

**Fonctionnement psychique et équilibre psychosomatique
chez des adultes atteints d'hémophilie**

Dr Ali Toudert Nassima ^{1*}

Laboratoire de psychologie clinique et métrique- Université d'Alger 2

Nassima.alitoudert@univ-alger2.dz

Reçu le:13/08/2022

Accepté :06/09/2022

Résumé

L'hémophilie est une maladie hémorragique, héréditaire, chronique et irréversible ; l'hémophile est exposé à de graves complications, d'où le caractère handicapant de cette maladie. Nous avons mené une recherche auprès de 17 adultes hémophiles âgés de 18 à 53 ans, utilisant le Rorschach, le TAT et l'entretien clinique selon l'approche de P Marty. Les résultats révèlent l'existence de diverses organisations psychiques au sein d'une même maladie et que l'étude du fonctionnement psychique n'est pas suffisant pour rendre compte des aménagements économiques et dynamiques mis en œuvre par les sujets pour maintenir leur homéostasie ; les voies de régulations caractérielles, comportementales et somatiques déchargent les excitations inélabores.

Mots clés : Hémophilie, Equilibre psychosomatique, Fonctionnement psychique, Rorschach, TAT.

Introduction

Il s'agit pour nous, dans ce travail de recherche, de tenter de cerner les caractéristiques psychiques et somatiques des adultes atteints d'hémophilie. Il s'agit d'une maladie hémorragique héréditaire de transmission récessive liée au chromosome sexuel (X). Elle est due à une anomalie moléculaire d'une protéine de la coagulation appelée facteur antihémophilique. Elle se manifeste par des hémorragies internes et externes provoquées d'où le

* **Auteur correspondant :** Ali Toudert Nassima, **E-mail :**

Nassima.alitoudert@univ-alger2.dz

caractère handicapant sinon fatal de cette maladie. Les travaux disponibles sur les maladies communément désignées par l'expression «maladies psychosomatiques» ne permettent pas d'expliquer l'économie psychosomatique des hémophiles. D'une part, une grande série de ces travaux est réalisée dans une perspective théorique radicalement différente de la nôtre. Elles ne peuvent donc apporter des réponses à nos interrogations. D'un autre côté, la partie de ces recherches qui s'intègre dans la même perspective théorique que la nôtre est centrée presque exclusivement sur des pathologies acquises, c'est-à-dire qui diffèrent radicalement de l'hémophilie dans la mesure où il s'agit d'une maladie héréditaire.

Si donc ces recherches peuvent servir de point de départ pour nourrir notre réflexion, toute extrapolation des résultats de celles-ci à l'hémophilie devrait être exclue, eu égard aux postulats de base de cette perspective théorique, c'est-à-dire l'économie psychosomatique de P. Marty. Nous connaissons en effet toute l'importance qu'accorde cet auteur au patrimoine avec lequel le petit de l'homme vient au monde et à ces premières relations avec son entourage. Or, c'est bien à ce niveau que l'impact d'une maladie héréditaire se différencie fondamentalement des maladies acquises.

L'un des avantages de la perspective théorique de P. Marty, est son refus de la dichotomie classique psyché/ soma. Elle considère l'individu comme une entité bio-psychologique indissociable dont on ne peut saisir la complexité et les vicissitudes sans se référer à son économie psychosomatique d'ensemble. Rosine Debray (1983) a illustré et vérifié dans ses différents travaux la valeur heuristique de l'hypothèse générale de P. Marty relative aux relations qu'il peut y avoir entre les niveaux de désorganisations somatiques et les capacités d'élaboration mentale. C'est dans cette perspective que nous avons mené, cette recherche sur un groupe de sujets atteints d'hémophilie.

I- Problématique et hypothèses

Le modèle de Pierre Marty est original et unique dans sa conception ; il est en même temps un modèle biologique, moniste, vitaliste et évolutif ; il considère qu'une " maladie somatique, quelle qu'elle soit, ne peut être comprise, et par conséquent traitée, que si elle est rapportée à l'économie psychosomatique générale du sujet qui en est atteint et en particulier aux caractéristiques de son organisation psychique. La maladie en elle-même n'est qu'un signe, un symptôme dont le poids – éventuellement bénin ou au contraire grave, voire même létale – ne peut être apprécié qu'en fonction de

ce qu'est l'individu dans son ensemble, tel qu'il s'est constitué progressivement à travers les avatars de son développement et le déroulement de son histoire." (Debray, 1984, p.101)

Selon Marty, chaque individu possède des ressources ou des potentiels d'ordre mental, pulsionnel, physiologique et héréditaire qui s'articulent dans une économie psychosomatique personnelle. Cette économie varie en fonction du contexte social et des mouvements instinctuels inhérents à l'âge. Ainsi, " les variations de notre économie figurent parmi les signes de notre vie" (1991, p 1). Il a toujours considéré que la frontière entre le fonctionnement psychique et fonctionnement somatique était artificielle et arbitraire. Pour lui, les causalités psychique et somatique sont indissociablement liées en raison de leurs emboîtements dans la chaîne des événements évolutifs. Afin de vérifier l'hypothèse générale essentielle du point de vue psychosomatique qui postule l'existence d'un lien particulier unissant le fonctionnement psychique d'un individu et son fonctionnement somatique, la vie durant, nous avons choisi d'étudier le fonctionnement psychique des hémophiles.

Le choix s'est porté sur des sujets atteints d'hémophilie parce qu'ils présentent un certain nombre de caractéristiques qui méritent d'être signalées. En effet, L'hémophilie est une maladie hémorragique héréditaire de transmission récessive liée au sexe. Les garçons sont atteints, les filles (les femmes) transmettent la maladie sans en être elles-mêmes atteintes ; la tare est en effet transmise par le chromosome X. La maladie est due à une anomalie moléculaire d'une protéine de la coagulation appelée facteur antihémophilique. L'existence de facteurs antihémophiliques A et B permet de distinguer deux types d'hémophilie : hémophilie A et hémophilie B, la première est la plus fréquente (80 à 85%). La maladie est rare, elle touche 1 garçon sur 5000 environ. (Gazengel, 1988) (Jones, 1992).

Les deux formes d'hémophilie se manifestent par des hémorragies internes et externes provoquées. L'hémophile est ainsi exposé à de graves risques somatiques, d'où le caractère handicapant sinon fatal de cette maladie. En effet, l'hémophilie en tant que maladie à caractère définitif et irréversible, confronte l'individu à la mort réelle ; L'hémophile fait l'expérience du manque, de l'insuffisance réelle, sur le plan somatique dès la naissance. Est-ce que ceci implique-t-il effectivement chez lui, une insuffisance sur le plan mental ?

En somme, l'hémophilie est une maladie héréditaire, chronique et irréversible ; l'hémophile est né avec cette maladie, elle est inscrite dans ses

gènes. Il n'y a eu donc aucun processus de somatisation au sens de Pierre Marty ; la maladie ici n'est pas un signe de l'échec de l'écoulement des excitations par la voie mentale ou l'activité sensori-motrice. Quelle est alors, la place de l'hérédité dans l'économie psychosomatique des hémophiles ?

Est-ce qu'on peut considérer cette maladie comme une fixation somatique première ? Est-ce que la maladie ne constituerait pas un point de fixation vers lequel l'hémophile pourrait régresser pour ensuite se réorganiser face à une grande charge d'excitation, quand les voies de la pensée et du comportement font défaut ?

