنصر أكثر أهمية للعمل عليه من أجل تصوّر أفضل للذات.

أخيرًا ، دعونا نلقي نظرة على عنصر "حتمية" الذي لا يوجد في منطقة النواة أو المحيط الأول لدى أفراد الفئة الثانية. أحد عشر عامًا وأكثر من المعاناة تعني أن هذا العنصر لا يبرز هنا. ينفصل الفكر عن هذا التصور لأنه كان لأكثر من عشر سنوات العنصر الأول في المحيط الأول. بعد هذا الوقت ، يتحول إلى المحيط الثاني. يفقد أهميته لأنه يفقد تردده.

استنتاجات:

استنادًا إلى التجربة الذاتية والعاطفية لضعف البصر من ناحية وعلى الإدراك الاجتماعي الراسخ مسبقًا من ناحية أخرى ، فإن التمثّل الاجتماعي لضعف البصر لدى الأشخاص المصابين به ينبثق من سجّل سوسيو معرفي أولاً و من سجّل عاطفي مفرد ثانيًا. تُظهر النتائج التي تم الحصول عليها خلال هذه الدراسة أن الأشخاص الذين يعانون من ضعف البصر في أجسادهم يتفقون على أن هذا الضعف مرتبط بالإعاقة ، لأنهم يشيرون إلى أنفسهم على أنهم مكفوفون. كلمتان ؛ يتم الاستشهاد بمصطلح "معاق" و "أعمى" بشكل كبير في نفس الوقت. وهذا يعني أنهما العناصر الموحدة والمستقرة للتمثّل الاجتماعي لضعف البصر بين هؤلاء الناس. بمعنى آخر ، العناصر الأساسية لهذا التمثّل الاجتماعي ؛ أولئك الذين يقاومون التغيير. مدّة الإصابة بضعف البصر لم يؤثر عليهما. نجدهما في كلا الفئتين.

تخبرنا عناصر أخرى عن هذا التعايش بين التمثّلات الشخصية والمفردة والذاتية البحتة والتمثّلات المشتركة اجتماعيًا. هذه هي عناصر التمثّل الاجتماعي لضعف البصر لدى هؤلاء الأشخاص مثل "صعوبات" و "قلق" و "المعاناة في العلاقة مع الذات" و "قطيعة مع الحياة من قبل". العناصر المكوّنة للتمثّل والتي يتم تنظيمها وفقًا لفترة الإصابة بضعف البصر لتشكيل النواة المركزية الثلاثة المختلفة للتمثّلات الاجتماعية الثلاثة المختلفة. هاته هي العناصر التي سيتم أخذها بعين الاعتبار أثناء المتابعة العلاجية النفسية. سيحدث التغيير المتوقع على هذا المستوى من التفكير. يبدأ عمل الحداد لفقدان البصر و يتمّ دمج موضوع الفقدان عن طريق هذا التمثّل الاجتماعي وعناصره الهيكلية. ترتبط بنية التمثّل الاجتماعي لضعف البصر ارتباطًا وثيقًا بمعاش هذا الأخير والوقت الذي تستغرقه هذه التجربة لجعل هؤلاء الأشخاص يغيّرون من تصوّراتهم والمعنى الممنوح للتمثّل الاجتماعي. صورة الجسد والجسد هي الاهتمامات الذاتية الأولى. غير مكتمل ، فإن أصل تقدير الذات هذا محكوم عليه بالانحدار. هوية المكفوفين والمعاقين مشبّعة منذ بداية الإصابة. العناصر التي هي أساس كل رعاية علاجية نفسية. الهدف هو دفعهم إلى عملية تفكيك وإعادة بناء لذواتهم من خلال عمل الحداد لفقدان البصر.

ج. تحديد الروابط بين عناصر التمثّل الاجتماعي لضعف البصر:

الهدف هنا هو تمثيل "القرب والعلاقات بين العناصر" (فلامون، 1981) للتمثّل الاجتماعي لضعف البصر. يعطينا تحليل أوجه التشابه الهيكل الأساسي للتنظيم لجميع العلاقات بين هذه العناصر. أولاً ، يتم الكشف عن شجرة التشابه العامّة، الذي يجمع عناصر مجتمع البحث بأكمله. ثانيًا ، شجرتا التشابه بين الفئتين و المتعلقةتان بمدة الإصابة بضعف البصر. الهدف هو التمييز بين الاختلافات والتشابهات في العلاقات والروابط بين عناصر التمثّل الاجتماعي.

- شجرة التشابه العامّة: (رسم بياني 1).

نلاحظ أن أول عقدتين كبيرتين على الفرع الرئيسي؛ تمّ تحديدها في الرسم البياني من خلال سُمكها ، وهي "معاق" و "أعمى". هذا يعني بأن الأشخاص المصابين بصريًا يعرفون أنفسهم على أنهم معاقون ثم يحدّدون نوع الإعاقة من خلال كونهم مكفوفين. تمّ ذكر هذين العنصرين في نفس الوقت 22 مرة. الفرع الثاني الكبير يربط بين "معاق" و "قلق". نجد هذين العنصرين معًا 20 مرة. تثير الإعاقة، وفقًا لمجتمع البحث لدينا، القلق الذي يجعل

الأشخاص يشعرون بالفرض ويجدون أنفسهم في "وحدة مفروضة". نجد هذين العنصرين يتم الاستشهاد بهما مرة واحدة فقط في نفس الوقت.

