

Le fonctionnement mental des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Mental functioning of patients with rheumatoid arthritis

MAAFRI Saida *

SAHRAOUI Intissar

Faculté des sciences humaines et sociales
(Bejaia), Algerie.

Faculté des sciences humaines et
sociales (Bejaia), Algerie.

maafriaida@yahoo.fr

Intissar_omar@yahoo.fr

Reçu le: 2021/07/03

Accepté le: 06/11/2021

Résumé: Cette recherche doctorale, vise à cerner le fonctionnement mental des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde à partir de leurs productions au Rorschach et au TAT, comme elle vise également de faire ressortir les indices de capacités ou de failles de mentalisation et leurs influences sur l'évolutivité et la réversibilité de la maladie, ainsi que sur le niveau de la tenue du corps. Cette étude a été menée auprès de 15 cas de polyarthritiques âgés entre 25 et 60 ans. Elle s'inscrit dans un cadre psychosomatique. Cette recherche adoptant la méthode de l'étude de cas, a pu répartir les sujets en trois catégories, à savoir, un groupe de patients ayant une bonne mentalisation constitué de 02 cas, chez lesquels on obtient une bonne tenue du corps. Un groupe ayant une mauvaise mentalisation contenant 08 cas dont on observe une mauvaise tenue du corps, et enfin un troisième groupe de 06 cas dont la mentalisation est incertaine présentant une tenue du corps relativement liée aux fluctuations de leur fonctionnement mental étant dépendant de l'apport de leur environnement.

Mots-clés: Polyarthrite rhumatoïde, Evolutivité, Réversibilité, Bonne mentalisation, Mauvaise mentalisation, Mentalisation incertaine, La tenue du corps

Abstract This doctoral research aims at the mentalization process in adult patients with rheumatoid arthritis, and to analyze the contribution of intrapsychic factors by retaining the factor of the quality of mentalization, and its link with the holding of the patient's body. This study was carried out on 15 cases of polyarthritic adults aged between 25 and 60 years old, encountered in rheumatology doctors who have liberal function located in the city center of Bejaia (Algeria). This research work, is part of a psychosomatic referential framework of psychoanalytic orientation. Indeed, we want to compare between the polyarthritics whose mental functioning belongs to the well-mentalized neurotic mode, and those whose functioning derives from the badly mentalized mode, as well as the neurotic ones with uncertain mentalization, then to study the influence of these different modes of functioning on the course of the disease, namely the scalability or reversibility of the disease.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Scalability, Reversibility, Good mentalization, Bad mentalization, Uncertain mentalization, Holding of body

*Auteur correspondant

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR), est une maladie auto-immune, évolutive, qui atteint plusieurs articulations: mains, poignets, genoux, hanches, orteils, cou Parmi les complications de cette pathologie inflammatoire, la destruction du cartilage, de l'os et des tendons, entraînant une raideur matinales, gonflement, déformation, douleurs chroniques souvent violentes avec une gêne fonctionnelle importante pouvant mener à l'handicap. En plus des articulations, la polyarthrite rhumatoïde peut attaquer divers organes (Cœur, poumons, reins, foie...). Elle est une maladie dégénérative provoquant une désorganisation progressive de l'os et du cartilage. En conséquent, les personnes atteintes vivent des difficultés quotidiennes liées à ces complications, de simples gestes deviennent très pénibles à réaliser: se laver les cheveux, ouvrir une bouteille, boutonner sa chemise, taper sur un clavier d'ordinateur, tourner la poignée d'une porte ou prendre un stylo devient un véritable supplice.

Même si le pronostic vital n'est pas fatal, l'espérance de vie sera réduite et la qualité de vie sera altérée à savoir: la perte d'un emploi, la modification des rapports avec l'entourage familial proche, l'invalidité et l'handicap, etc. Comme le souligne Dadoun « La PR peut mener à une destruction articulaire, à l'origine d'une altération de la qualité de vie, d'un handicap et d'une réduction de l'espérance de vie, en moyenne estimée à 10 ans » (Dadoun, S. et al, 2013). Contrairement à ce que l'on pouvait croire, il ne s'agit pas d'une maladie réservée aux personnes âgées car elle touche tous les âges. La polyarthrite atteint surtout les femmes, généralement entre 25 et 60 ans, parfois même les femmes plus jeunes, les enfants eux-mêmes et les adolescents ne sont pas à l'abri. Elle peut débuter dans 40 à 50 % des cas après un événement traumatique marquant la vie personnelle (décès, séparation, intervention chirurgicale, accouchement), à cette agression violente, le patient devra faire face et s'adapter, pour prévenir des réactions pathologiques.

Nous voulions comprendre cette population de patients en cernant leurs qualités du fonctionnement mental avec le degré de leur atteinte par la polyarthrite et nous avons pu trouver pour cela, la théorie psychosomatique de l'école de paris fondée par Pierre Marty, qui explique la conception économique, ainsi que la gravité et l'évolutivité du processus de somatisation qui dépendent de l'organisation

économique du malade et de son centre moteur lié à la qualité de mentalisation. La mentalisation réside dans le travail de l'appareil psychique, dont la gestion des excitations - qu'elles soient internes ou externes - diffère d'une personne à l'autre. Le sujet traite l'excitation par le biais de son appareil psychique en la transformant en énergie psychique qui à son tour produit une symptomatologie mentale et/ou caractérielle. Ce travail psychique apparaît chez des personnes dotées de mécanismes labiles et rigoureux ainsi que d'une richesse fantasmatique.

Par contre, les personnes dépourvues de rigueur défensive et de richesse fantasmatique- c'est à dire qui ne peuvent élaborer les excitations au niveau psychique- se mettent à ce moment là à utiliser d'autres mécanismes comme le caractère et le comportement. Quand cela n'est pas possible, il en résulte un

processus de somatisation soit par régression soit par désorganisation somatique. Cette désorganisation emprunte un chemin inverse du principe évolutif progrédient, elle touche d'abord les fonctions les plus évoluées (comme les fonctions mentales) puis elle s'élargit pour atteindre les fonctions les moins évoluées (somatisations).

Le symptôme organique quel que soit le degré de sa gravité, doit être pris dans la dynamique évolutionniste et historique avec la continuité de l'existence du sujet, en intégrant ce symptôme dans son économie psychosomatique

A son tour Claude Smadja (2003), explique que l'approfondissement de la connaissance du fonctionnement mental des malades somatiques est la seule boussole qui puisse nous guider dans la complexité des rapports psychosomatiques. Mais elle nous apprend aussi que nous ne pouvons écarter de nos préoccupations théoriques une recherche d'ordre nosographique.

Le courant psychosomatique du fait de sa démarche scientifique visant à synthétiser l'ensemble des connaissances médicales et psychologiques, considère l'individu comme un ensemble de systèmes qui forment une unité psychosomatique. Le déséquilibre non compensé, en particulier lié à un appareil psychique fragilisé, va entraîner un désordre dans le fonctionnement de cette unité.