L'objectif de notre étude n'est pas d'expliquer le processus de somatisation chez les hémophiles, mais de relever les caractéristiques de leur économie psychosomatique générale, c'est-à-dire repérer toutes les régulations biologiques, sensori-motrices, caractérielles et bien entendu psychiques qui contribuent au maintien de l'homéostasie.

Selon Marty, quand la pensée et le comportement font défaut ou se trouvent indisponibles face à une charge traumatique donnée, c'est la voie somatique qui est engagée. Dans le cas de l'hémophilie, est-ce que quand la voie somatique est engagée, c'est toujours le symptôme hémophilique qui est mis en avant ? Est-ce que la maladie peut être un moyen de réorganisation ? Dans quelle condition se fait le recours au symptôme chez ces malades ?

Etant donné la défaillance fonctionnelle délimitée (fonction de la coagulation) sur le plan somatique, comment se présenteraient les particularités de l'économie psychosomatique des individus atteints d'une maladie héréditaire "franche", une fois ceux-ci parvenus à l'âge adulte ? Et comment se caractériserait leur organisation mentale qui aurait eu à se constituer sous la pression de cette défaillance ?

Lors de l'accident hémorragique, l'hémophile est traité par des perfusions de plasma ou par des fractions riches en facteur VIII ou en facteur IX. Parallèlement au traitement substitutif, des traitements symptomatiques divers liés à l'hémorragie sont mis en œuvre, tel que le traitement orthopédique dans le cas des hémorragies articulaires (Manicot et al, 1992). Cependant, en l'absence de ces traitements, l'hémophile est constamment exposé au risque de mort. Néanmoins, en dehors des accidents aucun traitement particulier n'est nécessaire si ce n'est l'exercice d'une vigilance constante d'évitement de traumatismes éventuels. Nous sommes donc en présence d'une maladie exigeant une prise en charge médicale, psychologique et sociale continue, laquelle confronte l'hémophile à différents risques de contamination, notamment par le virus de l'hépatite ou par celui du sida.

Si l'on considère que la maladie hémophilique peut prendre la valeur d'un premier "traumatisme" dans la vie d'un hémophile, comment sera-t-il géré par l'individu, que la maladie lui soit révélée ou non ? Peut-on penser que la révélation de ce traumatisme va constituer un traumatisme supplémentaire par rapport à la gêne fonctionnelle qui aura un impact sur l'organisation psychosomatique ? Les divers gènes liés à la maladie hémophilique peuvent-elles prendre la valeur d'un traumatisme ? Comment l'annonce des limitations dans la vie liées à la maladie sera-t-elle gérée par le malade ?

L'hémophilie existe avec différents degrés de gravité ; On distingue quatre catégories : l'hémophilie sévère avec un taux de facteur antihémophilique inférieur à 1%, l'hémophilie modérée avec un taux compris entre 1 et 5%, et l'hémophilie mineure avec un taux compris entre 6 et 24%.

Il existe donc différents niveaux de gravité ; mais sur le plan clinique les médecins soulignent par expérience que le rapport entre le taux d'activité du facteur et la sévérité clinique n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît. Certains garçons, sans activité apparente de leur facteur (hémophilie sévère) ne souffrent jamais de graves hémorragies, tandis que d'autres dont le taux d'activité du facteur peut être modéré rencontrent fréquemment des problèmes. Certains sujets nous ont paru "équilibrés" dans leur vie professionnelle et relationnelle ; la maladie n'entrave pas de façon majeure leur vie, d'autant qu'ils ne souffrent pas d'hémorragies graves et qu'ils disposent d'une bonne prise en charge médicale et d'un bon soutien familial. En revanche, d'autres éprouvent beaucoup de difficultés à s'adapter et à se prendre en charge, à tel point que certains présentent des invalidités physiques. D'autant plus qu'ils ne bénéficient ni d'un bon suivi médical ni d'un entourage en mesure de les prendre en charge.

En définitif, le degré de gravité n'explique pas à lui seul la sévérité ou non de la maladie. Mais alors, quelle est la part du fonctionnement psychique dans ce phénomène ? Varie-t-il en fonction de la sévérité biologique ou en fonction de la sévérité clinique de la maladie ? La nature et la qualité de la mentalisation ne serait-elle pas en relation avec cette contradiction entre la sévérité biologique et la sévérité clinique ? Est-ce que la présence d'un environnement suffisamment favorable peut participer à la réorganisation ?

P. Marty est parvenu à établir une nosographie économique (1976), où il définit dans les grandes lignes, les mouvements évolutifs et contre-évolutifs au cours desquels se déroulent et se révèlent les maladies. Il distingue 4 systèmes économiques fondamentaux : les apparentes inorganisations, les désorganisations progressives, les régressions globales et les régressions

partielles. La confrontation de l'hémophilie à cette nosographie nous a amené à nous poser la question suivante : dans quel système économique peut-on situer cette maladie ?

Selon P.Marty (1976, p. 174) " Les apparentes inorganisations concernent, de manière générale, des états pathologiques dont on rencontre la marque, à différents niveaux évolutifs, chez des personnalités mal structurées. Ces états témoignent d'une insuffisance des organisations fonctionnelles qui découlent normalement de la naissance et de la croissance. (...) Les insuffisances fonctionnelles que nous décrivons dépendent de facteurs héréditaires ou de facteurs de croissances ou des deux types combinés de ces facteurs, dont les effets se répercutent de manière pathologique tout au long de la vie individuelle et frappent cliniquement l'observateur comme s'il était en présence d'inorganisation"

Est-ce que du fait de la précocité de l'apparition de l'hémophilie, du caractère héréditaire et de la chronicité de la maladie, ceci, peut nous laisser supposer que les personnes atteintes se situeraient dans le mouvement des "apparentes inorganisations" et de ce fait présenteraient plus des fonctionnements psychiques où la mentalisation serait le plus souvent défectueuse ?

Il est vrai que certaines de nos interrogations restent théoriques, mais nous voulions mettre en avant la complexité de l'approche psychosomatique des malades somatiques et particulièrement des hémophiles.

Pour tenter de répondre aux questions précédentes, nous proposons d'articuler notre effort de recherche à partir des hypothèses suivantes :

Hy1 : L'hémophilie et la symptomatologie mentale organisée.

Les hémophiles, du fait de la nature de leur atteinte somatique, ne présenteraient pas d'organisation psychique à symptomatologie mentale organisée sur un mode névrotique ou psychotique. En revanche, ils peuvent avoir recours à des défenses mentales multiples, peu opérantes et peu stables et à des défenses relevant du caractère et du comportement dans des proportions variables selon les sujets.

Hy 2 : Variabilité et individualité des organisations psychiques.

Les hémophiles présenteraient une diversité de fonctionnements psychiques. Le poids que représente la maladie hémophilique, quel que soit son degré de gravité sur le plan biologique, serait diversement supporté et diversement géré selon la place qu'elle occupe dans l'économie psychosomatique générale du sujet. Plus le fonctionnement mental sera plus ou moins bien mentalisé, c'est-à-dire doté d'une richesse défensive et fantasmatique constante, plus la

maladie apparaîtra comme circonscrite, assumée et non associée à des maladies graves. Inversement, plus le fonctionnement mental sera mal ou peu mentalisé (altéré), c'est-à-dire présentant une défaillance des mécanismes mentaux et une pauvreté fantasmatique, moins la maladie pourra être prise en charge et risque alors de devenir plus envahissante et inassumable, entraînant des complications précoces et éventuellement, l'apparition de maladies graves associées.

