

L'estime de soi chez les personnes atteintes de déficience visuelle.**Les limites d'une psychothérapie individuelle.****Self-esteem in people with visual impairments. The limits of an individual psychotherapy.**

Bendida Souhila* Université Ahmed Ben Ahmed. Oran 2 (Oran), bendidapsy@yahoo.com

Cherif Hallouma Université Ahmed Ben Ahmed. Oran 2 (Oran), ch_cherif@yahoo.fr

Réception : 02/08/2021

Acceptation: 01/11/2021

Édition: 12/12/2021

Résumé:

Notre article traite de la déficience visuelle comme une atteinte vécue dans le corps et la psyché. Un vécu dont les retentissements touchent surtout l'estime de soi chez les personnes atteintes de cette déficience.

Un aspect qu'ont révélé les prises en charge psychothérapeutiques individuelles, que nous tenterons de développer dans cet article en mettant la lumière sur la nécessité d'aller de la thérapie individuelle vers la thérapie de groupe. Un processus qui vise à travailler cette estime de soi et la reconsidérer dans une autre dimension. Une démarche que nous considérons comme complémentaire et nécessaire puisque nous l'avons pensée à la demande de ces mêmes personnes.

Mots clés : Déficience visuelle, Estime de soi, Psychothérapie individuelle, Thérapie de groupe, Reconstruction de soi.

*Auteur correspondant

Abstract:

Our article deals with visual impairment as an impairment experienced in the body and psyche. A life that has an impact on self-esteem among people with this disability. This is an aspect that has been revealed by individual psychotherapeutic management, which we will try to develop in this article by shedding light on the need to move from individual therapy to group therapy. A process that aims to work this self-esteem and reconsider it in another dimension. This approach is considered complementary and necessary since we have thought of it at the request of these same people.

Keywords: Visual impairment; Self-esteem; Individual psychotherapy; Group therapy; Self- reconstruction.

الملخص :

يتناول مقالنا مسألة تقدير الذات لدى الأشخاص المصابين بضعف البصر و المعاش النفسي الذي يمس الجسم و النفس معا.

نحاول من خلال تقديم دراسة حالة مفصلة، تدرج ضمن المنهج العيادي في علم النفس، تسليط الضوء على ضرورة الانتقال من العلاج النفسي الفردي إلى العلاج النفسي الجماعي لإبراز أهمية البعد العلائقي مع الآخر في إعادة بناء تقدير الذات لديهم.

هدف ونهج علاجي نعتبره ضروريا و مكملا للتكفل النفسي الفردي، خاصة و أننا اعتمدناه بناءا على طلب الأشخاص المصابين أنفسهم.

الكلمات المفتاحية: ضعف البصر، تقدير الذات، العلاج النفسي الفردي، العلاج الجماعي، إعادة بناء

الذات.

INTRODUCTION

La maladie comme d'autres atteintes qui peuvent toucher le corps ou le psychisme, entraine un bouleversement des repères déjà connus et dessinés par la personne, un chamboulement du sens qu'elle a pu octroyer à sa vie. Rien n'est plus comme avant avec cette atteinte.

La déficience visuelle comme résultante de pathologies ophtalmologiques traitées

médicalement ou chirurgicalement et n'aboutissant pas à un résultat satisfaisant, inflige un changement radical dans la vie des personnes. Elle impose une altération de l'image de soi et entraîne ces personnes dans un vécu qui pourrait être qualifié de traumatisant et pourrait susciter de la révolte, de la colère et parfois les plonge dans une dépression.

Une rupture vécue psychiquement sous le primat de l'incapacité personnelle à poursuivre un quotidien jusqu'ici sans contraintes d'ordre visuel. Un sentiment de perte d'espoir et surtout de solitude. Une perte de la vue que la personne doit objectiver afin de pouvoir l'intégrer dans l'image de soi et dans un projet de vie nouveau avec cette déficience.