Actuellement toutes les recherches en psychosomatiques insistent sur l'apport de l'environnement. Selon les études déjà réalisées, l'apport de l'environnement favorable joue le rôle de pare-excitations, parfois jusqu'à substituer et remplacer l'appareil psychique défaillant des personnes fragilisées. De ce point de vue, pour maintenir une homéostasie générale de ces personnes vulnérables, il convient important de leur procurer un cadre de vie approprié. C'est ainsi que les études réalisées par (Dressler et Bindon, 2000; Nyamathi, Leak, Keenan et Gelberg, 2000; Seenan, 2001) ont montré que quelqu'un peut percevoir une situation comme étant stressante sans qu'il y ait d'anxiété ou de signes de détresse, s'il bénéficie d'un soutien social. A l'inverse, un faible soutien social, semble constituer un facteur de vulnérabilité face à un événement stressant. Toutefois, l'importance et la spécificité de l'apport de l'environnement ne résident pas dans la somme des relations, mais plutôt dans la qualité des supports affectifs qu'elles représentent pour un malade, comme le soulignait C. Herzlich : « Un environnement favorable semble renforcer les défenses immunitaires et peut avoir un rôle curatif important. Les maladies sont à la fois la résultante de facteurs génétiques et de la capacité de l'individu à faire face à l'environnement, y compris aux divers aspects de la vie en société. La santé est de plus en plus vue comme un mode de relation de l'homme avec son milieu où interviennent facteurs humains, conditions écologiques et structures sociales » (Herzlich, 1969,p.48). A cet effet, malgré l'ampleur des douleurs physiques, des répercussions psychologiques ainsi que des problèmes socioéconomiques causés par la PR, certains malades restent bien insérés dans la société grâce à l'apport de l'environnement favorable en rapport avec le soutien moral que leur procure l'entourage familial ainsi que l'équipe médicale qui les prend en charge.

En s'appuyant dans notre recherche sur la théorie psychosomatique de Pierre Marty, nous nous sommes référés à sa nosographie, qui demeure le noyau de notre étude, se présentant comme suit: la bonne mentalisation, la mauvaise mentalisation d'où la névrose de comportement, enfin la mentalisation incertaine.

En effet, le choix de ce thème est dû d'un côté à la gravité de la polyarthrite rhumatoïde autant que rhumatisme le plus grave, le plus sévère et le plus fréquent, qui présente un problème de santé publique avec la rareté des études effectuées dans le domaine psychologique, et d'un autre côté à l'importance de l'impact de la qualité de la mentalisation, ainsi que la nature de l'apport de l'environnement sur la tenue du corps.

De ce fait, les objectifs de cette recherche sont de cerner le fonctionnement mental des personnes adultes atteintes de PR à partir l'analyse de leurs productions aux tests projectifs de Rorschach et du TAT, en visant à faire ressortir les indices de capacités ou de failles de mentalisation, ainsi que la nature de l'apport de l'environnement et leurs influences sur l'évolutivité, la réversibilité de la maladie.

Toutefois en cherchant à nous documenter sur le sujet, nous avons été surprise du manque de publication sur l'étude du fonctionnement mental des personnes atteintes de PR, pourtant, nombreux sont les praticiens (médecins, psychologues) qui reconnaissent le rôle important du fonctionnement psychique dans l'évolutivité et la réversibilité de la maladie, cependant, ces données n'ont jamais fait jusque-là l'objet de publication en psychologie clinique.

Cependant, nous allons pour cela présenter succinctement quelques études réalisées sur les malades atteints de PR.

Les résultats d'une étude de 2018 intitulée « Arthrite et santé mentale », publiée dans NATURE COMMUNICATION ont fait le lien entre l'inflammation associée à la PR et la façon dont les messages concernant l'inflammation ressentie par le patient sont relayés entre son cerveau et son système nerveux central (Scherpef et al, 2018). Les chercheurs sont d'avis que ces modifications au cerveau sont les raisons derrière la fatigue, la douleur et l'incapacité de penser clairement. Avoir le cerveau embrouillé est également un autre symptôme d'arthrite inflammatoire. Avoir le cerveau embrouillé peut entraîner des épisodes de confusion mentale, de désorientation et de frustration. Incapable d'avoir les idées claires, les patients ont de la difficulté à se concentrer et ont des problèmes de mémoire. Une autre étude a été effectuée en 2010, par la société française de rhumatologie, sur le risque de dépression et d'anxiété au cours de la polyarthrite rhumatoïde débutante - résultat de la cohorte ESPOIR- réalisée par L. Bacconnier, N. Rincheval, R. Flipo, P. Goupille, J. Daures, B. Combe, dans le but de déterminer les facteurs prédictifs de souffrance psychologique au sein d'une population de polyarthrite rhumatoïde débutante. À cet effet, l'étude a concerné 641 patients (78,8 %) avec une durée d'évolution moyenne de la maladie de 7,1 mois. Toutefois,

l'évaluation Psychologique s'est faite de l'inclusion à 36 mois sur le questionnaire MENTAL HEALTH INVENTORY-5 (sous composant du questionnaire de qualité de vie SF36). Concernant les résultats, les réalisateurs de cette recherche notent une prévalence de troubles psychologiques de 46,88 % à l'inclusion. Il existe un effet temps sur le score psychologique au cours des 36 mois avec une diminution de la fréquence des troubles (25,79% à 36 mois).

En conclusion, le risque de troubles psychologiques (anxiété et dépression) au cours de la polyarthrite débutante est fréquent et est associé à un mauvais score fonctionnel.

Nous soulignons le manque de consistance des résultats du fait que cette étude s'est focalisée sur l'apparition de l'anxiété et de dépression qu'au début de la polyarthrite alors que ces états sont vécus par le patient tout au long de sa vie du fait que cette maladie est chronique, de même ces troubles psychologiques ne cesseront pas de compliquer sa vie.

Toujours en 2010, une étude a été réalisée par l'association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde (ANDAR), CHU Rennes, CHU Nantes, CHU Montpellier, sur la fatigue, qualité de vie et sévérité de la maladie chez des patients polyarthritiques en France, dont l'objectif était d'évaluer le niveau de fatigue à différents stades de la PR et les corrélations avec d'autres symptômes et d'évaluer l'impact de la fatigue sur la qualité de vie des patients. Les méthodes utilisées dans cette recherche sont multiples : une enquête rétrospective par courrier auprès des membres de l'association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde. Un questionnaire spécifique et pré-enquête comprenant des outils validés contenant des données sociodémographiques et médicales ; la capacité fonctionnelle (HAQ) et utilité (QDV, EQ-5D) ; la fatigue (échelle visuelle analogique, EVA, et échelle de Pichot) ; l'état psychologique (EVA « moral ») ; l'impact de la polyarthrite sur la sexualité. Les résultats indiquent que la fatigue était présente chez une très grande majorité des patients polyarthritiques (90%). Par contre, cette étude n'a pas précisé la sévérité de la fatigue (coté pathologique) sur l'ensemble de la population.