Hy 3 : L'âge des premières manifestations et la qualité de la mentalisation.

Le sujet chez qui l'hémophilie a été diagnostiquée tardivement, c'est-à-dire que les premières manifestations cliniques graves se sont produites tard dans sa vie, celui-ci présenterait un fonctionnement mental plus ou moins bien mentalisé qui aurait eu une fonction défensive protectrice. En revanche, l'hémophile dont la maladie se serait manifestée très tôt, voire à la naissance, pourrait témoigner d'un fonctionnement mental peu ou mal mentalisé.

Hy 4 : L'apport de l'environnement

Etant donné la défaillance fonctionnelle de la coagulation chez l'hémophile, c'est-à-dire la carence avérée de l'une des protéines nécessaires à la coagulation du sang, qui constitue une véritable enveloppe défensive de nature biologique, il semblerait que la disponibilité d'un environnement suffisamment bon qui est capable de prendre en charge l'hémophile sur le plan médical, psychologique, social, matériel et relationnel, pourrait contribuer à maintenir ou à réguler, dans certains cas, son équilibre psychosomatique. Inversement, le manque de suivi médical, le manque de moyen financier, l'attitude et l'anxiété de l'environnement, notamment l'environnement familial, peuvent s'avérer selon les cas inhibant, voir invalidants et de ce fait désorganisant.

II- Méthodologie

Nous avons adopté la démarche clinique étant donné la nature des informations nécessaires pour discuter nos hypothèses qui exige un examen psychologique approfondi de chaque sujet dans sa globalité pour dégager les caractéristiques générales de son équilibre d'ensemble. Les données recueillies ne constituent qu'un aspect de l'équilibre psychosomatique d'ensemble tel qu'il s'est exprimé à nous à un moment précis de la vie de l'hémophile.

Les caractéristiques de la population

Le nombre de sujets évalué est de dix sept (17) adultes atteints d'hémophilie, âgés entre 18 et 53 ans dont 15 hémophiles de type A (13 sévères et 02 mineures) et 02 hémophiles de type B (01 sévère et 01 mineure). 02 sujets seulement sont mariés et les autres sont célibataires. L'âge du diagnostic de l'hémophilie varie entre 4 mois et 44 ans. L'hémophilie est sporadique chez 4 sujets, en revanche les autres connaissent des antécédants familiaux. Leurs niveaux d'instruction est moyen et aucun sujet n'a fait d'études supérieures.

Les outils de recherche

En ce qui concerne le protocole de recherche, nous avons utilisé les techniques projectives, en l'occurrence le *Rorschach* et le *TAT* pour l'évaluation du fonctionnement mental ainsi que *l'entretien clinique semi directif* pour l'appréciation de la qualité de la tenue du corps (la santé actuelle, antérieure, le développement de la maladie et ses complications ; la présence ou pas d'autres maladies) et de la qualité de l'environnement (la qualité des investissements relationnels avec l'entourage, les caractéristiques de l'environnement et la qualité de la prise en charge médicale et familiale, le travail) qui influent sur de l'économie psychosomatique générale de la personne.

Nous commençons par un bref entretien à visée anamnétique pour établir le contact en favorisant un étayage de départ, avant de confronter les sujets à l'aspect non figuratif plus déstabilisant du *Rorschach*. Une reprise de l'élaboration verbale à partir de contenus plus figuratifs était ensuite proposée par le biais du *TAT*. L'entretien clinique semi directif y faisait suite. La passation de l'ensemble de ces épreuves permettait d'acquérir une vision globale du fonctionnement actuel du sujet. Les épreuves projectives s'intègrent tout à fait à l'investigation psychosomatique proposée par Pierre Marty. Comme le souligne C. Chabert (1988, pp. 1-2) " L'utilisation concomitante du *Rorschach* et du *TAT* nous paraît offrir des perspectives extrêmement fécondes dans la mesure où les deux épreuves, par la complémentarité que leur confère une facture différente, permettent de solliciter un éventail de conduites psychique plus large, si bien qu'une analyse plus solide et une exploration plus exhaustive du fonctionnement mental en sont favorisées. En deçà de cet intérêt général, les sollicitations latentes de chacun des deux tests, aujourd'hui clairement dégagées, se révèlent particulièrement significatives dans le champ de la psychosomatique."

Selon C. Chabert (1988), on sollicite dans les épreuves projectives un travail psychique consistant à opérer un compromis entre les contraintes de la réalité extérieure (l'adaptation perceptive) et les pressions du monde interne (représentations et affects). C'est une situation délicate pour les malades somatiques puisque les déséquilibres graves de l'économie psychosomatique ne favorisent pas chez eux l'élaboration psychique. Un fonctionnement mental particulier apparaît chez ces malades avec un surinvestissement de la réalité externe dans ses aspects conformistes et factuels, des conduites de contrôle sur la réalité interne et externe plus ou moins opérantes, et une tendance au désinvestissement du monde interne. Il existe souvent une inhibition majeure de l'activité fantasmatique. Le rassemblement par une théorie commune d'ordre psychanalytique permet de considérer les deux épreuves du TAT et du Rorschach comme complémentaires, l'usage de ces deux tests semblant être particulièrement efficace selon de nombreux auteurs (Chabert, 1987) pour apprécier la « mentalisation » dans le domaine de la clinique psychosomatique.

Nous avons retenu comme définition de la mentalisation, celle qu'en donne R. Debray (1997, p 35), à savoir : « la mentalisation est la capacité – purement humaine – de tolérer puis de négocier voir d'élaborer l'angoisse intra-psychique, la dépression et les conflits intra-psychiques et interpersonnels ». Cette capacité est évidemment variable d'un individu à un autre car il n'existe pas d'appareil mental "standard". Mais elle est également variable chez le même individu selon les moments de la vie car l'organisation psychique ne peut être considérée comme achevée qu'à l'âge adulte, c'est-à-dire au décours de la crise de l'adolescence.

Dans le concept de mentalisation utilisé par P. Marty, il est accordé peu de poids à la réalité externe en tant que telle car ce qui compte avant tout est l'importance de l'excitation et ce qu'elle déclenche au niveau intra-psychique chez le sujet. R. Debray, quant à elle, insiste sur le poids de la réalité externe sachant que la mentalisation ne porte pas seulement sur les conflits intra-psychiques mais aussi sur les conflits interpersonnels.

Pour l'analyse du Rorschach nous avons suivi la méthode de N. Rauch de Traubenberg et al (1976, 1990) complétée par la méthode d'interprétation adoptée par C. Chabert et al (1983, 1999, 2020).

En ce qui concerne l'analyse du TAT, nous avons suivi la méthode des projectivistes français (V. Shentoub et al. 1990) (Brelet-Foulard et al 2019).