Le rapport à l'autre suscite souvent un sentiment de dévalorisation et donne naissance à une colère intense, silencieuse et synonyme de refus total de voir la réalité en face. Un débordement d'angoisses qui constitue le fondement de chaque souffrance vécue. Des difficultés et des contraintes quotidiennes et surtout nouvelles auxquelles ces personnes sont confrontées, qui vont de la dépendance d'autrui dans leurs déplacements et leurs activités les plus élémentaires jusqu'à la quête de la reconnaissance de l'autre.

Retenons que La déficience visuelle peut survenir brutalement ou progressivement. Dans l'aspect progressif de cette atteinte, il existe un passage par la pathologie ophtalmologique en premier, puis par un long suivi médicamenteux, chirurgical ou/et fonctionnel. Des traitements dont le but est de conserver une acuité visuelle empêchant d'être une personne qui porte cette atteinte. C'est sur cette acuité visuelle que se base la définition de la déficience visuelle.

D'après la 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies, « la fonction visuelle comporte quatre catégories [...], on regroupe la déficience visuelle modérée et la déficience visuelle grave sous le terme de "baisse de la vision" les baisses de la vision et la cécité représentent alors l'ensemble des déficiences visuelles. »¹

Quant à l'OMS aujourd'hui, elle considère une personne atteinte de déficience visuelle si cette dernière a « une acuité visuelle inférieure à 3/10^{ème}, ou bien un champ visuel de moins de 10° à partir du point de fixation, mais qui utilise, ou qui est potentiellement capable d'utiliser la vision pour planifier et/ou exécuter une tâche. »¹¹

Nous commencerons dans cet article par définir le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre étude, en mettant la lumière sur les concepts clé de ce travail, à savoir la déficience visuelle, l'altération de l'image de soi, pour parler ensuite de la thérapie de groupe comme complémentaire à la psychothérapie individuelle.

Nous partons de la question suivante :

Qu'est ce qui manque dans une prise en charge psychothérapeutique individuelle de personnes atteintes de déficience visuelle et qui entrave l'élaboration d'une bonne

estime de soi ?

Ceci nous permet de formuler notre problématique autour de la demande et la nécessité d'appartenir à un groupe, à un « nous » afin de retravailler cette estime de soi et de la reconsidérer dans un nouveau contexte.

C'est des éléments indicateurs lors des psychothérapies individuelles qui nous ont permis de voir la voix de la thérapie de groupe.

Une hypothèse à la base, s'articulant ainsi:

Dans la recherche de l'autre qui le comprend, l'affect et le cognitif ainsi que le sentiment d'appartenance par la déficience visuelle à un groupe, vont constituer les moyens essentiels dans la construction d'une nouvelle conception de soi chez nos patients.

1. L'estime de soi et la déficience visuelle

Ce que la perte de la vision ôte à la personne, c'est la fonctionnalité de l'organe maître dans la construction et l'élaboration de l'estime de soi chez l'individu. Défaillant aujourd'hui avec une acuité égale ou inférieure à $3/10^{\text{ème}}$ (selon la définition de l'OMS), la personne ne peut que se percevoir comme dévalorisée puisqu'elle ne peut répondre aux attentes de l'autre ni de décrypter son regard. Elle se lance alors dans ce que j'appellerai un monologue dramatique qui ne fait que marquer à la baisse son estime de soi. L'estime de soi 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 »⁵, nous parlons donc de rapport à l'autre où la personne met en jeu au sein de cet environnement un ensemble d'attitudes et de comportements liés à l'estime de soi. 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 »². 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. »¹⁰. Une estime de soi qui émerge d'une dynamique interactionnelle qui met en jeu, selon Tap « un processus de comparaison sociale, à travers les identifications, les perceptions de similitudes ou l'ouverture à autrui »¹². Une opération qui ne peut se réaliser qu'au sein d'un groupe ; un groupe d'appartenance par la déficience visuelle et que la thérapie individuelle aurait du mal à le permettre en l'absence de cette interaction groupale.