نبقى على العقدة "معاق" ونحلل الترابط مع "صعوبات". على الرغم من أن هذه الكلمة الثانية تنتمي إلى المحيط الأول ، إلا أنها مرتبطة بالإعاقة 18 مرة. هذا الترابط مهم بمعنى أن ضعف البصر يحرم هؤلاء الأشخاص من وظيفة عضو الرؤية المسؤول في جميع أنشطتهم تقريباً. الصعوبات الناتجة عنه في المقدمة. ومن هنا فإن "الشعور بالتبعية" يرتبط ارتباطاً مباشراً بالإعاقة و "قطيعة مع الحياة من قبل" مرتبطاً بـ "صعوبات" 10 مرات. يشكل هذا الاتصال أحد أهم الشرايين في هذا الرسم البياني.

تظهر القطيعة كأول صعوبة يتم اختبارها و عيشها، وهو ما يفسر سبب كونها مركزية في بنية التمثّل الاجتماعي لضعف البصر. سنرى أن عنصر "صعوبات" مذكور 14 مرة مع عنصر "حتمية". في تصوراتهم لضعف البصر ، يلجأ هؤلاء الأشخاص إلى ما توفره هذه الحتمية كمظهر من الراحة. إنهم يتصالحون مع هذا المصير الذي لا مفرّ منه وهذا المصير الذي لم يتمكنوا من الهروب منه. ومع ذلك ، فإن الـ "معاناة في العلاقة مع الذات" موجودة في كل مرة يتم ذكر هذه الـ "حتمية". على الرغم من مظهر الطمأنينة هذه ، فإن هذه العلاقة مع الذات الصعبة مرتبطة 6 مرات بـ "حتمية". الشرايين الأخرى تربط بين "حتمية" و "حاجة" و "حكمة" مرتين و "رعاية سيئة في طب العيون" 04 مرات. هذا يعيدنا ، كما أوضحنا أعلاه ، إلى هذا التناقض في المشاعر. المشاعر التي تعبر من ناحية عن الخضوع للإرادة الإلهية وتعتبرها بلاءً ، ومن ناحية أخرى ، هذا القبول والندم المتعلق برعاية طب العيون المتأخرة.

دعنا نعود إلى العقدة "معاق". عند الحديث عن الإعاقة ، يفكر الأشخاص الذين تم سؤالهم في هذا الـ "جسم غير مكتمل" الذي أصبح ملكهم. مقبول أم لا ، تم تطويره أم لا ، فهو يشكل عنصرًا مهمًا في الفكر النفسي والاجتماعي للمكفوفين. نرى في الرسم البياني أن هذه الكلمة مرتبطة فقط بـ "معاق" 10 مرات. إلى نفس الدرجة عشر مرات، نلاحظ أن "قطيعة مع الحياة من قبل" مرتبطة فقط بـ "صعوبات". لذلك يُنظر إليه على أنه أول صعوبة تتمثل في الإعاقة والمكفوفين.

تم الاستشهاد بعنصر "وحدة مختارة" و "معالم جديدة" مع "معاق" 6 مرّات. "غضب" و "شعور بالتبعية" مرتبطان بـ "معاق" 02 مرّة. عنصر "معاناة في العلاقة مع الآخرين" يظهر مرتبطاً بـ "معاق" 4 مرات و "وحدة مفروضة" 3 مرات. النتائج التي تدلنا على أن العنصر "معاق" وحده مرتبط بعشرة عناصر أخرى. روابط مهمّة من حيث قيمتها وعددها.

وهذا يعطيها هذا الموقف كعنصر أول في النواة المركزية للتمثل الاجتماعي لضعف البصر لدى هؤلاء الأشخاص.

- شجرة التشابه للفئة الأولى (رسم بياني 2).

الملاحظة الأولى هي وجود كتلتين منفصلتين. شيء واحد يربطهم ببعضهم البعض. هذا العنصر هو "قلق" مع رابط صغير يربطه بـ "شعور بالتبعية" (مرتين). تتكون الكتلة الأولى من العقدة الرئيسية "معاق"، المرتبطة بـ "قلق" 10 مرات. ستة عناصر مذكورة مع "معاق". وأهم الروابط (10 مرات) هي التي تربطها بـ "أعمى". هذا من شأنه أن يفسر مركزية هذين العنصرين في بنية التمثيل الاجتماعي المدروس. توجد خمسة عناصر أخرى إلى جانب "معاق" وهي "وحدة مختارة" و "وحدة مفروضة" و "قطيعة مع الحياة من قبل" يتم الاستشهاد بها 4 مرات في كل مرة. تم ذكر "معاناة فيما العلاقة بالآخرين" و "أنا" مرتين فقط مع "معاق".