De notre part, en 2012 et en vue de l'obtention d'un diplôme de Master, nous avons réalisé une recherche sur la qualité de vie chez les polyarthritiques, à travers l'utilisation de l'échelle de « l'EMIR », une échelle mesurant spécifiquement la qualité de vie chez les polyarthritiques. Il était ressorti de cette étude, une forte altération de la qualité de vie chez tous les cas rencontrés, témoignant d'une problématique autour d'une dépendance ainsi qu'un fort sentiment d'anxiété en rapport avec leur devenir.

1. Déroulement de la recherche

Toute la recherche a été effectuée au sein de trois cabinets de rhumatologie à fonction libérale, se trouvant au centre ville de la wilaya de Bejaia, (Algérie), où nous avons sélectionné une population d'étude contenant une quinzaine de cas (15)

de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde. Notre choix en lien avec ce lieu de recherche, découle du fait que le médecin rhumatologue est en général en première ligne lorsque les symptômes apparaissent. Nous étions aussi contraints d'effectuer cette recherche (pré-enquête et enquête) dans des cabinets à fonction libérale de rhumatologie, car jusqu'à ce jour les patients atteints de PR dans la wilaya de Bejaia, sont partagés entre le service de médecine interne et celui de l'orthopédie, sachant que le CHU de Bejaia reste dépourvu d'un service de rhumatologie, contrairement aux CHU appartenant à plusieurs autres wilayas qui possèdent des services de rhumatologie très performants.

Durant la première étape de la pré-enquête comme phase exploratoire, destinée à connaître la population d'étude, nous avons pu rencontrer, quatre cas dans un seul cabinet de rhumatologie. Nous avons pu préciser notre question de départ et nos questions spécifiques de recherche découlant de la revue de littérature traitant notre thématique. Cette étape de pré-enquête, nous a permis d'élaborer et d'affiner nos hypothèses de recherche, de vérifier ainsi que de tester les outils d'investigation auprès de notre population d'étude afin de savoir s'ils sont suffisants et adéquats pour le recueil des données.

A travers maints entretiens cliniques de recherche effectués auprès des malades, nous avons pu enrichir notre guide d'entretien pré établie, par plusieurs questions. Ces différentes questions, nous ont permis de recueillir, des informations non seulement sur la maladie, mais aussi sur le vécu général du malade, tant sur le plan physique que psychique. En outre, pendant ces entretiens nous avons eu la possibilité de saisir l'état émotionnel du patient à travers le style d'énonciation qui se manifeste essentiellement par des hésitations, répétitions, craquées verbales, ... Ainsi que, d'observer le côté non verbal par des silences, mimiques, attitudes, rires, pleurs.... qui sont tous des indicateurs des états de déprime, d'anxiété et révélateurs de la qualité de mentalisation.

En synthèse notre pré-enquête, nous a permis de remarquer l'existence d'un rapport entre la qualité de la mentalisation et la tenue du corps d'un malade polyarthritique.

Par la suite, nous sommes passés à l'enquête qui est la deuxième étape nous permettant le recueil de données ainsi que la vérification de nos hypothèses. Nous avons constitué une population de polyarthritiques adultes rencontrés dans deux cabinets de rhumatologie à fonction libérale, -autres que celui dont nous avons réalisé notre pré-enquête-.

Tous les sujets rencontrés étaient informés des objectifs de la recherche, de son déroulement et du respect de la confidentialité (l'anonymat). Ils ont librement consenti à participer à notre recherche par leurs consentements éclairés. Ensuite, nous avons constitué une population de 15 cas adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (10 femmes, 5 hommes) dont l'âge varie entre 25 et 60 ans.

Puis, nous avons demandé aux médecins traitants de nous fournir toutes les informations importantes, nécessaires concernant leurs états de santé.

Nous avons effectué dans un premier temps des entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien élaboré et finalisé en pré-enquête, et dans un deuxième temps, nous avons respectivement fait la passation des tests projectifs ; le Rorschach et le TAT. Les rencontres se sont déroulées dans un cadre approprié - bureaux, éclairage, tests...- au sein des trois cabinets de rhumatologie-. Les témoignages de malades durant les entretiens, évoquent et abordent un mal au quotidien, la demande de l'aide a été exprimée fréquemment par la majorité d'entre eux, cherchant à soulager leur souffrance psychique étant à l'origine de leur souffrance physique causée par la PR et ce, dans le but d'améliorer leur qualité de vie, afin de pouvoir mener une vie partiellement saine.

En effet, notre recherche s'est déroulée comme suit :

Nous avons d'abord procédé par l'entretien clinique de recherche -qui est un outil incontournable et irremplaçable dans la recherche en psychologie clinique-, qui varie d'une à plusieurs séances (en fonction des cas), par lequel nous avons pu détecter le niveau atteint de la tenue du corps, à savoir le degré de gravité de la PR, ces différentes complications, d'autres affections organiques s'il y a lieu Ainsi que la nature de l'apport de l'environnement.

Puis nous avons opté à la passation du test projectif de Rorschach, suivi en dernière séance par le test du TAT à travers lesquels nous avons pu cerner la qualité du fonctionnement mental, son irrégularité, ainsi que son rapport aux différents niveaux de la tenue du corps. Cette dernière est répartie selon le domaine de rhumatologie en trois niveaux bien distincts : bon, mauvais, moyen ; le patient ayant une bonne tenue du corps ne souffre pas d'autres maladies antérieures et la PR est classée selon la médecine, dans la forme bénigne à savoir qu'elle ne retentisse pratiquement pas sur l'activité quotidienne, même après plusieurs années d'évolution, de ce fait on dit que le malade présente une bonne tenue du corps. Contrairement à celui qui présente une mauvaise tenue du corps qui est souvent de l'ordre d'une mauvaise mentalisation. Quant au patient doté d'une mentalisation incertaine, l'évolution se fait de façon progressive, par poussées inflammatoires, évolutives entrecoupées de rémissions plus ou moins complètes. Chaque poussée est à l'origine d'une recrudescence des douleurs articulaires mais aussi des déformations avec installation lentement progressive d'un handicap fonctionnel plus ou moins important. De ce fait on dit que le malade présente une tenue du corps moyenne, où cette médiation reste relative selon les cas.

En se référant à la théorie psychosomatique de Pierre Marty, nous avons pu choisir ces techniques de recueil de données nous permettant de pouvoir répondre à nos hypothèses de recherche en lien avec la qualité de la mentalisation des sujets atteints par la polyarthrite rhumatoïde (bonne, mauvaise ou incertaine), la nature de

l'apport de l'environnement (favorable ou défavorable) , ainsi que leur influence sur la tenue du corps d'un polyarthritiques adulte.