III- Résultats

Après l'analyse des entretiens cliniques et des épreuves projectives, nous avons porté pour chaque sujet un diagnostic en référence à la théorie de P.Marty. La tâche était difficile en raison de l'abondance des informations. Il nous a fallu pour chaque sujet apprécier le poids et la vigueur fonctionnelle du fonctionnement psychique et du fonctionnement somatique. Le regroupement des observations n'était pas évident pour une raison simple : Chaque cas est un cas singulier. Mais le choix de constituer des catégories nous permet une lecture plus synthétique des résultats. Bien que nos sujets se caractérisent par des organisations individuelles générales nettement différenciées, aucun hémophile ne présente une structure névrotique ou psychotique symptomatologiquement bien organisé ; ils se situent tous en deçà de ce mode de fonctionnement. Et aucun ne semble appartenir à la catégorie des névroses de comportement. Nous avons donc classé nos sujets en trois groupes suivant les ressemblances qu'ils présentent dans les modalités d'aménagements mentaux.

1^{er} groupe : Des fonctionnements bien mentalisés

Quatre (4) hémophiles de notre population d'étude se situent dans cette catégorie. Ils sont âgés de 23, 28, 39 et 53 ans, trois sont de type A sévère et un seul de type A mineur. Deux sont célibataires et deux sont mariés et père respectivement de neuf (9) et de sept (7) enfants. L'hémophilie est d'origine familiale pour trois d'entre eux et elle est sporadique pour le quatrième. En ce qui concerne l'âge du diagnostic, il varie de 4 ans à 44 ans.

L'analyse des protocoles TAT et des protocoles Rorschach de ces sujets nous permet de conclure que l'un d'eux se rapproche d'une organisation narcissique riche, deux autres possèdent une frange névrotique relativement solide et stable, en revanche, le dernier qui est âgé de 53 le diagnostic n'a pas été aisé à cause d'un état traumatique qu'il vivait au moment où nous l'avons examiné. En effet, nous l'avons rencontré à l'hôpital alors qu'il était hospitalisé depuis quelques jours pour une pseudo-tumeur hémophilique. Ce diagnostic grave allait entraîner une amputation de l'une de ses deux jambes. C'est ce qui s'est produit un mois après notre entretien. Nous avons aussi été contraint à réaliser toute l'investigation le jour même. Nous avons mené jusqu'au bout notre entretien, nous avons passé le Rorschach mais il a refusé la passation du TAT. Il était très agressif à notre égard et ne voulait pas poursuivre "je comprends la passation de ces planches (référence au Rorschach) mais pour cela c'est clair (référence au TAT)..." Nous avons été contraints à arrêter

l'investigation. Cet état de crise nous poussait à être prudents dans nos conclusions par rapport aux possibilités défensives de notre cas surtout qu'il est le doyen de tous les hémophiles, que nous avons eu à rencontrer. Malgré cet état, il semble posséder un noyau névrotique qui l'a aidé à se maintenir vivant jusque-là.

Données du TAT

Les récits sont généralement lisibles, comportant des représentations et des affects nuancés mais souvent contenus par l'inhibition. Cependant le discours est parfois perturbé par les troubles de la syntaxe. Les modalités défensives sont variées ; on retrouve des procédés rigides de type précaution verbale, remâchage et le conflit intra psychique, des procédés d'inhibition de type phobique et des procédés labiles de type réalisation magique du désir et des procédés narcissiques. Il y a une capacité à mentaliser sur le mode du contrôle et à élaborer dans la fantaisie, mais de manière très modérée. Les personnages sont bien différenciés, les identifications sont assez souples et une certaine dynamique relationnelle se développe entre les personnages du récit ; Les sujets ne parviennent pas à mettre en scène toutes les dimensions de la conflictualisation œdipienne et aboutissent encore moins à un dégagement satisfaisant. Ils identifient les personnages mais souvent ils n'élaborent entre eux aucune véritable dynamique relationnelle ou affective quelle que soit sa coloration et qui permettrait de le positionner dans la triangulation œdipienne. Le conflit est abordé mais sa mise en scène est souvent abandonnée dans son cours, il s'ensuit de ce fait une tendance générale à l'aconflictualité et une mise en veilleuse des angoisses.

Les modalités d'expression du fonctionnement mental sont marquées d'une assez forte inhibition, contrairement aux formes d'expressions mentales bien structurées telles qu'on peut l'observer dans les névroses mentales franches. En ce qui concerne les niveaux de problématique exprimés, nous avons constaté que la problématique œdipienne pose problème aux hémophiles de ce groupe dans la mesure où ils montrent des difficultés à mettre en scène une fantasmagorie relevant de ce registre et à se positionner par rapport à des images parentales. La relation hétérosexuelle est difficile à entreprendre et /ou à contrôler ; elle s'empêtre toujours dans une problématique de perte de l'objet. Les problématiques plus archaïques renvoyant à la destruction, la mort, la persécution, etc. sont généralement bien contrôlées et / ou endiguées par l'inhibition, elles n'apparaissent que lorsque celle-ci est levée.

Données du Rorschach

Sur le plan des éléments quantitatifs, la production est variable de 15 à 49 réponses avec une moyenne de (R=27) dans un temps variant de 15' à 1h 40' ; La latence moyenne initiale est supérieure à 15" pour l'un et plus élevée pour les autres (40"), ceci signifie une absence de fuite dans l'interprétation ; nos quatre sujets n'entrent pas immédiatement en contact avec le matériel. Ils consacrent ces temps à la réflexion et à l'élaboration des stimuli présentés.

Par ailleurs, il y a une sensibilité au symbolisme des planches et aux engrammes perceptifs ; L'abord des planches se fait plus sur un mode partiel. Sur le plan de l'activité cognitive, nous notons une réelle possibilité d'intégration, d'élaboration et d'analyse des données.

Au niveau de l'utilisation défensive, nous constatons un recours adapté à la réalité perceptive, extérieur protégeant le sujet des émois ou fantasmes réactivés (niveau moindre pour un sujet qui a connu plusieurs dérapages perceptifs), il y a des capacités d'insertion dans le réel, et un ancrage dans le monde social tout à fait satisfaisant.

Le contrôle, aussi bien perceptif qu'émotionnel est opérant, en témoigne la qualité des réponses formelles et le nombre suffisant des Banalités avec une moyenne de 4.

L'analyse dynamique des productions met en évidence la charge fantasmagorique, pulsionnelle des contenus associés aux modes d'appréhension. Les réponses kinesthésiques sont présentes : au moins une kinesthésie humaine (K) et plusieurs kinesthésies animales (kan) pour chaque sujet. L'éventail défensif varié fait apparaître des mécanismes de type phobique et des procédés à coloration hystéroïde et des procédés de type narcissique. Les refus sont rares, un seul protocole en contient. L'image du corps est intègre et ne focalise pas d'angoisse particulière.