Le sociologique et le psychologique donc s'entremêlent dans la constitution du « Soi » ; pour reprendre Mead, quand il parle de ses deux composantes 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. »⁸.

Quand la déficience visuelle n'est pas brutale, elle ne survient qu'après un long vécu avec la pathologie ophtalmologique et l'acharnement chirurgical, un combat pour sauvegarder une acuité visuelle capable de maintenir la personne aussi unie avec elle-même.

Voilà pourquoi, la déficience visuelle dans ces cas, marque la perte d'un objet pulsionnel qu'on a longuement tenté de garder tout en sachant qu'on va finir par le perdre, en le perdant réellement, on est face à des dommages et des changements dans les composantes même de la personnalité et surtout l'identité . La perte est ici source de perturbation et de troubles au niveau cognitif, perceptif et émotionnel chez l'individu.

La visée thérapeutique serait donc d'amener la personne atteinte de déficience visuelle à faire l'effort psychique et cognitif d'apporter des modifications et des corrections selon son image de soi. Un processus qui doit passer par l'objectivation de la perte de la vision et l'intégration des éléments relatifs à son nouvel état. Une élaboration psychique qui ne peut se réaliser que dans un contexte psychothérapeutique bien conçu, là où la psyché pourrait se ré ouvrir à l'amour de soi et concevoir un projet de vie avec l'atteinte de la déficience visuelle.

2. Méthodologie

C'est dans le cadre d'une enquête qualitative en cours de réalisation sur les représentations sociales de la déficience visuelle que les suivis psychothérapeutiques ont été effectués. Dix personnes sur un corpus de 50 personnes atteintes de déficience visuelle ont fait l'objet de ce travail. Cinq femmes et cinq hommes d'une moyenne d'âge de 41ans, qui portaient cette atteinte depuis au moins six mois. Des rencontres avec ces personnes au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé en ophtalmologie de la ville d'Oran, qui ont permis des prises en charge psychologiques comme réponses à leurs demandes d'aide et qui ont duré 23 mois depuis le mois d'Avril 2017.

C'est à travers l'étude de cas qui s'inscrit dans une démarche clinique, que nous avons tenté d'identifier la thématique conflictuelle ainsi que la notion de crise et d'interaction chez nos patients. Des éléments qui constituent un moment de rupture dans leur équilibre psychique, avec tout le vécu de la déficience visuelle, et affectent leurs relations interpersonnelles impliquant l'image de soi et l'estime de soi.

Des prises en charge psychothérapeutiques individuelles ont été entamées auprès d'eux, au sein d'une psychothérapie brève, limitée dans le temps qu'est la thérapie interpersonnelle.

S'étalant sur 12 à 16 séances, elle s'intéresse aux relations actuelles du sujet "l'ici et maintenant", elle se présente sous forme de manuel et présente les lignes directrices du traitement de la dépression majeure.

Les bases théoriques de la thérapie interpersonnelle ont été élaborées initialement par G. Klerman et M. Weissman lors de leurs recherches extensives sur la nature et le traitement de la dépression. Elle s'appuie sur les travaux de Meyer (1957) en Psychobiologie, et de Sullivan en Psychiatrie (1953) ainsi que Bowlby (1969) et sa théorie de l'attachement.

Elle offre un cadre de travail très précis divisé en trois temps : 4 séances comme phase initiale, 8 séances en phase intermédiaire et en final, 4 séances.

« Elle traite des deuils, des conflits interpersonnels, des transitions difficiles et des déficits interpersonnels. Ses objectifs se résument à réduire les symptômes dépressifs, augmenter l'estime de soi et développer des stratégies efficaces dans les rapports interpersonnels de l'individu.»⁶.