2. Résultats

Notre analyse nous a permis de procéder par une catégorisation de sujets, en fonction des données distinctes d'une catégorie à l'autre. Ces données nous ont permis de cerner les qualités de mentalisation chez une quinzaine de sujets adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde, se divisant en trois types : la bonne mentalisation, la mauvaise mentalisation, la mentalisation incertaine. Nous avons essayé de mettre un lien entre la qualité de la mentalisation et la tenue du corps en l'occurrence; l'évolutivité ou la réversibilité de la PR, cela en s'appuyant sur la grille d'analyse (expliquée ci-haut), détectant le niveau de la tenue du corps chez un polyarthritique adulte.

2.1. Première catégorie : patients ayant une bonne mentalisation

Le groupe appartenant à la catégorie de patients ayant une bonne mentalisation contient deux (02) sujets polyarthritiques de sexe féminin, âgées respectivement de 38 et 45 ans, pouvant de manière générale préserver leur équilibre vital ainsi que leur tenue du corps malgré quelques déséquilibres organisationnels auxquels elles ont été exposées, mais qu'elles ont réussies à dépasser par la suite

- **Entretiens**

Nos deux patientes ont manifesté beaucoup d'enthousiasme pour participer à la recherche, où la relation s'est établie très rapidement. Elles semblaient à l'aise et se sont exprimées aux entretiens en toute confiance et d'une façon très spontanée

L'état de santé physique des deux sujets appartenant à cette catégorie, se caractérise par une certaine divergence l'une de l'autre, l'une a été affectée par plusieurs atteintes corporelles de nature non nuisible et sa réponse aux traitements médicaux était efficace, tandis que l'autre n'a jamais connu d'autres problèmes de santé physique hors que la PR.

Cette catégorie se caractérise relativement par le maintien de l'équilibre vital, de la tenue du corps malgré quelques troubles liés à des situations traumatisantes dont elles étaient rééquilibrées facilement par la suite.

A l'entretien nos deux sujets réussissent à historiciser leur discours, par une narration riche d'associations, de mise en lien et de mise en sens. De même, leur discours est corrélé d'affects, généralement les affects sont présents et associés à des représentations qui les contiennent. La liaison affect /représentation serait de bonne qualité marquée par une capacité à relier ses affects avec des mots, à les rendre communicables, et compréhensibles par eux-mêmes et par l'autre. Les

sujets organisent leur discours dans une succession temporelle d'événements, avec association de leur discours. Ces deux sujets ne sont pas en attente de questions du chercheur pour s'étayer et ceci évoque une relation d'objet suffisamment intériorisée pour pouvoir se lancer seuls dans l'aventure de l'historicisation. Ils ont des références au monde interne, aux souvenirs qui sont d'ailleurs tellement nombreux qu'il n'est pas possible de les reprendre ici. Ils font beaucoup de rêves et leurs vies onirique est riche d'ordre du processus de refoulement. Ces deux cas sont stables, posés et n'ont pas de difficulté d'expression des émotions, comme nous signalons chez eux un maintien d'une bonne tenue du corps, bon équilibre vital.

- **Rorschach**

Les protocoles de Rorschach, paraissent riches en contenus associatifs, sauf que la productivité se voit bonne chez l'une et moyenne chez l'autre, mais elle reste toujours dans la norme. Aussi nous signalons le traitement de toutes les planches par les deux patientes, sans qu'il y ait de refus. Les sujets abordent le matériel dans une approche analytique (le nombre de réponses détaillées est important, sans exclure l'approche globale), ce qui explique l'existence d'une approche perspective analytique. Les protocoles Rorschach des deux patientes paraissent très riches en nombre de réponses kinesthésiques envahissant toutes les planches du protocole, attestant qu'il y a bien existence d'une variété en vie pulsionnelle libidinale et /ou agressive. Quant tenu de la présence et de la qualité des Kinesthésies humaines et animales (H et A), les deux protocoles mettent en avant des possibilités à utiliser leurs mondes internes, ainsi qu'une prédominance de liaison affect /représentation, le fait de pouvoir les rendre communicables et compréhensibles. Aussi, nous remarquons l'existence d'une variété en processus défensifs en lien avec les processus de contrôle ainsi que de labilité. Du coup, les déterminants sont variés, ce qui va dans le sens d'un imaginaire riche, ils sont tous représentés sauf l'estompage, ce qui pourrait évoquer l'idée que le contrôle émotionnel se produit par le biais de processus d'élaboration secondaire.

Les procédés défensifs différents d'un sujet à l'autre puisque nous remarquons chez l'un, une prédominance des mécanismes de contrôle ainsi que d'inhibition où la vie pulsionnelle est contrôlée en utilisant des précautions verbales, l'hésitation, l'isolement, la présence des conflits intra psychiques, ainsi que d'important silence pendant le discours qui se remarque au niveau des temps de latence qui sont longs indiquant les mécanismes d'évitements du conflit. En effet, sa relation à la réalité reste satisfaisante. Par contre, chez l'autre sujet, les processus de contrôle sont les plus fréquents se caractérisant par: hésitations, précautions verbales, ruminations puis viennent en seconde position les processus labiles marqués par l'érotisation des relations ainsi que l'investissement des émotions et des affects. Même si les contenus apparaissent parfois de mauvaise qualité formelle, mais nos patientes

réussissent toutes les deux à se rattraper en utilisant la secondarisation, sans avoir besoin d'étayage.

L'espace imaginaire se voit à travers le type de résonance intime (TRI) qui va dans le sens, introversif, ce qui tend vers un imaginaire riche d'autant que le F% est juste dans la moyenne (66%) et (68%), [50 à 70], ce qui indique une adaptation efficace à la réalité sans se laisser envahir par le concret, le formel et le conformisme. La présence de 5K pour l'une et 4K pour l'autre, indique un imaginaire riche. Le A% (40%) et (44%), [35 à 50%] est dans la moyenne ce qui confirme la bonne adaptation sociale, cela en plus de l'intégration complète de l'image corporelle chez les deux patientes.

En conclusion, nous pouvons dire que nous nous trouvons ici en présence d'éléments nous permettant d'inférer une bonne qualité de mentalisation assortie d'un espace imaginaire riche, qui permet des investissements objectaux et libidinaux.

• TAT

Le contenu des deux protocoles sont riches suite à l'existence d'une grande variété d'associations, des procédés défensifs utilisés, avec existence de différents procédés de dégagement de type (A-1), (B-1), contribuant dans le dégagement du discours. En effet, le traitement des conflits est sur le plan relationnel et/ou interne pour que les histoires soient structurées et prennent un écho fantasmatique.

De façon générale, la majorité des problématiques ont été perçues et traitées tout en ayant une résonance avec le contenu latent de la majorité des planches du TAT. Les deux sujets ont projeté leurs vécus subjectifs à la dernière planche (16).