الكتلة الثانية هي التي تحتوي على العقدة الرئيسية "حتمية". هذه الأخيرة مرتبطة بـ "صعوبات" من قبل أهم الروابط (10 مرات). وينقسم هذا الرابط إلى نوعين من الصلات؛ واحدة تحتوي على عنصر "جسد غير مكتمل" (04 مرات) والعنصر "من الذي سيهتم بأولادي" 02 مرة. ترتبط عقدة "حتمية" بـ "معاناة في العلاقة مع الذات" (06 مرات) وتمتد إلى "الحاجة" في 02 مرة. أما "رعاية سيئة في طب العيون" ، فهو مرتبط بـ "حتمية" 04 مرات ويمتد إلى "حكمة" مرتين. سنرى "معالم جديدة" مرتبطة مرة واحدة مع "حتمية". هذه الروابط تعكس تسلسل الفكر أثناء المقابلات و التي هي أساس في بنية التمثيل الاجتماعي للإصابة البصرية وتنظيم عناصرها.

- شجرة التشابه للفئة الثانية (رسم بياني 3).

على عكس ما لوحظ في الفئة الأولى، هناك كتلة واحدة فقط مع العقدة الرئيسية "معاق". كل العناصر مرتبطة بهذا العنصر. كل شيء يدور حول الإعاقة لهؤلاء الأشخاص في هذا المستوى من الضعف البصري. يؤكد ذلك الاتصال "معاق" ، "أعمى" (12 مرة). عندما يتم ذكر الإعاقة ، فإنها تشير تلقائيًا إلى كونهم مكفوفون

بنفس القدر من الأهمية، يرتبط عنصر "صعوبات" بـ "معاق" 12 مرة. يمتد هذا الرابط نحو "قطيعة مع الحياة من قبل" (08 مرات)، "حتمية" (04 مرات) و "حاجة" (02 مرة). يرتبط "قلق" أيضًا بـ "معاق" 10 مرات، ويمتد هذا الرابط إلى "جسم غير مكتمل" 06

مرات. هذه هي الطريقة التي يوجد بها عنصر "معاق" في مركز كل الترابط بين الأشخاص الذين يعانون من ضعف بصري لمدة أحد عشر عامًا وأكثر.

الاستنتاجات:

كشفت التحليل النموذجي عن وجود ثلاثة تمثّلات اجتماعية مختلفة لضعف البصر. هم ، بالطبع ، نفس العناصر التأسيسية و التكوينية ، لكن تنظيم هذا المحتوى التمثلي يجعلهم مختلفين لأنهم لا يشتركون في نفس النواة المركزية. المتغير الزمني للإصابة الذي يدخل حيز التنفيذ هو أصل هذا الاختلاف. لوحظ الاختلاف أيضًا في الروابط والروابط الموجودة بين عناصر هذا المحتوى التمثلي. كما رأينا ، تؤثر مدّة الإصابة بضعف البصر بهذه العلاقات. يتغير التفكير وفقًا لهذا الوقت.

إن السجلات التي تحكم التمثّل الاجتماعي لضعف البصر هي التي تصنع هذا الاختلاف في توزيع العناصر التمثلية. تتشابه العوامل السوسيو معرفية والنفسية والعاطفية والذاتية والفردية وفي كل مرة يكون لأحدها الأسبقية على الآخرين.

2. قسم المقابلات النصف موجهة:

تحليلنا لنتائج المقابلات النصف موجهة التي تم إجراؤها ينتمي الى نفس السجلات التي لوحظت خلال استبيانات عن طريق الاستحضار الهرمي. هذا يعني أن ضعف البصر يعاش كمعاناة بالتأكيد على مستوى الجسم ولكن نفسيا يتأثر المصاب من هذا المعاش. إن الجانب السوسيو معرفي الذي هو في أساس هذه التجربة وما تولده من معاناة لا يمكن إلا أن يبرز هذا الشعور بالضيق والإحباط المطلقين. تتأثر الهوية ، وتتغير صورة الجسد ، كما أن تقدير الذات منخفض جدًا للمضي قدمًا دون عواقب قد تكون مأساوية للغاية بالنسبة للبعض إذا لم يحصلوا على المساعدة النفسية.

3. قسم التكفل العلاجي النفسي الفردي:

في هذا القسم، نقدم دراسات الحالات التي أجريت على خمسة أشخاص، حظي حضورهم لجلسات العلاج النفسي الفردية بالاحترام أسبوعياً وسمح ذلك بتطوير سجّلات نفسية كاملة مع تطور العلاج.

تم تقديمهم بترتيب عروض الحالة أدناه؛ نادية، إنصاف، عبد الله، مسعودة و سمير. هؤلاء هم الأشخاص الخمسة الذين سنقدمهم ضمن مجموعة الحديث التي تم تشكيلها لأغراض العلاج النفسي التكميلي. نقدم عرض موجز للنتائج.