Données de l'entretien

L'entretien clinique nous a aussi permis de repérer quelques éléments du fonctionnement psychique à travers le caractère et le comportement propre à chacun et à travers les intérêts et les préoccupations. Mais l'entretien nous a surtout permis d'évaluer des fonctionnements somatiques (tenues du corps) différentes ; un des sujets présente une meilleure tenue du corps c'est-à-dire que son hémophilie est bien circonscrite et ne souffre d'aucun autre trouble somatique. En revanche, les trois autres présentent des tenues du corps

médiocre, c'est-à-dire que leur hémophilie n'est pas toujours bien intégrée dans leur économie psychosomatique. Ils présentent plus de complications. Nous avons aussi recueilli à travers l'entretien des informations sur l'environnement et l'entourage. Ces informations nous permettent de cerner le rôle et l'apport de l'environnement dans l'équilibre général de chaque hémophile. En effet, face à la même maladie et avec plus ou moins les mêmes capacités d'élaboration psychique, l'intégration de la maladie et son évolution ne se réalise pas de la même manière. Nous remarquons que l'apport de l'environnement est extrêmement important dans la réorganisation ou la désorganisation. Un cas nous a confirmé le côté réorganisant de l'entourage par contre les trois autres -et surtout le plus âgés-, nous ont montré comment l'environnement peut être désorganisant à cause de la méconnaissance de la maladie, de la négligence et de la précarité des moyens.

2^{ème} groupe : Des fonctionnements peu ou mal mentalisés

Nous avons identifié des fonctionnements peu mentalisés chez neuf (9) sujets. Ils sont âgés entre 18 et 26 ans. Ils sont tous atteints d'hémophilie de type A sévère à l'exception d'un cas de type B mineur. L'âge du diagnostic va de 4 mois à 11 ans. L'hémophilie est sporadique chez deux sujets et avec des antécédants familiaux chez les sept autres. La mentalisation se révèle défectueuse mais les manifestations qui engage le caractère et/ou l'accrochage à la réalité externe comble, partiellement, le vide de la scène psychique et se substituent au travail d'élaboration mentale.

Ce groupe peut se diviser en deux sous-groupes, l'un plus inhibé que l'autre. Mais d'une manière générale, nous pouvons résumer les caractéristiques de ce groupe comme suit :

Données du TAT

La lisibilité des récits est souvent médiocre et le discours est fréquemment perturbé par des troubles de la syntaxe (4 cas). Les récits sont très restrictifs, l'élaboration mentale est extrêmement réduite (5 cas).

Les modalités défensives sont pauvres ; Il y a très peu de procédés rigide et labile et on assiste à des dérapages du discours.

L'inhibition se manifeste par de longs silences, des placages, de multiples interventions de l'examineur et surtout par la restriction du récit. Elle s'exprime aussi par le recours à l'agir sous forme de sollicitations d'aides faites à l'examineur ou s'étaye sur des aspects narcissiques en terme d'éprouvés

subjectifs surtout par exemple : "Il est désespéré... il est dépressif, il est choqué". L'inhibition se donne aussi à voir à travers les refus.

La reconnaissance des personnages du récit dans leur identité sexuelle, dans leurs statuts et rôle n'est pas toujours nette, c'est une ambiance anonyme qui semble de plus en plus s'installer dans la dynamique relationnelle, exemple : "homme, femme, enfant, il, elle, être humain ". La mise en relation entre les personnages du récit est souvent évacuée sinon très tenue, et l'affect devient circonstanciel : le sujet va parler de ses propres sentiments devant une situation qu'il a vécue ou à l'éprouvé subjectif non relationnel." Pl.13mf : ici il l'a tué ou bien elle est morte, il regrette, il regrette, il pleure c'est tout ".

La mise en scène du conflit est exceptionnelle ; l'inhibition empêche le sujet d'aborder un conflit et de l'élaborer, quelle que soit sa nature. Les expressions conflictuelles renvoyant au registre œdipien sont rares. Le conflit se profile de manière générale dans les sentiments d'incapacité, la recherche d'un support, des références autobiographiques, des références personnelles.

Les problématiques des planches ne sont pas élaborées étant donné la forte inhibition et l'évacuation des conflits.

Données du Rorschach

Les protocoles sont caractérisés par une faible réactivité et une verbalisation peu fournie. Le total des réponses varie entre 3 et 28 sans associations ; il s'agit d'une énumération de détails.

Le rapport au réel reste satisfaisant mais avec une excessive formalisation. L'implication projective fait défaut : aucune attitude interprétative, absence de participation personnelle ou affective à part peut-être quelques rares expressions d'angoisse.

Nous sommes en face d'un vide : nombreux silences, sobriété des réponses, aspect desséché et non dynamique des productions ; Il y a très peu de Kinesthésies (humaine) même absence dans certains protocoles (3 cas) et très peu de relation mais l'image du corps reste satisfaisante. Plusieurs refus sont enregistrés au niveau des planches VII et IX.

L'imaginaire, la créativité, la sensibilité et l'ouverture au monde extérieur occupent peu de place dans le fonctionnement mental. Très peu d'expression pulsionnelle, s'il y en a, elles sont souvent des expressions pulsionnelles potentielles au sens de Nina Rauche de Traubenberg (1976).

Données de l'entretien

Les entretiens sont d'une manière générale très restrictifs, nous étions poussés chaque fois à intervenir, même si l'entretien était long pour certains (2 cas) il était parsemé de silences. Le discours manquait souvent d'associations. Les sujets ne parvenaient ni à raconter leurs propres histoires personnelles, ni à se projeter dans l'avenir. Certains s'exprimaient dans une voix à peine audible (2 cas) et nous intervenions beaucoup. Par ailleurs, ils parlent très peu de leur entourage, tout est "normal" pour eux, ils évoquent à peine la composition de leurs familles. Ils n'évoquent ni conflits, ni affects. Les sujets qui constituaient ce groupe n'ont pas la même histoire et leur maladie n'a pas évolué de la même manière. Il est vrai qu'un hémophile n'est jamais à l'abri d'une complication de sa maladie, mais l'évolution de ces complications varie d'un hémophile à un autre. Face au même degré de gravité (hémophilie A sévère) à l'exception d'un cas d'hémophilie B mineure, la réaction face à la maladie diffère c'est-à-dire que la qualité de la tenue du corps varie ; en effet elle est bonne chez 2 sujets, médiocre chez 5 sujets et enfin mauvaise chez 2 sujets.

L'analyse de ce groupe nous a permis aussi de connaître la valeur de l'environnement dans le maintien de l'équilibre psychosomatique. En effet, le soutien de l'entourage, l'aisance matériel et la prise en charge médicale précoce ont permis à certains hémophiles (3 cas) de mieux intégrer leurs maladies dans leur équilibre psychosomatique général. Mais l'absence de ces qualités dans l'entourage de deux cas a favorisé la désorganisation sur le plan somatique ; l'environnement n'a pas joué un rôle protecteur. En ce qui concerne les autres hémophiles du même groupe, leur entourage n'a pas toujours été protecteur et pour la plupart les conditions financières étaient souvent précaires. Ceci a probablement engendré des complications plus ou moins graves.

3^{ème} groupe : Des fonctionnements à mentalisation incertaine

Nous avons eu des difficultés à cerner la mentalisation de quatre (4) sujets, âgés respectivement de 20, 22, 23 et 34 ans. Deux sont de type A sévère, un de type A mineure et un de type B sévère. Ce dernier sujet, nous l'avons intégré dans cette catégorie parce qu'il présente un état de débordement dans le sens où il était envahi par sa propre problématique. L'hémophilie est vécue comme traumatique ; son Rorschach et son TAT sont envahis de bout en bout par sa problématique personnelle : la maladie, les hémorragies etc.... Il fait référence à son vécu à toutes les planches.