Dans le cas de nos deux sujets, la perte d'objet est reconnue et peut-être symbolisée dans les protocoles de TAT, le processus de séparation est exprimé et paraît intégré, et aussi, marquée par une liaison pulsionnelle libidinale. Leurs assises narcissiques apparaissent globalement plutôt solides. Concernant cette intrication pulsionnelle, nous la retrouvons dans la continuité et la mobilité du travail psychique. Selon Catherine Chabert (1998) ; « l'intrication pulsionnelle se traduit par la liaison des mouvements associatifs, à la fois dans les contenus et dans les conduites psychiques qui en permettent l'expression ». (Chabert, C. 1998, P.106)

Nous remarquons à travers les deux protocoles une certaine richesse interne des vies pulsionnelles adaptées à la réalité, quant aux identifications, elles se caractérisent par la clarté chez l'une et par l'ambiguïté chez l'autre. Concernant, la mentalisation qui caractérise le travail de l'appareil psychique, cette catégorie de patientes se caractérise par l'investissement d'un espace psychique par lequel les stimuli sont traités, en utilisant des mécanismes défensifs qui varient d'un sujet à l'autre.

Les résultats de chaque cas obtenus au premier test (Rorschach) est compatibles aux résultats du second (TAT) et même s'il y en a une légère différence entre nos cas, cela n'affecte pas leur qualité de mentalisation qualifiée comme bonne. A cet effet,

nous pouvons dire que nous sommes en présence d'éléments qui nous permettent d'inférer une bonne qualité de mentalisation assortie d'un espace imaginaire riche, qui peut parfois faire défaut, mais sans entraver les investissements objectaux et libidinaux du sujet.

2.2. Deuxième catégorie : patients ayant une mauvaise mentalisation

Cette catégorie de patients ayant une mauvaise mentalisation contient 08 cas polyarthritiques qui sont de façon générale caractérisés par un espace psychique réduit leur permettant de traiter les excitations internes et externes engendrant chez eux une mauvaise tenue du corps .

• Entretiens

La dégradation de l'état de santé physique paraît très importante chez la majorité des sujets appartenant à cette catégorie, d'où leur exposition à plusieurs maladies de nature nuisible, sans qu'il y ait de réponse efficace aux différents traitements médicaux. Certains d'entre eux ont été exposés à des poussées récidives et à des érosions graves d'où l'absence de résistance induisant ces sujets à une dépendance importante à leurs environnements. Tandis que d'autres qui développent moins de pathologies physiques hors que la PR, leurs réponses aux traitements médicaux diffèrent d'un sujet à l'autre, tout en signalons que le degré de l'évolutivité de la PR varie aussi d'un cas à l'autre.

Par contre, il existe d'autres cas qui n'ont jamais été exposés à des atteintes somatiques que ce soit avant la PR où après. La préservation et la maintenance de ces patients relativement à leur états d'équilibres physique, à savoir une tenue de leurs corps plus en moins stable, est liée à la prise en charge qu'ils acquièrent par leur environnements familial, médical. Ces cas restent fragiles, et peuvent révéler une désorganisation corporelle, s'ils subissent des événements traumatiques, sans la présence d'un système de pare excitation prodigué par l'environnement.

Cette catégorie, dont le fonctionnement mental est représenté de façon générale par une très faible capacité de résistance aux différentes maladies, certains d'entre eux se sont affectés par des atteintes organiques qu'ils ne pouvaient surmonter (02 cas). D'autres cas n'ont jamais rencontré d'autres maladies organiques hors que la PR (02), leur équilibre physique est relativement maintenu suite à l'apport de l'environnement favorable notamment sur le plan de leur prise en charge, sauf qu'ils restent fragiles en une proie facile à une désorganisation corporelle dans le cas où ils subissent d'autres chocs émotionnels. De plus, ce défaut d'intériorité commun à nos sujets, est responsable, selon Morasz « de la difficulté à être seule, de la dépendance, de l'impulsivité, de l'anaclitisme de la relation d'objet, du besoin d'étayage du moi sur celui de l'autre ». (Morasz, L. 2008, P.164).

Durant les entretiens effectués avec les cas appartenant à cette catégorie, nous avons pu avoir peu de renseignements en rapport avec leur passé suite au manque d'associations. En tenant compte de l'absence d'une symptomatologie mentale, nous constatons que le fonctionnement de ces patients se caractérisent par une pauvreté

des souvenirs avec accent porté sur le factuel, le quotidien, le faire, vivre dans le présent de façon permanente avec un manque émotionnel.

Cependant, leur discours est marqué par la répétition d'événements douloureux, des situations d'échec notamment de type professionnel et/ou relationnel. Les rapports entre affects et représentations sont totalement absents. Cela en plus d'une incapacité de pare-excitation aux différentes maladies du fait que 3 sujets ont fini par avoir des prothèses articulaires [une prothèse au niveau de la hanche (2 cas), une au niveau du genou (1 cas)]. Ils paraissent cependant au cours des entretiens en attente de nos questions, même s'ils font preuve de capacités de liaison dans un deuxième temps.

La majorité d'entre eux sont en attente de questions du chercheur qui est un moyen d'étayage pour eux afin de combler leur manque (04cas): leur attitude passive nous a mis dans une position d'être assez interventionniste et d'établir des liens dans leurs histoires pour les leur soumettre. Les interventions faites par le psychologue chercheur sont carrément rejetés par certains sujets. Du coup, leurs discours sont marqués par de nombreux silences.

Leurs états de déprime renforcent leur besoins d'étayage sur l'autre. Le plaisir ne vient pas d'eux mais de l'autre, ce qui nous rappelle la conception de Donald Winnicott (1989) à propos du faux-self dont la caractéristique majeur est la soumission.

Dés lors, ils sont caractérisés par l'absence de liaison entre affects et représentations avec l'utilisation des procédés défensifs de type primitifs marqués par des processus d'évitement des conflits reflétant une profonde pensée opératoire tout en ayant recours aux comportements.

Tous ces patients vivent dans une carence de mentalisation, un désert fantasmatique et un fonctionnement marqué par « la morosité, l'inhibition, l'angoisse, la honte et la faible estime de soi au regard des idéaux du moi extérieurs et infantiles. Brusset (2008) déclare que cette position d'infériorité qu'occupent la majorité des éléments appartenant à cette catégorie, pourrait renvoyer à ce que souligne Smadja « à une soumission à l'idéal du moi [...] qui occupe toute la place parce que la fonction interdictrice du surmoi s'est effacée » (Smadja, C. 2001, p.200).

La majorité se caractérise par l'absence de rêves ; par ailleurs, ils font des rêves, qu'ils appellent plutôt des cauchemars reflétant cet état brut des émotions à travers leurs caractères sanguinolent, et violent. Ce sont des rêves crus qui ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés Selon Pierre Marty; ils se rencontrent aussi rarement, moins nettement, et pendant des temps plus courts, chez d'autres sujets (Marty, P. 1984, p.1150-1152).

- **Rorschach**

La majorité des protocoles Rorschach sont pauvres en productivité d'où le nombre de réponses est nettement inférieur chez la majorité de cas par rapport à la norme, ce qui atteste une grande faiblesse de la productivité et une inhibition massive de l'espace imaginaire, en plus, du refus de quelques planches. Certains d'entre eux présentent une inhibition patente au niveau du nombre de réponses et du temps de latence, révélant encore une difficulté de mentalisation. D'autres expriment davantage de charge pulsionnelle, ils vivent plus d'affects dépressifs et sont psychiquement moins inhibés. La majorité d'entre eux réussissent à donner des réponses après avoir répété la consigne par le chercheur. Dans le protocole, il y a peu de liaisons affect représentation et quand elles ont lieu, elles échouent, le contrôle formel échoue, le sujet se trouve débordé par ses affects à tonalité dépressive.