Des profils psychologiques ont été établis dans le but de répondre aux attentes de notre étude, dont celui présenté dans cet article et qui concerne un jeune homme de 39 ans nommé Ali et qui rend compte des mécanismes de défenses psychiques élaborés afin de palier à une faille narcissique. Elle refait surface après quelques années quand un événement inattendu vient rompre l'équilibre précaire et déclencher une régression qui le plonge dans un vécu dépressif intense.

3. Ali ; une perte réactualisée

Jeune homme de 39ans, non-voyant depuis dix ans ; suite à un accident de la circulation où il avait reçu des éclats de verre sur tout le visage. Il dit avoir pu dépasser toutes les contraintes de la vie en expliquant que c'était la « volonté de dieu. »

Il apprend le braille, poursuit une formation de manipulateur d'outils informatiques pour jeunes malvoyants et arrive même à obtenir une attestation. Des acquis dont il ne profite jamais selon ces propres dires. Il poursuit en parallèle une carrière de jeune athlète dans la catégorie des sports collectifs pour malvoyants et remporte le championnat d'Algérie à trois reprises.

3.1 Motif de la consultation

Il se présente avec la phrase suivante : "j'ai le sentiment que c'était ce jour là que je suis devenu aveugle au vrai sens du mot, il était mes yeux avec lesquels je réalisais toutes mes victoires"

Ali accumule les défaites sportives, cesse de se rendre aux entraînements, ne répond plus au téléphone, ne mange plus et ne dort presque plus depuis que son coéquipier sportif voyant quitte toutes les compétitions et que tous ceux qui ont succédé à ce partenaire sportif n'ont pas pu le remplacer dans ce qu'il se réalisait sur tous les plans.

Ali était venu chercher explication à son état et ce qu'il vivait comme situations pénibles à surmonter. Il disait ne pas comprendre pourquoi il n'arrivait plus à faire ce qu'il faisait jusqu'ici, ni même " pourquoi je déprime autant ? Ce mal je le sens me

déchirer du plus profond de moi !". Il se retire d'une compétition internationale où il avait toutes les chances de remporter la médaille d'or selon ses entraîneurs. Ali dit ne vouloir plus rien faire, il a peur de tout, il ne peut plus sortir avec ses copains du quartier "ce n'est plus moi, je ne me reconnais plus, je n'ai plus confiance en quiconque, seul je me sens seul."

3.2 Sémiologie de la personnalité

Avec des propos cohérents et une détresse émotionnelle très forte, Ali exprime sa douleur et sa souffrance qui selon lui, ne cesse de s'accroître jour après jour. La perte de la vision a été brutale, il perd la vue au moment de l'accident, nous pensons que le traumatisme a dû être terrible, mais Ali ne l'évoque pas, il justifie ce vécu par un discours religieux en citant un verset coranique évoquant toujours la volonté divine.

Nous comprenons par la suite qu'il les concevait (l'accident et la non voyance) comme un châtement qu'il méritait et qu'ainsi il n'avait plus à se culpabiliser par rapport à tout ce qu'il a pu faire et qui aurait suscité la colère de dieu.

Les modes de réactions de Ali avaient des tendances passives, le débit de ses paroles très lent rendait l'échange verbal difficile pour lui " je ne sais pas ce que je voulais dire, non.... C'est-à-dire... (Silence), je ne sais pas... ". Ce discours découpé se répétait plusieurs fois pendant nos rencontres. Ali disait ne plus savoir qui il est ni pourquoi il n'arrivait pas à continuer à faire ce qu'il a toujours réussi à réaliser.

3.3 Etude du mode de fonctionnement mental

Il est clair qu'Ali s'était construit une identité solide et reconnue surtout, malgré le fait qu'il dépendait de ce coéquipier. Une identité construite sur l'image d'un jeune sportif, victorieux et fort. Une image de soi valorisante et gratifiante qui lui convenait puisqu'il a pu avancer d'une certaine manière : le résultat d'un surinvestissement libidinal intense qui a succédé à la perte de la vision dix ans auparavant. Un processus psychique qui était venu pallier à un rapport à soi fragile et anxieux.