Pour 2 sujets, nous avons repéré une irrégularité du fonctionnement qui était très claire c'est-à-dire qu'il y a une différence dans les productions données au Rorschach et au TAT. Par exemple un des sujet à mis 1 h 30' dans la passation du Rorschach ; il était très lent mais avec une production moyenne (25 réponses). Par contre au TAT, il a mis beaucoup moins de temps (30'), il ne semblait pas trop réfléchir et la production était très restrictive. Nous avons l'impression que les deux protocoles n'étaient pas produits par la même personne. Pour l'autre sujet, c'est plus la qualité des productions qui était différente ; son Rorschach est plus riche que son TAT. Ce dernier est très inhibé et factuel. L'irrégularité d'un test à un autre est importante. Pour le dernier sujet enfin, c'est plus notre doute et notre incertitude à le situer. Il présente tantôt des possibilités défensives, tantôt c'est le vide. Nous relevons une persévérance importante au Rorschach de la réponse "chauve-souris " et de tout ce qui lui ressemble même dans les planches où elle n'est pas suscitée. Au TAT par contre, cette persévérance n'est pas présente, c'est plus l'évitement qui domine. Il a des difficultés à élaborer l'angoisse, il a recours à des procédés répétitifs mais qui restent inopérants.

Il est très difficile de synthétiser les caractéristiques du fonctionnement psychique à travers les projectifs étant donné que la mentalisation incertaine se présente de différentes manières d'un sujet à un autre.

Les organisations à mentalisation incertaine se caractérisent par des défaillances plus ou moins ponctuelles, plus ou moins transitoires de l'élaboration mentale. Le doute par rapport au fonctionnement est présent à travers l'irrégularité du fonctionnement d'une épreuve à une autre ou d'une planche à une autre.

Dans ce groupe, nous relevons une variété de tenue du corps. La tenue du corps est bonne chez un sujet, médiocre chez 2 sujets et mauvaise chez le dernier.

Il est vrai que les quatre sujets constituant ce groupe présentent des capacités de mentalisation incertaine mais cette incertitude est due pour certains à une incertitude des capacités psychiques et pour d'autres, elle est liée à notre propre doute. Cette appréciation n'a donc pas la même valeur d'un cas à un autre ; elle reste relative. Par exemple, 2 sujets tendent vers la bonne mentalisation par contre les 2 autres tendent plus vers la mauvaise mentalisation. Par ailleurs, nous remarquons que malgré la tendance vers une bonne mentalisation chez le 1^{er} cas qui est un hémophile de type mineur, sa tenue du corps est plus que mauvaise. Ceci peut s'expliquer par la mauvaise prise en charge dont il a été sujet. La méconnaissance de la maladie durant

des années et la démission de l'entourage n'ont pas aidé dans le maintien d'une homéostasie. En ce qui concerne le 2^{ème} cas, malgré ses capacités d'élaborations psychiques qui tendent vers la bonne mentalisation, sa tenue du corps reste médiocre, ceci probablement à cause d'une mauvaise prise en charge médicale et familiale surtout qu'il est le seul hémophile de sa famille "et même de la région "comme il dit lui-même. Mais cet état lui permet malgré tout de travailler et de se prendre en charge. Pour le 3^{ème} cas, son état de santé est bon malgré la tendance de ses capacités psychiques vers la mauvaise mentalisation, il bénéficie d'un apport considérable de la part de sa famille. Le dernier cas enfin, a une bonne tenue du corps mais son entourage est loin d'être le plus favorable.

IV- Discussion

D'une manière générale, il est apparu que le rapport entre fonctionnement somatique et fonctionnement psychique n'est pas linéaire. Les sujets dotés de bonnes capacités de mentalisation ont une bonne tenue du corps (chez 3 cas) à l'exception du plus âgé d'entre eux qui lui présente aujourd'hui une mauvaise tenue du corps alors qu'il a du être en meilleure santé avant, étant donné son âge cinquante trois ans (53). En revanche ceux qui présentent de moins bonnes capacités de mentalisation se caractérisent par une tenue du corps variable ; elle peut être bonne (2 cas), médiocre (5 cas) ou mauvaise (2 cas). Il faut souligner que les hémophiles ne sont pas à l'abri de certaines complications liées à leur maladie. De ce fait l'évaluation de leur tenue du corps n'était pas toujours aisée. Il faut ajouter à cela la particularité de l'environnement de chacun. 82% des hémophiles que nous avons rencontré sont de type sévère ; treize (13) sujets sont de type A et un sujet de type B. L'hémophilie A est plus répandue que l'hémophilie B. En ce qui concerne les hémophilies mineures, elles sont rares dans notre échantillon, elles sont au nombre de trois (3). Bien que notre recherche ne se soit pas centrée sur le degré de gravité, nos résultats nous révèlent que le degré de gravité n'est pas corrélé particulièrement avec le niveau de mentalisation.

L'analyse de nos dix sept (17) sujets nous montre aussi, combien l'apport de l'environnement peut être important dans l'équilibre psychosomatique général des hémophiles. En effet, la plupart des hémophiles qui jouissent d'une bonne tenue du corps bénéficient d'un apport considérable de leur entourage (4 cas). C'est souvent un entourage qui connaît la maladie et qui peut la prendre en charge. Cette observation concerne aussi bien les sujets qui disposent d'une bonne tenue du corps que ceux qui présentent une défaillance de leur

fonctionnement psychique. Pour certain, l'environnement renforce les défenses et pour d'autres, il aide à maintenir l'équilibre. Etant donné que le rapport entre ces deux variables n'est pas toujours linéaire, nous avons constaté que certains hémophiles, bien qu'ils ne bénéficient pas d'un environnement favorable jouissent d'une bonne tenue du corps. C'est le cas de 2 sujets : ils disposent de bonnes capacités psychiques et c'est probablement cette force psychique qui les maintient en assez bonne santé. En ce qui concerne les sujets dont la tenue du corps est médiocre nous relevons quatre cas de figure : Des hémophiles dont le fonctionnement mental est peu mentalisé mais avec un apport de l'environnement assez médiocre (2 cas). Des hémophiles dont le fonctionnement psychique est peu mentalisé avec un environnement défaillant (2 cas). Un hémophile dont le fonctionnement psychique est peu mentalisé avec un environnement suffisamment bon. Des hémophiles dont le fonctionnement est incertain avec un environnement défaillant ou assez médiocre (2 cas). Enfin, pour les hémophiles dont la tenue du corps est mauvaise, nous sommes parvenus à la conclusion suivante : une mauvaise tenue du corps n'est pas toujours synonyme de mauvaise mentalisation. Ce cas de figure est valable pour deux cas dont l'environnement est défavorable. Mais nous retrouvons le cas du plus âgé d'entre eux qui lui est classé dans les bonnes mentalisations avec une mauvaise tenue du corps et une mauvaise prise en charge médicale et sociale. En ce qui concerne le dernier sujet, il présente un fonctionnement incertain et vit dans un environnement défaillant.

Les résultats de cette recherche confirment en grande partie les résultats obtenus par Debray dans son étude sur les diabétiques insulino-dépendants (1983), ainsi que tous les travaux de recherche qu'elle a dirigé dans le cadre de la théorie psychosomatique [F.Seron (1987), Vasconcelos (1992), Pheulpin (1993), Meschke (1985), Legros-Roussel (2005)]. Ils ont montré aussi tout l'intérêt qu'il y a à centrer l'approche psychologique des sujets présentant une désorganisation somatique sur l'étude de leur organisation mentale considérée en tant que sommet de la hiérarchie fonctionnelle de leur unité bio-psychologique et non pas sur tel ou tel aspect de celle-ci.