Nous remarquons une différence dans le mode d'appréhension de la réalité d'un sujet à l'autre, mais le mode d'appréhension des réponses globales dépasse largement celui des réponses détails chez la majorité des cas ($G > D$).

Par ailleurs, la forte présence des mécanismes d'inhibition (reflétée notamment par le nombre très bas des réponses au Rorschach, le TRI coartatif dans la majorité des cas) est un autre élément qui vient barrer la décharge de la pulsionnalité agressive. Tout comme la productivité basse, ce TRI coartatif va dans le sens d'une inhibition massive de l'activité fantasmatique. C'est davantage une fantasmatique réprimée à tonalité dépressive exprimant une carence fantasmatique.

Les déterminants sont relativement variés dont la majorité sont formels, avec absence de Kinesthésie qui évoque la carence de vie intérieure exprimable, peu de fantasmes évoqués, mis en scène. Ceci convergerait avec l'absence de vie imaginaire reflétant un travail mental abrasé. La présence de couleur et d'estompage fait chuter le F% et nous éloigne un peu d'un tableau alexithymiques rigidement structuré notamment chez la majorité des sujets (06 cas).

La vie pulsionnelle est très pauvre et les contenus sont très limités où ils se résument en un ou deux contenus parmi tous les autres, comme chez un cas où tout les contenus sont de type animal : A%=100% dont nous soulignons une certaine stéréotypé de la pensée. Le nombre de banalité est très bas et/ou carrément absent chez la majorité des sujets, ce qui pointe une difficulté d'adaptation sociale.

Cette catégorie de patients dont la vie fantasmatique est pauvre, s'accroche trop à la réalité externe, cette relation paraît parfois appropriée et parfois ratée. Le refus de quelques planches est dû à l'incapacité des sujet à traiter quelques situations suite à l'efficacité du processus de persévération d'où l'accrochage au même contenu malgré le changement du stimulus, ce contenu qui est plus souvent lié à une lésion articulaire. Aussi, on souligne des perturbations au niveau de l'image du corps ainsi que dans l'identification chez la majorité des cas.

L'image du corps est atteinte dans son unité et son intégrité : elle reflète à la fois un moindre investissement narcissique de soi et un trouble dans l'investissement d'autrui. La dialectique de subjectivation est entravée par la difficulté pour accepter de perdre les premiers objets et suscite la formation de symptômes psychosomatiques sous le poids d'un surmoi intolérable.

La mentalisation s'avère effectivement défailante sur le plan de la symbolisation des pulsions agressives (traitement factuel du rouge, évitement du rouge, dans un second temps une projection crue). Les principaux résultats démontrent un évitement du monde des émotions. Par conséquent, les capacités de mentalisation sont faibles chez cette catégorie de patients.

- **TAT**

Les protocoles du TAT se caractérisent par une pauvreté associative avec le refus de quelques planches par certains sujets. Le traitement des planches est effectué à travers les mécanismes défensifs en rapport avec des processus d'évitement du conflit d'où les processus phobiques, comportementaux et opérationnels. Quelques processus de contrôle et/ou de labilité en rapport avec des processus de caractère de valeur non rationnelle sont introduits. Quant aux processus primaires, ils sont présents dans tous les protocoles.

Dans les protocoles TAT de cette catégorie des sujets ayant la mauvaise mentalisation, nous remarquons que malgré l'utilisation du même registre défensif presque par tous les sujets, cela ne signifie pas que leurs procédés défensifs soient utilisés de la même façon et du même poids puisque nous remarquons que chaque cas possède ses propres caractéristiques d'investissement. Nous assistons dans la majorité des protocoles à une fréquence des procédés narcissiques, gel pulsionnel, recours à l'idéalisation témoignant une dynamique de perte d'objet qui paraît difficile à assumer par les cas de cette catégorie et suscitant une angoisse d'abandon. Même si tous les indicateurs ne convergent pas, ces patients présentent un faible investissement narcissique d'eux-mêmes notamment la dévalorisation de soi, qui sont représentés dans leurs discours en particulier lorsqu'ils évoquent les liens familiaux et professionnels, et ont tendance à recourir majoritairement à des défenses narcissiques.

Nous remarquons aussi l'absence des conflits internes et/ou relationnels aboutissant à une construction des histoires fantasmatiquement pauvre. De façon générale, la majorité des problématiques n'ont pas été traitées suite à l'attachement des sujets au contenu manifeste des planches. La majorité des conflits n'ont pas été traités, ce qui donne l'aspect des histoires banales et vacantes de tout écho fantasmatique. Il semble que les tentatives de répression /inhibition de la pulsionnalité agressive soient massives. De fait, le destin des excitations pulsionnelles agressives ne peut dans ces conditions que se retourner contre elles

en empruntant la voie somatique ou une figurabilité mentale précaire quand le corps prend la relève.

De façon générale, nous dirons que la majorité des problématiques n'ont pas été traitées, cela en plus des refus de quelques planches notamment celles en rapport avec la problématique prégénitale. Concernant la planche 16, la majorité des patients ont projeté leur vie à travers des histoires personnelles.

2.3. Troisième catégorie: Patients ayant une mentalisation incertaine

Les cas de cette catégorie ayant une mentalisation incertaine, possèdent de façon générale une capacité moyenne de résistance du moment que la polyarthrite dans leur cas paraît tantôt réversibles, tantôt évolutive et nuisibles. Leurs fonctionnements psychiques se caractérisent par une mentalisation incertaine qui se présente à travers l'usage des procédés défensifs qui ne déterminent pas clairement pour le chercheur leur qualité de fonctionnement psychique. Nous allons par là, de façon générale essayer de cerner l'état de santé physique ainsi que mentale de ces cinq (5) cas.

Entretien

Malgré toutes les souffrances engendrées par la PR, l'état de santé physique diffère d'un cas à l'autre. Indépendamment de la PR, 2 cas ont développé le diabète pendant leur enfance: (l'un à 6 ans, l'autre à 11ans), et ils deviennent polyarthritique depuis plus de 5 ans chose qui a totalement bouleversé leur vies. L'état de santé physique de cette catégorie de sujets se caractérise par un certain déséquilibre amenant certains d'entre eux à subir de graves déformations articulaires, sauf que l'état de santé chez d'autres, semble relativement équilibré grâce à leurs environnements favorables. Ils ont été exposés à des maladies dont ils pouvaient récupérer leur équilibre malgré quelques déséquilibres liés à certains événements traumatiques (Décès de l'épouse de l'un ainsi que du fils aîné de l'autre, une situation de séparation vécue par une patiente, un licenciement professionnel subit par un patient...) mais ces sujets ont pu récupérer leur bien être par la suite. Par conséquent, nous constatons que les possibilités de par-excitations corporelles aux maladies sont juste moyennes.