Nous reconnaitrons ses mécanismes de défense, commençant par une dénégation ; la perte de la vision est substituée par tous les efforts pour aller de l'avant et réaliser des exploits en un temps record, un enchaînement d'évènements qui a entravé au bon déroulement du processus de deuil de sa perte de la vision. Une perte réactualisée par le retrait de son co-équipier de la vie sportive d'Ali, une vie où il disait s'accomplir en tant qu'être humain et homme comblé et équilibré.

Un vécu refoulé qui fini par refaire surface quand ce qui avait substitué à la perte de la vision disparaît. L'affect s'en suit et l'aspect dépressif touche tout son comportement et toutes ses émotions.

Ali avait besoin de retrouver confiance en lui et en ses capacités intellectuelles, physiques et psychiques surtout. Il devait Dire sa réelle souffrance, celle qui a été tue dix ans auparavant, il devait mettre les mots réels qu'il avait opprimés pendant des années.

Les échanges verbaux avaient révélé une personnalité frustrée, le soi ne se concevait comme entité unie qu'en exerçant le sport en présence d'un certain tiers voyant. Un processus d'étayage qui en plus de l'appui, le sujet avait fini par l'incorporation intégrale de l'objet relationnel. Ceci explique pourquoi Ali ne se reconnaissait plus sans son partenaire sportif.

Il fallait amener Ali à un temps de reprise, avec correction de l'objet incorporé et restituer les relations d'objet réelles.

Bref, Ali devait reconsidérer sa perte et entamer un processus de deuil saint et serein. Ceci devait commencer par une reconstruction de soi à nouveau sur des bases concrètes et réelles.

3.4 Evolution de la thérapie

Lors des séances thérapeutiques qui suivent, il commençait à discuter avec d'autres patients dans la salle d'attente, il racontait lors de ses entretiens avec nous, ce qu'il avait pu apprendre sur deux patients avec qui il échangeait des propos relatifs aux difficultés rencontrées quand on arrive plus à voir.

Il déclare n'avoir jamais pensé à cela auparavant et que ne pas pouvoir voir, ne l'avait pas empêché de progresser dans un domaine difficile, jusqu'à ce qu'il réalise que tout cet acharnement sportif (dont il tirait sa force) n'était qu'une manière de ne pas voir la réalité en face. Dénier d'un vécu qui pouvait lui nuire mais qui a pu le rattraper quand ce qu'il lui servait de support s'était retiré de sa vie.

Nous avons remarqué que Ali commençait à poser des questions sur la manière dont les autres personnes atteintes de déficience visuelles percevaient leurs vies et comment elles se définissaient en tant que personnes. Son intérêt pour l'autre qui lui ressemblait dans sa malvoyance commençait à prendre de l'ampleur. Il avait pu nouer avec les deux hommes ce qu'il nomme un lien de "coéquipiers du combat".

Il déclare passer du temps avec eux en dehors des rencontres dans notre salle d'attente et qu'il découvrait des choses impensables pour lui.

Ali avait commencé à s'ouvrir à l'autre sans jamais se révéler à lui (l'autre), mais il trouvait satisfaction dans cette relation, une paix dont il ne connaissait pas la signification (selon ses dires) ; une performance de lui-même qui serait un facilitateur pour retrouver sa propre unité par cette unité de groupe exprimée.

4. Un Soi qui émerge de l'interaction avec autrui

Une paix qui pourrait servir de terrain propice à la reconstruction du rapport à soi par le biais des rapports à l'autre.

« Par l'aspect dynamique et récursif de l'interaction »¹³ qu'offre le groupe de parole constitué de personnes atteintes de déficience visuelles, l'activité cognitive qui s'y jouera mènera ces dernières vers une construction de relations ayant une finalité de reconstruction de sens de leurs vécus de la perte de la vision.