تجدر الإشارة إلى أن الأشخاص الخمسة: نادية وإنصاف وعبد الله ومسعودة وسمير، تقدموا للعلاج النفسي وهم يعانون من معاش النفسي للمرحلة الثانية من عمل الحداد لفقدان البصر. حتى بالنسبة لعبد الله الذي انتقل إلى المرحلة الثالثة دون أن يدرك أنه كان يتمتع عن اتباع سيرورة نفسية صحيحة. الاكتئاب هو ما يميز هذه التجربة في هذا المستوى من ضعف البصر. كان الجميع يبحثون عن الراحة والطمأنينة وقبل كل شيء فهم ما كان يحدث لهم. عبد الله وسمير يحملان ويعانيان كلاهما من فقدان البصر لمدة سبع سنوات. وهذا يضعهم في الفئة الأولى من الأشخاص الذين يعانون من الإصابة البصرية منذ أقل من عشر سنوات. بالنسبة لهم ، يتعايش فقدان البصر مع الخسائر الأخرى. تكمن صعوبة هذه التجربة في أصل استجابهم لمهاراتهم منذ اختلال التوازن النفسي. معالمهم غامضة على جميع المستويات. إنهم يعانون من نوبة الاكتئاب عن طريق الانحدار. إن الاستثمار الليبيدي المفرط الذي عانى منه عبد الله وعمل الحداد الغير مكتمل لدى سمير دليل على هذه المعاناة في العلاقة مع الذات التي يعاني منها الشخص وينتج عنه هذا العائق المتمثل في كونه أعمى.

تنتمي الفتيات ، أو بالأحرى النساء ، من جانبهن ، إلى الفئة الثانية من الأشخاص الذين يعانون من الإصابة البصرية لأكثر من عشر سنوات. كلماتهم تدور حول هذا الانقطاع عن الحياة قبل ضعف البصر. الحياة التي كنّ يرضنها كنساء ذوات قدرات عقلية وجسدية مرضية وأن الإصابة البصرية أصبحت تشوش وتشكك. الوحدة لا تطاق، التدفق العاطفي موجود في كل مناقشة والشعور بأنهنّ لسن على طبيعتهن يكون حاضرًا تقريبًا. الشعور بالذنب وعدم اليقين ، والخوف والخوف من المستقبل المجهول لم يعد يترك أفكارهم، لتؤدي في النهاية إلى ظهور مشكلة نرجسية مع فجوات لا يمكن التغلب عليها وحلّها إلا من خلال الدعم النفسي.

آليات الدفاع النفسي متعدّدة. الإنكار والاعتراب عن الواقع هما الأكثر ملاحظة. سيرورات التدعيم و الاستناد موجودة وتستخدم من أجل حماية توازن نفسي معين. المعاناة، سواء كانت لفظية و صريحة أو مكبوتة أو شهوانية، كما في حالة مسعودة، تظلّ العنصر الأهم في هذه البنيات للشخصيات التي قابلناها. تهدف الرعاية النفسية إلى التخفيف من هذه المعاناة والدعم في إنجاز عمل الحداد لفقدان البصر. إن سحب أي استثمار ليبيدي من

موضوع الخسارة هو نتيجة الموضوع المتضارب لدى كل من مرضانا. يجب أن تتم إعادة الاستثمار الليبدي على موضوع جديد والذي يجب ألا يكون بمثابة البديل قبل كل شيء. يجب دمج فقدان البصر في الذات دون التسبب في الغموض في فهم وإدراك الذات نفسها.

4 . قسم التكفل النفسي الجماعي:

شكلت مجموعة الحديث المرحلة الثانية من العلاج والمرافقة النفسية. نذكر أن هناك ثلاث مراحل في العملية النفسية للحداد. لقد رافقنا مرضانا الخمسة طوال فترة علاجهم لمساعدتهم على التغلب على المرحلة الاكتئابية لعملية دمج فقدان البصر. عند وصولهم إلى أبواب المرحلة الثالثة ، جاءت مجموعة الحديث لتوطيد و تثبيت النتائج التي تم التوصل إليها في العلاج النفسي الفردي من خلال دفعهم إلى تفاعل جماعي مكمل لديناميكية التفكيك الذاتي وإعادة بناء الذات التي بدأها كل منهم منذ بداية علاجه.

الموضوع الرئيسي لهذه اللقاءات العشرون هو ضعف البصر. كان هذا الموضوع بالذات ، مع كل ما فرضه عليهم ، هو الذي انتهى بهم الأمر إلى جمعهم معًا في سياق المجموعة هذا. نشهد ، أولاً ، عملية تعرّف كل واحد منهم على نفسه في تاريخ الآخر. التعرّف على الذات فيما يقوله الآخر الذي يشبهه من خلال إصابته بضعف البصر. تشكلت المجموعة بشكل أسرع مما كنا نعتقد ونأمل. كما قلنا من قبل. اجتمعت خمس تجارب شخصية مع ضعف البصر .