• Rorschach

Les protocoles Rorschach de 03 cas sont riches en qualité associative. La première partie de passation est consacrée au recours à des valeurs personnelles avec pauvreté en nombre de réponses (R=09), (R=08), (R=06) en traitant la planche dans sa globalité sans approfondissement et sans prise en compte des détails.

Le sujet qui a obtenu 09 réponses (R=09) arrive à s'adapter à la position projective à l'enquête, dans la deuxième partie de passation, en donnant des réponses additives, ce qui signifie le retour du refoulé, en ayant usage d'une variété de procédés

défensifs non utilisés en première phase de passation, et les réponses globales ont été accompagnées des réponses détaillées dans quelques planches.

Chez le deuxième cas et à la première partie de la passation, nous avons remarqué que les réponses ont été marquées par une certaine pauvreté ($R=8$) en se contentant uniquement des réponses globales associées à une vie pulsionnelle riche, dont les sentiments n'ont pas été contrôlés. Quant à l'enquête, le nombre de réponses a été élevé ($R=19$), marqué par peu de recours à la réalité.

Quant au troisième cas, nous signalons que la pauvreté du nombre de réponse obtenue ($R=06$), souligne l'existence d'un espace imaginaire difficilement accessible dont les thématiques sont angoissantes et destructrices. Notant que cette pauvreté en nombre de réponse est signe d'une intériorisation des émergences pulsionnelles. L'imaginaire existe mais son accès paraît entravé. Le sujet semble être possession d'un espace imaginaire difficilement accessible et potentiellement désorganisateur, dans ce cas, l'espace imaginaire et la mentalisation s'avèrent déficitaires.

Un quatrième sujet, présente un nombre de réponse encore plus riche ($R=29$) puisque, il a pu appréhender la réalité de façon analytique et globale, quant à la vie pulsionnelle elle est considérée comme étant riche malgré quelques dérapages envers la réalité. L'analyse nous a emmené à constater l'existence d'une irrégularité du fonctionnement chez lui, entre l'étape de passation et celle de l'enquête.

Sur le plan mental, ces cas sont tous dotés d'un espace psychique marqué par une irrégularité du fonctionnement se présentant à travers un changement dans l'utilisation des procédés défensifs signés parfois par des processus labiles et parfois par des processus d'inhibition.

- **TAT**

Après avoir analysé les protocoles TAT de cette catégorie de sujets, nous avons constaté que malgré l'utilisation du même registre défensif, il reste à souligner qu'il existe une certaine divergence dans le fonctionnement mental spécifique à chaque sujet.

La majorité des planches ont été traitées par la majorité des sujets, marqués par des histoires bien structurées, avec un écho fantasmatique. Ces histoires ont été parfois accompagnées de quelques explosions verbales qui n'ont pas eu trop d'impact sur l'enchaînement global du protocole.

Certains d'entre eux utilisent des mécanismes labiles, mais pas de la même façon et même poids. Pour cela nous avons remarqué que l'utilisation de ces processus labiles par la moitié d'entre eux, est associée à des mécanismes de contrôle, avec la présence des procédés de type A1, B1 favorisant le dégagement du discours.

3. Discussion

- La catégorie de patients ayant une bonne mentalisation, possèdent un espace psychique qui s'investit comme étant une sphère mentale dans laquelle les contenus fantasmatiques sont traités, avec existence d'une permanente circulation labile entre la réalité et la vie imaginaire, ainsi qu'une variété des mécanismes défensifs appartenant à de divers registres de fonctionnement.

Les deux patientes polyarthritiques ayant une bonne mentalisation sont les plus résistantes aux différents moments de crises rencontrées dans leur vies, d'où la fréquence de résistance aux maladies corporelles devienne élevée ce qui les emmène dans la majorité des cas à répondre aux traitements médicaux et à consolider cette résistance au niveau mental, les induisant à l'émergence d'une symptomatologie psychique -ou la renforcer si celle-ci existe déjà- au moment de l'intensification de l'énergie sur le plan économique selon la conception freudienne. A cet effet, nous remarquons, une prédominance des procédés labiles dans le cas d'un sujet, quant à l'autre, nous remarquons une fréquence dans l'utilisation des procédés de contrôle, cela ne signifie pas que ces procédés défensifs ont été utilisés de la même intensité et fréquence, mais chaque cas est un cas particulier ayant ses propres caractéristiques.

Ces sujets ont pu garder un certain équilibre vital, maintenir une certaine tenue du corps suffisamment équilibrée suite à un traitement médical approprié. Ceci renvoie à dire qu'un sujet bien mentalisé peut être destabilisé par des événements forts, mais son fonctionnement n'est pas désorganisé pour autant, dont il a des capacités à se rattraper.

Dans ce contexte, Pierre Marty affirme qu'une maladie possède en plus de sa valeur négative, une valeur positive chez d'autres, en représentant un palier de réorganisation.

- Les cas appartenant à la seconde catégorie, sont dotés d'une mauvaise mentalisation (névroses de comportement), ils se caractérisent par une absence d'un espace psychique qui joue un grand rôle dans le traitement des conflits, cela en plus d'une pauvreté des souvenirs et une carence fantasmatique par manque d'expressions affectives à travers leur attachement à la réalité concrète tout en vivant dans une actualité permanente.

A partir des résultats du test de Rorschach, nous pouvons avancer que ces sujets présentent une fragilité de l'enveloppe corporelle avec une problématique d'intégrité corporelle et un retentissement sur le sentiment d'identité.

Cette catégorie de patients, se décrit par une faible résistance aux maladies corporelles, étant en rapport avec la nature de leur fonctionnement et la divergence est représentée par les différents moyens par lesquels leurs atteintes corporelles sont manifestées :

- Certains cas se sont accrochés à leurs atteintes corporelle de façon opératoire, mécanique à travers leurs maintiens à toutes les conditions et

conformités de médicaments afin de pouvoir contrôler leur maladie grâce à un soutien de l'environnement qui joue un rôle primordial dans le pare-excitation, sauf que ces patients restent en proie de déséquilibre corporel s'ils subissent d'autres chocs ou traumatismes, en l'absence d'environnement favorable.

- D'autres patients sont exposés à une désorganisation progressive, avec une succession d'atteintes corporelles, souffrants de plusieurs maladies, les induisant parfois à des états d'handicap, dépendance totale, témoignant une fragilité de la tenue du corps.

En effet, nous sommes en face de patients qui présentent une désorganisation progressive, qui a probablement pris naissance dans une dépression essentielle, différents événements traumatiques. Par conséquent, la dépression essentielle dans laquelle entrent la majorité de ces patients est constituée de l'affaiblissement fondamental de l'objet. Une désorganisation progressive se met en place avec cette dépression essentielle ainsi qu'une vie opératoire.