Ali, comme d'autres comme lui ; atteints de déficience visuelle, pourra prendre le

temps de voir sa perte et ses vraies pertes, les requestionner au sein d'un groupe d'appartenance par la déficience visuelle en fonction de ce que ce même groupe lui fournira comme sens à celles-ci et ainsi reprendre le processus de la reconstruction de soi.

Il sera lui aussi un élément clé dans le dénouement de certains états d'anxiété et d'angoisse liés à l'état dépressif dont souffrent les autres membres du groupe et cela grâce au fait que Ali était passé à la troisième phase du processus psychologique de deuil qu'est la réaction et le fait d'aller de l'avant (sans bien sûr réussir à objectiver cette perte), et ensemble nous aurons comme objectif de les accompagner dans cet accomplissement sans pour autant les freiner ni de les perturber mais bien au contraire essayer de contenir toutes leurs énergies psychiques et de les canaliser de manière à ce que chacun des membres puisse trouver les moyens d'une reconstruction de soi après la perte de la vision et pouvoir se réconcilier avec soi après avoir pu partager avec l'Autre tout ce qui le reliait à ce vécu commun qu'est la déficience visuelle.

Ce contexte thérapeutique groupal viendra compléter ce que la thérapie individuelle apporte à chacun et permettra de réguler les affects, corriger les cognitions, modifier les attitudes et changer les comportements ; un cheminement que nous pensons être favorable au bon déroulement du processus psychologique de deuil de la vision via une nouvelle considération de soi et de l'estime de soi.

Car c'est par leurs blessures et leurs attentes que ces personnes se sont constituées tout au long de leurs vies et c'est cela qui est remis en question quand elles sont face à la déficience visuelle comme épreuve importante.

« L'estime de soi ne peut se concevoir en dehors de la référence au regard d'un groupe social. Elle est corrélée aux expériences subjectives d'approbation ou de rejet de l'autre. Elle permet de savoir dans quelle mesure la conversation, l'échange avec autrui, l'apprentissage social détermine en partie l'individu »⁸.

L'objectif serait de pouvoir retrouver son unité avec la vie, avec soi et avec les autres, et surtout de cultiver des rapports avec ce nouveau vécu. Un objectif que la thérapie individuelle adoptée dans cette étude ne peut atteindre facilement sans cet élément essentiel d'appartenir à un groupe par son atteinte et son vécu. Des limites qui peuvent être dépassées puisque le concept même de soi, tel défini par la psychologie sociale nous apprend que certaines représentations de soi résultent de l'interaction avec autrui. Mucchielli démontre comment la structuration de Soi est liée à l'existence de l'Autre ! L'autre selon lui « nous permet de nous construire des représentations sur soi et de prendre conscience de soi. C'est dans une interaction réciproque que le Soi concourt à prendre conscience de l'autre. »⁹.

En insistant alors sur le concept d'interaction et de dynamique de groupe, qui constituent pour nous le cadre et le contexte dans lequel nous mettrons nos patients,

nous pensons pouvoir pallier à un manque observé lors des prises en charge thérapeutiques individuelles relatif surtout à l'estime de soi. Une tentative de leur permettre de reconstruire cette estime de soi par une nouvelle perception de soi grâce à ce que ce contexte groupal offre comme possibilités.

5. Conclusion

Des transformations d'attitudes et de comportements ainsi que des reconsidérations psychiques grâce à l'élaboration de relations intersubjectives qui se nouent au sein d'un groupe de parole où les individus partagent un vécu commun ; un vécu d'une atteinte au corps et à la psyché, une psyché qui selon la psychanalyse, ne se constitue et ne se fonde que sur une autre psyché.

Les relations qui s'opèrent dans une thérapie de groupe facilitent le processus évolutif d'appropriation du sens caché de l'histoire personnelle de chacun des membres et de sa capacité à modifier son interaction avec l'environnement. Une tentative par le fait d'intégrer un groupe de parole, de favoriser une déconstruction du vécu souffrant et des conflits psychiques qu'il engendre à des fins de reconstruction de soi dans une dynamique de groupe propice à la mobilisation de toutes ses forces mentales, cognitives, perceptives et émotionnelles.