Discussion de nos hypothèses à la lumière de nos résultats

Hy1 : L'hémophilie et la symptomatologie mentale organisée.

A la lumière des résultats obtenus suite à l'investigation des 17 sujets atteints d'hémophilie, nous ne pouvons que relever l'absence de névrose et de

psychose franche. Nous n'avons pas identifié de tableaux dominés par l'activité mentale et par la symptomatologie mentale positive. En fait, nos sujets appartiennent à la population réputée normale au sens de Marty. Aucun de nos sujets ne présente une névrose ou une psychose symptomatologiquement organisée. En effet, ces dernières présentent une symptomatologie mentale organisée, stable et repérable. Quant à la symptomatologie mentale de nos sujets, elle est peu franche, instable et irrégulière. Malgré la présence d'un noyau névrotique chez quelques sujets, il est souvent inconsistant, peu opérant et ne tient pas une place importante dans leur fonctionnement mental. Leurs modalités d'investissements relationnels, les charges d'angoisse, les éléments conflictuels, s'expriment davantage dans des traits de caractère et dans les décharges comportementales que dans l'espace mental ; et ce dans des proportions variables chez chaque sujet. Notre première hypothèse est de ce fait, confirmée.

Hy 2 : Variabilité et individualité des organisations psychiques.

Aucun des sujets ne présente un fonctionnement psychique ou un équilibre psychosomatique général semblable à celui d'un autre. Chacun présente un niveau de tolérance à l'angoisse, un type d'investissement particulier des objets et des relations, des modalités de désorganisations et une sensibilité spécifique aux péripéties de la vie et aux traumatismes ainsi qu'une intégration toujours unique de son hémophilie et des différentes maladies dans son économie psychosomatique générale. Ainsi chaque personne est singulière dans son fonctionnement et son intégration de la maladie dans l'équilibre général. Au vu des résultats de notre recherche, il apparaît bien que les hémophiles ne présentent pas un fonctionnement psychique spécifique. Ils s'inscrivent en revanche dans des fonctionnements divers dont nous devons néanmoins reconnaître la variété relative pour la population étudiée.

Nos hémophiles se répartissent en des catégories nosographiques larges, aux limites souples, voire s'échelonnent sur un continuum qui résiste à se laisser compartimenter. A l'intérieur des rubriques distinguées, les organisations mentales ont certes en commun des particularités fonctionnelles majeures. Mais celles-ci s'expriment de manière toujours spécifique d'un individu à l'autre. L'économie ou l'équilibre psychosomatique se maintient par le biais de régulations diverses engageant tous les registres de fonctionnement dont dispose l'individu à tel moment de son existence. De multiples facteurs concourent au bon équilibre somatique des hémophiles mais la mentalisation

relativement riche et soutenu constitue un élément non négligeable. Cette conclusion confirme notre deuxième hypothèse.

Hy 3 : L'âge des premières manifestations cliniques et la qualité de la mentalisation.

Cette étude a montré qu'il n'y a pas de corrélation claire entre l'âge des premières manifestations cliniques et la qualité de la mentalisation. Nous avons été d'abord confronté à la difficulté de situer le début réel des manifestations cliniques surtout que l'hémophile né déjà avec sa maladie mais elle peut, plus ou moins, être circonscrite. Il faut ajouter à la difficulté de situer le début réel des manifestations cliniques, la méconnaissance de la maladie par la majorité des familles d'hémophiles que ce soit dans le cas de l'hémophilie familiale ou au contraire sporadique. Cette maladie était complètement inconnue jusqu'à il y a une quinzaine d'année même de la part de la majorité des médecins. Cette donnée nous a empêchés d'avoir des précisions sur les premières manifestations. C'est pour ces raisons que nous avons pris comme critère pour le début des manifestations, l'âge du diagnostic qui peut souligner aussi la connaissance ou pas de la maladie et probablement sa gravité. Nous avons constaté à travers notre recherche une certaine inégalité devant la maladie, ceci pour plusieurs raisons notamment, l'étiologie de la maladie et la singularité des histoires médicales avec leurs phases évolutives particulières. Nous n'avons pas pu établir une relation significative entre l'âge d'apparition, l'étiologie et les caractéristiques du fonctionnement mental. Chaque sujet semble s'organiser selon des lignes structurelles propres et se désorganiser à différents moments de son existence. De ce fait, nous pouvons dire que notre troisième hypothèse ne dispose pas de données suffisantes pour la valider.

Hy 4 : L'apport de l'environnement.

Les apports de l'environnement se situeraient à plusieurs niveaux : Le soutien des proches, leur protection, leur étayage et leur soutien affectif ; La bonne connaissance de la maladie, de ses indications et de ses contre-indications ; La présence de moyens financiers qui aident considérablement à la régulation de la maladie ; L'existence d'un bon suivi médical et d'une bonne médication. Les sujets particulièrement démunis quant à la possibilité d'effectuer un travail psychique s'étayaient ou s'appuient davantage sur l'environnement extérieur surtout du point de vue affectif. Ce dernier constitue une source d'excitation, de stimulations positives qui alimentent un fonctionnement mental ayant constamment tendance à s'épuiser, faute de vie intérieure fantasmatique. L'entourage familial exerce également un rôle pare-excitant.

Il supplée ainsi à la fonction défaillante du système préconscient ou de l'instance que représente le Moi. Quand l'individu atteint un certain degré de maturation et d'intégration, le moi «prend le relais de la fonction maternelle ». Les apports, les soutiens (relationnels, narcissiques, chimiothérapies,...) peuvent contre-investir la déficience constante ou transitoire de la fonction défensive du Moi. De ce fait, ils constituent les éléments régulateurs extérieurs de l'économie psychosomatique.

Chez les sujets insuffisamment mentalisés, il ne s'agit guère d'un appétit relationnel mais d'un étayage sur un mode relationnel, d'allure anaclitique. Ces individus vivent dans une étroite dépendance vis-à-vis des objets privilégiés avec lesquels s'établit une relation de «protecteur- protégé ». L'objet, le cadre de vie privilégiée doivent rester à proximité. En plus du fait que l'entourage peut apporter un étayage et une protection, il peut également apporter des facilitations financières. Nous savons que l'hémophilie exige un traitement très coûteux et une prise en charge médicale continue donc la présence ou l'absence de moyens financiers a un impact considérable sur l'évolution et la gestion de la maladie. Notre recherche nous a conduit à une conclusion selon laquelle, la présence de moyens financier et matériel, participent considérablement à réguler l'économie psychosomatique de certains hémophiles. C'est le cas d'un des sujets dont le père est pharmacien et qui a eu la chance d'être suivie en France dans des centres spécialisés. Cette observation nous a permis de comprendre comment les ressources personnelles, c'est-à-dire les capacités d'élaboration mentale et les ressources matérielles peuvent contribuer à l'équilibre général des hémophiles.