Nous pouvons conclure, selon toute éventualité, que les sujets de cette catégorie, présentent un fonctionnement illustrant une mauvaise mentalisation. La fragilité de leur Moi est nettement représentée par une enveloppe déficitaire en lien avec une désorganisation progressive.

- Le fonctionnement mental des sujets ayant une mentalisation incertaine, se caractérise par une désorganisation marquée par un préconscient très irrégulier, mais sans que la mentalisation soit insuffisante.

Nous avons remarqué des divergences entre les résultats obtenus par le Rorschach et ceux obtenus par le TAT. Au Rorschach, chez quelques sujets, nous signalons une différence entre les processus utilisés pendant la passation marqués par la prédominance des procédés labiles et pendant l'enquête marqués par la présence des procédés labile utilisés en alternance avec des procédés de contrôle. Quant au TAT, nous remarquons une prédominance des procédés labiles.

D'autres sujets, dont le fonctionnement mental est marqué par une désorganisation remarquable, au test de Rorschach présenté par l'utilisation des processus défensifs primaire en lien avec les procédés de contrôle. Contrairement, au TAT, c'est les procédés labiles qui prennent de l'ampleur, puis viennent les procédés de contrôle en seconde position, ce qui nous emmène à parler d'une irrégularité fonctionnelle existante entre l'application des deux tests chez les cas de cette catégorie. Aussi, cette irrégularité apparaît au test du TAT par des planches dont les réponses sont condensées (tel que PL1 et PL2), contrairement aux autres planches qui sont tout à fait restreintes (tel que PL3BM, PL5, PL10), ce qui atteste cette irrégularité.

Ce fonctionnement ne protège pas certains patients de différentes maladies qui se décrivent par quelques atteintes corporelles rencontrées pendant l'enfance, (oreillons, quelques angines répétées et éventuelles atteintes articulaires) pour qu'ils soient

atteints d'une PR à l'âge adulte, chose qui les laisse exposés à des complications de santé physique. En effet, ces sujets sont marqués par une désorganisation corporelle probable dans le cas où ils fonctionnent avec le volet de mauvaise mentalisation, par contre ils ont des capacités à dépasser leurs maladies s'ils réussissent à fonctionner avec le volet de bonne mentalisation.

En effet, nous dirons que les possibilités de résistance aux maladies sont moyennes, en raison de l'irrégularité de leur fonctionnement mental.

Conclusion

Enfin, et nous ne pouvons clore cette thématique de recherche autour de la relation entre la qualité de la mentalisation et l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde et donc son influence sur la capacité de la tenue du corps chez les patients souffrant de cette maladie, sans pour autant nous permettre de présenter les principaux résultats obtenus :

Chez La catégorie des patient ayant une bonne mentalisation, les résultats de chaque cas obtenus au premier test (Rorschach) est compatibles aux résultats du second (TAT) et même s'il y en a une légère différence entre ces cas, cela n'affecte pas leur qualité de mentalisation qualifiée comme bonne. A cet effet, nous pouvons dire que nous sommes en présence d'éléments nous permettant d'inférer une bonne qualité de mentalisation assortie d'un espace imaginaire riche, pouvant parfois faire défaut, mais sans entraver les investissements objectaux et libidinaux du sujet.

Chez la catégorie des patients ayant une mauvaise mentalisation, cette dernière s'avère effectivement défaillante sur le plan de la symbolisation. Les principaux résultats démontrent un évitement du monde des émotions. Par conséquent, les capacités de mentalisation sont faibles chez cette catégorie de patients.

Du point de vue mental, les patients ayant une mentalisation incertaine, sont tous dotés d'un espace psychique qui se caractérise par une irrégularité du fonctionnement, qui se présente à travers un changement dans l'utilisation des procédés défensifs marqués parfois par des processus de labilité et parfois par des processus d'inhibition.

A travers les éléments spécifiant les données de l'entretien clinique de recherche avec les différentes catégories de la qualité de mentalisation des malades polyarthritiques, notamment à travers les protocoles des tests projectifs (Rorschach et TAT), nous soulignons que la polyarthrite rhumatoïde devient réversible chez les patients dotés d'une bonne mentalisation, cette richesse fantasmatique protège le corps de différentes somatisations. Par contre, cette maladie s'évolue jusqu'à induire certains patients ayant une mauvaise mentalisation à des états d'invalidité et d'handicap et donc jusqu'à atteindre un niveau faible de la tenue du corps. Les autres malades dotés d'une mentalisation incertaine, non déterminée, instable, leurs états de santé physiques ainsi que leur niveau de la tenue du corps, dépendent des

fluctuations provoquées par leur fonctionnement mental. Pour autant et pour ne pas rester sur ces résultats quelque peu décevants, nous souhaitons reprendre avec la nécessité qu'a souligné Xardel (2009) « d'instaurer dès le début de la vie une qualité interactionnelle, relationnelle entre l'enfant et son environnement parce que celle-ci se pose alors comme protectrice des éventuelles futures désorganisations soit comportementales soit somatiques ». (Xardel, 2009, p.278). L'auteur confirme que « La mentalisation qui se construit au fil des échanges avec la mère, qui s'appuie sur ses capacités imaginaires, langagières, de subversion libidinale est un des facteurs qui permet de construire et de préserver la qualité du fonctionnement mental face aux aléas de l'existence » (Xardel, 2009 p.278). C'est pourquoi, pour notre part, nous nous rapprochons davantage de ce que propose l'école de Pierre Marty, pour laquelle un des objectifs majeur est de maintenir vivante la relation au sujet et la relation du sujet pour lui permettre petit à petit de dégeler sa vie psychique, émotionnelle.

Bibliographie

- 1- Chabert, C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris, France : Dunod.
- 2-Dadoun, S., Zboulon, K. et Combescure, C. (2013). Mortalité dans la polyarthrite rhumatoïde au cours des 50 dernières années. *Revue de rhumatologie, systématique et méta-analyse*, (11) :139-193.
- 3- Herzlich, C. *Fatigue, rheumatoid arthritis, and anti-tumor necrosis factor therapy: an investigation in 24,831 patients*. J Rheumatol.1969;(11):21 15-48 .
- 4- Marty, P. (1984). A propos des rêves chez les malades somatiques. *Revue Française de psychanalyse*, (5), 1150-1152.
- 5- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte* . Paris, France : PUF.
- 6- Scherpf A, Kaplan C, et al. *A multi-modal MRI study of the central response to inflammation in rheumatoid arthritis*. Nature Communication. Volume 9, numéro 1, p 2243. Juin, 2018.
- 7- Smadja, C. (2001). *La vie opératoire, études psychanalytiques*. Paris, France : PUF- Le fil rouge.
- 8-Smadja, C. (2003). Quelques remarques préliminaires à l'étude psychosomatique des maladies auto-immunes. *Revue française de psychosomatique*, 1 (n° 23), 11-24.
- 9- Xardel, H. (2009). *Névrose, Psychosomatique et Fonctionnement limite*, France