Par sa « fonction dans la formation de l'inconscient du sujet et dans les liens intersubjectifs. »⁴, ce groupe sera considéré comme un objet commun à partager, et tout objectif thérapeutique à ce moment, sera l'élaboration de différenciation fondamentale qui mènera à la singularité de chacun des membres du groupe par le fait que chacun « doit s'engager dans un acte de rupture, qui lui permet de resignifier son histoire personnelle »⁷. Communiquer devient donc une nécessité, « les dires des sujets indiquent les voix d'accès à la créativité, indispensable à l'avènement de soi »⁷. Par l'échange des vécus et des histoires personnelles, les membres vont rapidement se rendre compte qu'ils sont d'une manière ou d'une autre entraînés de conquérir une place importante dans la constitution psychique des autres membres du groupe. Une dynamique groupale qui aidera à l'amélioration de l'état psychologique de chacun. Une forme d'entraide permettant par la suite une nouvelle approche des situations de groupe dans la vie réelle et des appréhensions de la déficience visuelle à la base de la constitution de ce même groupe.

Un champ global d'échange des souffrances, des contraintes, des incompréhensions, des désirs, des plaisirs des pulsions et des réactions de chacun face à tout ceci, bref un contexte groupal dont le « caractère principal est d'assurer la médiation et l'échange de différences entre la réalité psychique dans ses composantes intrapsychiques, intersubjectives et groupales, et la réalité groupale dans ses aspects sociétaux et culturels. »³. « Une groupalité qui génère des fonctions de liaisons, de

RÉFÉRENCES:

- (1) CIM 10. Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes. Deuxième révision. Volume 2. Edition 2008. Organisation mondiale de la santé.
- (2) Coopersmith, S. cité par Lamia, A. & Esparbès- Pistre, S. (2004). Chapitre 6. Estime de soi et vulnérabilité. p91 In: Pierre Tap (éd), Précarité et vulnérabilité psychologique (pp. 89-104). Toulouse, France: ERES. (1967).
- (3) Kaës, R. le groupe et le sujet du groupe. Paris: Dunod. P 352/33. (1993).
- (4) Kaës, René. Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. P 35. Cahiers de psychologie clinique, vol. 34, no. 1, pp. 13-40. (2010).
- (5) L'écuyer, R. Le concept de soi. Paris: Presses Universitaires de France.p 35. (1978).
- (6) Leblanc, J. & Streit, U.. Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI). P 35- 36. Santé mentale au Québec, 33 (2), 31-47. (2008)
- (7) Malrieu.P. La construction du sens dans les dires autobiographiques. Toulouse: èrès. P 276/272. (2003).
- (8) Mead, G.H. L'Esprit, le Soi et la Société. Paris : PUF. p 67/ 72. (1963).
- (9) Mucchielli.A. L'identité. Que sais-je? Paris: PUF (5ème édition). P 72. (2002).
- (10) Rogers, T. et All. Cité par Alicia Lamia et Sylvie Esparbès Pistre. (2004). Chapitre 6. Estime de soi et vulnérabilité.p91 ; In Pierre Tap et All, Précarité et vulnérabilité psychologique (pp. 89-104). Toulouse, France: ERES. (1977).

- (11) Silvio P, Mariotti. World Health Organisation: Global Data On Visual Impairments 2010.FINAL oforweb.pdf?, W. H. (s.d.). (2012).
- (12) Tap, P. (sous la direction),dans Identité individuelle et personnalisation. Toulouse: Privat, 1-10 (1986). (colloque international, Toulouse,1976).
- (13) VION, R. La communication Verbale : Analyse des interactions. Paris: Hachette Supérieur. P94. (1