ثانياً، نشهد ما نسميه نوعاً من التحالف بين أعضاء المجموعة فيما يتعلق بفكرة التشابه من خلال ضعف البصر وفي نفس الوقت الاختلاف عن الآخرين بسبب نفس الإصابة. لقد وحدتهم بهذا الاختلاف. طمأننا هذا و جعلنا نقول إلى أنهم لم يعودوا يُعرفون أنفسهم على أنهم مكفوفون لكنهم ما زالوا يعانون من عواقب هذا التصنيف من قبل الآخرين. لقد كان للتماهي كآلية نفسية دفاعية دور فعّال في حلّ النزاعات النفسية المكبوثة، على وجه الخصوص ، لدى نادبة مقارنة بعبد الله ولدى هذا الأخير مقارنة بنادية. هكذا وُلدت رابطة عبد الله / نادبة في تشابه القصتين الشخصيتين. دون تقمص نفس الأدوار بالتأكيد ولكن المساهمة في تخفيف معاناة كل واحد منهم.

تم تشكيل "نحن" من اللقاء الخامس. يذكرونه و يشيرون الى انتمائهم الى هذا "نحن" الذي شكّلوه معاً. هذا "نحن" يقال ويتحدث ويعبر عنه ويفكر فيه. "نحن" يطمئنهم ويريحهم.

بالإضافة إلى التماهي كآلية دفاعية نفسية ، نشهد تطورًا في بعض الإسقاطات التي حدثت والتي أعطتنا لمحة عن المعاناة المكبوثة ، والتي عزّز التعبير عنها الوعي والتشكيك في مواقف معينة داخل أسرهم خاصةً بأفراد معينين من عائلاتهم. متشابهة وتحمل نفس شدة المعاناة تقريبًا ، شهدت الجذريات الصراعية النفسية لكل منها حلًا نفسيًا مرضيًا. وقد ساعد ذلك على توطيد العلاقات المتبادلة على مستوى كل عائلة. وقد ساهم هذا النزوح النفسي الذي حدث في تسريع عملية المصالحة مع الذات ومع الآخرين. تأثر كل عضو في المجموعة بهذا التغيير ، شخصيًا وذاتيًا.

الملاحظة على هذا المستوى من تطور المجموعة هي هذا التجسيد لفقدان البصر الذي اتخذ شكلًا ومعنا وبالتالي سمح باستعماله في حياتهم الخاصة. خطوة كبيرة للجميع في العملية النفسية للحداد. عملية بدأت تكتسب الترسخ مع ما وفره سياق المجموعة كمساحة مثالية لتحقيقها.

في غضون ذلك ، تحسنت مسألة تقدير الذات. من خلال الدور الذي لعبه كل منهم للآخر داخل المجموعة وخارجها ، فإن تقدير الذات هذا محكوم عليه بالزيادة في كل مرة. في هذا المستوى من العلاج ، تكون النتائج التي توصلنا إليها فيما يتعلق بالجانب العلائقي وتقدير الذات حاسمة للغاية ومفيدة و عليه تتأثر تصوراتهم الاجتماعية لإصابتهم البصرية. لم يعودوا يتحدثون عن الإعاقة ولم يعودوا يشيرون إلى أنفسهم كأشخاص معاقين لديهم شعور بأن جسدهم غير مكتمل. حتى كلمة أعمى تختفي من كلامهم من الجلسة الثالثة. لا يتطابقون مع أي من هذه الخصائص. على العكس من ذلك ، فإنهم يذكرون التواصل والثقة بالنفس على أنها السمات الجديدة الرئيسية لضعفهم البصري. إنهم يخططون لأنفسهم في مستقبل محدد لكل شخص. إسقاط مطمئن يشهد على نضجهم العقلي بالنسبة لفقدان البصر. حتى أنهم يتحدثون عن رؤية جديدة. رؤية تسمح لهم برؤية ما كان من المستحيل عليهم رؤيته بأعين سليمة.

والأمر الأكثر إثارة للاهتمام هو أن الفعلين "رأى" و "شاهد" يخضعان للتصريف في صيغة ضمير المتكلم المفرد وكذلك في صيغة ضمير الجمع في المضارع والأمر. شيء لم يحدث من قبل أثناء العلاج النفسي الفردي. يشهد التغلب على حالة ضعف البصر على التوضيح النفسي لفقدان البصر. إنجاز عند مواجهه موقف محبط، يعرف نوعا من النكوص و التراجع. في مواجهة هذا الأخير، فإنهم يعيشونه على أنه قطيعة جديدة مرادفة لخسارة جديدة محتملة. إن استبدال علاقة هذا الموضوع بهذا الموضوع الغريزي يتم إنشاؤه واختباره دون وعي من أجل التغلب على هذا الإحباط. في حالة عدم الاستقرار التي فرضها

الظرف الطارئ، كان من الضروري الشروع في عملية الانفصال العاطفي. على هذا المستوى، أدرك أعضاء المجموعة اقتراب نهاية الجلسات. ما يدل على أنّ المرحلة الأخيرة من عمل الحداد قد تمّ إرساؤها بصيغة صحيحة. تمكّنوا من القيام بعمل الحداد لفقدانهم للبصر، و قد سمحت لهم جماعة الحديث تحقيق ذلك إضافة الى مسألة الانفتاح على أنفسهم أولاً ثمّ على الآخر. يمكن لنا القول أنّ مرضانا تمكّنوا من إدماج فقدان البصر في مشروع حياة جديد مع هذا الفقدان. ذلك هو الهدف من التكلّف النفسي؛ حمل الفقدان و إعادة بناء الذات دون احباطات أو صعوبات.

مناقشة إجمالية لنتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أنّ التمثّل الاجتماعي لضعف البصر لدى الأشخاص الذين يعانون منه له بنية منظمة حول نواة مركزية تتكون من العناصر "معاق" و "أعمى" و "قطيعة مع الحياة من قبل". أدى البحث عن هذا التمثّل الاجتماعي لدى فئتين متميزتين إلى ظهور اختلافات في بنية التمثّلات الاجتماعية لديهم وبالتالي وجود تمثّلين اجتماعيين مختلفين لضعف البصر. هذا الاختلاف يتعلق بالمدة الزمنية التي يقضيها هؤلاء الأشخاص حاملين هذه الإصابة. فئة أولى تجمع معاً الأشخاص الذين عاشوا في هذه الحالة لمدة سنة إلى عشر سنوات، والثانية تجمع معاً أولئك الذين عاشوها لمدة أحد عشر عاماً وأكثر. يظهر الاختلاف من خلال التكوين ذاته لهذين التمثّلين الاجتماعيين لضعف البصر. ما يظهر هو أنّ الـ "معاناة في العلاقة مع الذات" كعنصر من النواة المركزية هي خاصة بأفراد الفئة الأولى، تتواجد دائماً مع العنصرين المستمرين في هذا المجال المركزي وهما "معاق" و "أعمى".

في الوقت نفسه، سنرى أنّ الأشخاص الذين كانوا وما زالوا يعيشون هذه الإصابة لمدة أحد عشر عاماً وأكثر يهتمون أكثر بـ هذه الـ "قطيعة مع الحياة من قبل" والتي هي أصل الـ "صعوبات" التي واجهوها في حياتهم والـ "قلق" الذي يسببه هذا. تبقى العناصر "معاق" و "أعمى" مركزية الى جانب الثلاثة المذكورة.

يظهر هذا الاختلاف في التمثّلات الاجتماعية لضعف البصر بين الفئتين في دراسة الحالات النفسية التي تمّ إنشاؤها في هذا العمل. نادية وإنصاف تحملان وتعيشان هذه الإصابة منذ أكثر من عشر سنوات. كل ملاحظتهما تتعلق بهذه القطيعة. ما هما عليه و ما كانتا عليه قبل فقدان بصرهما، وما أصبحنا بعده، نجده في محور خطابتهما. إلى جانب ذلك، تتحدث إنصاف عن الاجتماع مرة أخرى بنفسها و التعرّف على نفسها. أما نادية، فنسمعها تستعيد

ما كانت تحب أن تفعله. كل شيء متعلق بهذا التغيير في الموقف وحالة الرؤية الضعيفة. كان التعافي وإعادة التواصل مع الحياة قبل فقدان البصر الهدف الأساسي لمعانتهما النفسية. من ناحية أخرى ، فإن عبد الله وسمير ومسعودة ، بتجربة فقدان الرؤية التي تضعهم في الفئة الأولى ، نلاحظ أن ما يظهر في كلماتهم يشهد على معاناة شديدة في هذه العلاقة مع الذات التي يكافحون من أجل التخلص منها و تجاوزها. حتى لو كانت هذه القطيعة و الانفصال عن الحياة من قبل موجودًا في تكوين تمثلاتهم ، فإن هذه المعاناة في العلاقة مع الذات هي التي يأملون في الشفاء منها أولاً.

شكلت هذه العناصر المستوحاة من هذه التجارب وبالتالي هيكلت التمثلات الاجتماعية لهؤلاء الأشخاص أساس العمل المنفذ داخل مجموعة الحديث.

في التفاعل الذي نشأ بين الأنشطة المعرفية التي شهدناها مع الأشخاص الخمسة ، تم إعادة بناء المعنى حول تصورات جديدة. يمكن تحقيق بناء علاقات جديدة بفضل صور الهوية الناشئة والمبنية داخل مجموعة الحديث. الانتماء إلى هذه المجموعة من خلال ضعف البصر وضع مرضانا في ديناميكية تفكيك وإعادة بناء المعنى المعطى لتجاربهم وبالتالي إعادة بناء الذات بقيم مرضية جديدة تخدم بشكل إيجابي تقدير الذات لكل منهم.

سيرورة عقلية سمحت ، بمرور الوقت ، بإجراء تعديل ليبيدي حقيقي ساعدهم على إنجاز عمل الحداد لفقدانهم للبصر. تمكّنوا من ذلك ، كل منهم بمفرده أثناء المتابعة الفردية ، لكن امكن تثبيت مكتسباتهم من خلال الاندماج مع المجموعة. مجموعة الحديث وما قدمت لهم كسياق جيد و جديد برهنت عن قدراتهم العقلية والنفسية في الحفاظ على النتائج التي تم الحصول عليها بشكل فردي. حادثة تأجيل جلسة المجموعة دليل على ذلك. كشفت هشاشة كلٍ منهم ، وكذلك الانخراط العاطفي فيما تم بناؤه داخل المجموعة ، عن أوجه القصور في كل منها. نحن لا نستبعد إنصاف حتى لو كانت كلماتها تقول غير ذلك. يحتمل لو كانت الحادثة المحيطة مختلفة، لكانت قد تصرفت بنفس طريقة ردّ فعل عبد الله أو سمير أو مسعودة أو نادية.

باختصار، لم يكن ينبغي بأي حال من الأحوال أن يكون لديهم علاقة بموضوع بديل و الآ كان سيشهد عمل الحداد النفسي مضاعفات. لم يكن الوعي سريعًا وفعالًا فحسب ، بل سرّع من تفكك العلاقة مع المجموعة وأعضائها. ينظر كل واحد منهم إلى هذه المجموعة اليوم على أنها طريقة سمحت لهم بالعثور على أنفسهم وحياتهم من ذوي الإصابة البصرية.

هذا يفسّر انه قد تمّ وضعنة فقدان ودمج هذا الأخير في مشروع حياة جديد به و معه ؛ سحب الاستثمار من الموضوع المفقود وإعادة استثماره في موضوع ليبيدي جديد بدون

ظاهرة الاستبدال. يمكننا أن نستنتج أن عمل الحداد لفقدان البصر قد اكتملت بنجاح. كانت المرحلة الثالثة منه قادرة على أن تتحقق داخل المجموعة. وهذا ما يمنحها مظهرًا قويًا ومتينًا.

كان للجانب العلائقي المعاش داخل مجموعة الحديث عنصرًا في غاية الأهمية في هذه المرحلة من عمل الحداد. تمكن مرضانا الخمسة من التخلي عن خسارتهم وعرض أنفسهم في مستقبل شخصي جديد. تمكنوا من التغلب على مثبطاتهم بفضل العلاقات الاجتماعية الجديدة. ونتيجة لذلك، تمكن كل منهم من إعادة تنظيم حياته والتغلب على جميع مخاوفه وقلقه فيما يتعلق بضعف البصر.

استنتاجات نهائية:

ردًا على أسئلتنا الأولية و الأخذ بعين الاعتبار الفرضيات التي وضعناها ، فإن نتائجنا تشهد على أن تجربة الإصابة البصرية مليئة بالصعوبات ومشاعر انعدام القيمة والقلق وفقدان الذات في كثير من الأحيان. إن بنية التمثلات الاجتماعية لضعف البصر لدى هؤلاء الأشخاص الذين يحملونها تشهد على ذلك.

وجود العنصرين "معاق" و "أعمى" كمحتوى تمثلي مركزي ، يظان ضمن النواة المركزية لتمثلاتهم ، هو فقط نتيجة للإدراك الاجتماعي و ما ترسله بيئتهم إليهم كصور يُنظر إليهم بها على أنها هوية تمنحهم إياها. هذا يدفعهم إلى تبني سلوكيات ومواقف تجعلهم يشكون في أنفسهم ويقبلون من شأن أنفسهم في نفس الوقت.

كل المعاناة التي يتحملها هؤلاء الأشخاص مرتبطة بهذه السجلات السوسيو معرفية والعاطفية التي يمثلون منها ضعف البصر الذي يحملونه. السجلات التي تم إدراج هذا التمثل فيها والتي بالكاد تسهل هذه القوة التي نود أن يتخذوها للمضي قدمًا والتغلب على إصابتهم.

تتفق نتائجنا في هذا المستوى من البحث ، مع ما تقدمه "كلودين هرتسليتس" (1969) عندما تحدثت عن تمثّل الصحة والمرض. التجربة المؤلمة لضعف البصر لها بالفعل بعدين؛ الإحساس والمعرفة متبوعان بالشعور والعاطفة والوعي بالذاتية.

ثانيًا ، تؤثر مسألة الوقت الذي يتم قضاؤه في حمل والمعاناة من ضعف البصر بشكل كبير على التنظيم الكامل للتمثّل الاجتماعي لدى هؤلاء الأشخاص. هذا يؤدي إلى تمثلات

اجتماعية مختلفة ؛ بنفس المحتوى التمثلي بالطبع ، ولكن مع تنظيم مختلف. إن الـ "معاناة في العلاقة مع الذات" و الـ "قطيعة مع الحياة من قبل" كعناصر مكونة للتمثل الاجتماعي لضعف البصر ميزتا بوضوح هذا الاختلاف من حيث الوقت الذي يقضيه في معاش هذا الضعف. هذان العنصران، من خلال موقعهما المركزي في تنظيم التمثل، يثيراننا على أهمية التكفل و مرافقة هؤلاء الأشخاص في الوقت المناسب. هذا يمكن أن يساعدهم على إدارة تجاربهم المؤلمة بشكل أفضل وبالتالي التغلب على هذه المشاعر الصعبة. ستكون هذه أسس الدعم النفسي والعلاجي النفسي المناسب الذي يتدخل في الوقت المناسب. هنا فرضية ثانية مؤكدة.

في مواجهة الإصابة البصرية والقيود والتغييرات التي تفرضها على الشخص، يتعين على هذا الأخير التكيف معها دون خلق قيود و صعوبات أخرى. عليه أن يتطور في اتجاه حلّ هذه العقبات والتغلب عليها. التغلب عن طريق التكيف الذي وصفه "كورت لوين" في نظريته في مجال القوة، تعاملنا معه في سياق العلاج النفسي الجماعي. الهدف هو تحقيق هذا التكيف الذي هو ، في رأينا المتواضع ، عملية الارضاء الذهني الذي يجب على الشخص القيام به في عمل الحداد نفسي لفقدان البصر.

للقيام بذلك، كان من الضروري دراسة التمثل الاجتماعي لضعف البصر لدى هؤلاء الأشخاص ومن ثم محاولة إحداث تغيير في بنية هذا التمثل نفسه عن طريق تعديل تصوّر هؤلاء الأشخاص للإصابة البصرية. بما أنّها تبنى داخل و ضمن مجموعات اجتماعية ، لا يمكن للتمثلات الاجتماعية ان تتغير إلا داخل المجموعة. هذا هو بيان فرضيتنا الثالثة، التي أكدتها نتائجنا وقادت مرضانا إلى القيام بعملهم المتمثل في الحداد لفقدان البصر. بفضل الدعم و المساندة الذي حصل في مجموعة الحديث بين الأجهزة النفسية الفردية ، تمكّن مرضانا الخمسة من المضي قدماً في حياتهم وإعادة بناء أنفسهم داخل هذه المجموعة وخارجها ؛ وسط بيئاتهم الشخصية.

التفاعل الذي حدث هناك جعلهم "كياًً ديناميكياً" ، كما وصفه "لوين" ، وقادهم إلى التغيير. لقد شهدنا المراحل الثلاث لهذا التغيير التي وصفها "كورت لوين". بدؤوا بالتعبير اللفظي عن الحاجة إلى التغيير والتخلص من الشعور والتجربة الاكتئابية التي كانوا يعانون منها من خلال صياغة طلب للمساعدة النفسية ، وبالتالي الإشارة إلى استعدادهم للتغيير (إزالة التبلور). ثانياً ، حقيقة مشاركة نفس الوضع الجسدي والنفسي أثرت على طريقة تصورهم لهذا الضعف البصري. يبدؤون في الحصول على رؤية مختلفة للأشياء وخاصة ضعفهم البصري (الإزاحة). أخيراً ، تمكّنوا من استعادة التوازن النفسي. توازن ، كما رأينا ،

سارعوا إلى حمايته من خلال إدراك عيوبهم واعتماد سلوكيات أخرى. إنهم يدمجون المواقف بهدف حماية استدامة هذه الأنماط العلائقية الجديدة التي تطمئنهم وقبل كل شيء مرضية لهم (إعادة التبلور).

الانتماء إلى مجموعة الحديث من خلال الإصابة البصرية بالإضافة إلى تبادل الخبرات التي تميز بها هذا الضعف ، أدى الى تشكّل روابط بين الأجهزة النفسية لمرضانا ، و أشركتهم بالتالي في واقع نفسي جديد خاص بهم. ما جعلهم يكتسبون نوعًا من "التأكيد الرمزي للوحدة والانتماء" (جودلي، 1989) الذي دفعهم إلى مشاريعهم المستقبلية الخاصة.

المحتوى التمثلي لضعف البصر وتنظيمه، خضع لتغييرات. من المؤكد أن التغييرات التي لوحظت لدى مرضانا الخمسة لا تسمح لنا بتقديم اليقين فيما يتعلق بالتمثّل الاجتماعي المختلف لضعف البصر بعد العلاج النفسي ، ولكن يظلّ من الواضح أن المحتوى المحيطي المتعلق بالسجلّ الفردي والذاتي للشخص عرف بالفعل تغييرات. السياق العاطفي و الوجداني الذي أعطيت فيه إجابات مرضانا الخمسة يدعم تصريحاتنا. إن التغيير في محتوى هذه المنطقة المحيطية سمح بتخفيف القلق وصعوبة تحمل الإصابة البصرية ، وبالتالي ساعد على التقدم الجيد للعملية النفسية لعمل الحداد لفقدان البصر.

دراسة أكثر تعمقًا ، على عينة أكبر تكون قد اتبعت جميع مراحل هذا البحث ، يمكن أن تكشف لنا عن وجود تمثّلات اجتماعية مختلفة لضعف البصر والتي من شأنها أن تشهد على فعالية عملية العلاج النفسي المعتمدة في هذا البحث العمل في مرافقة هؤلاء الأشخاص في إنجاز العمل النفسي للحداد لفقدان البصر.