Nous avons également repéré une autre variable susceptible d'influer sur l'évolution de la maladie ; il s'agit de la connaissance ou de la méconnaissance de la maladie et de ses exigences. En effet, les parents ou les proches d'hémophiles qui méconnaissent complètement la maladie ne sont pas parvenus à prendre en charge leurs fils ; il y a eu très souvent de la négligence. L'analyse de nos 17 cas nous montre que chaque fois que la qualité de l'environnement était bonne, la qualité de la tenue du corps est bonne (dans 4 cas). Mais chaque fois que la qualité de l'environnement était qualifiée de mauvaise ou médiocre, la tenue du corps est plus souvent mauvaise (4 cas) à médiocre (5 cas) exception fait pour 2 cas chez qui la tenue du corps est bonne sans que l'environnement soit favorable. C'est probablement dû à leurs bonnes capacités psychiques. Une autre exception pour un cas chez qui la tenue du corps est médiocre bien que l'environnement soit bon, ceci malgré une mauvaise mentalisation. Cette conclusion nous permet de mettre en

exergue l'importance de la mentalisation et de l'environnement dans l'équilibre psychosomatique général. Il est clair que ces résultats restent insuffisants pour généraliser, mais ils nous permettent d'être plus attentifs à ces aspects dans nos évaluations psychologiques à venir.

Pour conclure, nous pouvons dire que les apports de l'environnement, la qualité de la mentalisation favorisent une meilleure intégration de l'hémophilie dans l'équilibre psychosomatique générale. L'analyse de nos 17 observations étaye cette position et valide notre quatrième hypothèse.

Conclusion

De manière générale, les résultats de cette recherche confirment les hypothèses générales de P. Marty. En effet, les hémophiles que nous avons examinés ne présentent pas un fonctionnement mental uniforme ; nous sommes en présence d'une variété de fonctionnements mentaux, chaque sujet présente un fonctionnement d'une grande singularité. Les sujets examinés se répartissent en des catégories nosographiques larges qui s'échelonnent sur un continuum allant des bons niveaux aux plus bas niveaux de mentalisation. L'équilibre psychosomatiques des patients composant cette population se maintient par le recours à des régulations diverses engageant tous les registres de fonctionnement dont peut disposer l'individu à tel ou tel moment de son existence, qu'il s'agisse des régulations qui empruntent la voie royale, c'est-à-dire l'élaboration psychique dans ses différentes modalités ou des voies plus courtes économiquement moins dégageantes, c'est-à-dire le recours au caractère, au comportement et à la somatisation.

L'apport de l'environnement, en tant que support pour faire face aux nécessités de la vie, joue un rôle fondamental dans le maintien de l'équilibre psychosomatique des hémophiles. Il est indéniable qu'un environnement faste est nécessaire pour l'amélioration de l'équilibre psychosomatique de cette population, ceci aussi bien pour gérer les désorganisations somatiques liées à l'hémophilie que pour prévenir leurs apparitions. Il faut cependant ajouter que les patients ne tirent pas profit de la même importance de l'étayage offert par l'environnement. Comme on pouvait s'y attendre, ce sont les sujets les mieux pourvu sur le plan de l'élaboration psychique qui non seulement profite le plus de l'aide apportée par l'environnement, mais qui réussissent le mieux à la susciter.

Les résultats de cette recherche permettent aussi une observation de la plus haute importance, c'est sans doute là la conclusion la plus pertinente. Il s'agit du problème des fixations somatiques. En effet, nous avons constaté, à travers l'analyse de nos résultats, que les hémophiles sont très rarement sujets à d'autres maladies somatiques en dehors des complications de leur pathologie – l'hémophilie – et des affections contractées suite aux traitements de celle-ci. Autant que nous puissions juger à la lumière des résultats de nos investigations, aucun des hémophiles examiné à l'occasion de cette recherche ne présente, ni n'a présenté au cours de sa vie, une maladie associée grave ou irréversible qui sort du cadre des complications attendues et connues de l'hémophilie. Nous n'avons trouvé chez eux ni cancer, ni diabète, ni pathologies cardiaques... Dans ces conditions, ne pourrait-on pas penser qu'il puisse y avoir une fixation somatique qui oriente potentiellement cette population vers certaines désorganisations somatiques plutôt que vers d'autres ? Cette fixation jouerait alors le rôle d'une voix d'écoulement du trop d'excitation inélaborable sur le plan mental, protégeant, de ce fait, cette population des autres types de désorganisations somatiques.

Conclusion in english

In general, the results of this research confirm the general hypotheses of P. Marty. In fact, the hemophiliacs we examined do not present a uniform mental functioning; we are in the presence of a variety of mental functionings, each subject presents a functioning of great singularity. The subjects examined fall into broad nosographic categories that range along a continuum from good to poor levels of mentalization.

The psychosomatic balance of the patients composing this population is maintained by the recourse to various regulations engaging all the registers of functioning which the individual can have at such or such moment of his existence, whether they are regulations which take the royal road, the psychic elaboration in its various modalities or shorter roads economically less releasing, the recourse to the character, the behavior and the somatization.

The contribution of the environment, as a support for coping with the necessities of life, plays a fundamental role in maintaining the psychosomatic balance of hemophiliacs. It is undeniable that a healthy environment is necessary to improve the psychosomatic balance of this population, both to manage the somatic disorganizations related to hemophilia and to prevent

their appearance. It should be added, however, that patients do not benefit to the same extent from the support offered by the environment. As might be expected, it is the subjects who are better equipped in terms of psychic elaboration who not only benefit the most from the help provided by the environment, but who are also the most successful in obtaining it.

The results of this research also allow for an observation of the utmost importance, and this is undoubtedly the most relevant conclusion. This is the problem of somatic fixations. In fact, we have observed, through the analysis of our results, that hemophiliacs are very rarely subject to other somatic diseases apart from the complications of their pathology - hemophilia - and the diseases contracted as a result of its treatment. As far as we can tell from the results of our investigations, none of the hemophiliacs examined in this study has had, or has had in the course of his life, a serious or irreversible associated disease that falls outside the expected and known complications of hemophilia. We found no cancer, diabetes or heart disease in any of them. Under these conditions, could we not think that there could be a somatic fixation that potentially orients this population towards certain somatic disorganizations rather than others ? This fixation would then play the role of an outlet for the excess of unelaborable excitation on the mental level, thus protecting this population from other types of somatic disorganizations.

Références

1. Brelet-Foulard, F. Chabert, C. Azoulay, C. (Dir) (2019). *Nouveau manuel du TAT, Approche psychanalytique*. Dunod, Paris.
2. Chabert, C. Louët, E. Azoulay C. & Verdon B. (Dir) (2020). *Manuel du Rorschach et du TAT : Interprétation psychanalytique*. Dunod, Paris
3. Chabert, C. (1999). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Collection psychismes, Dunod, Paris.
4. Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Dunod, Paris.
5. Chabert C. (1988), Les méthodes projectives en psychosomatique, in Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 6, 37400D10, 4p
6. Debray, R. (1983). *L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques*, Dunod, Paris.
7. Debray, R. (1984). Organisations psychiques chez les diabétiques insulino-dépendants : Apport du TAT. *Psychologie Française*, 2.9, 101-103.

8. Debray, R. (1997). *Clinique de l'expression somatique*. Delachaux et Niestlé, Collection champs psychanalytiques, Paris.
9. Gazengel C. (1988). Hémophilie. Eorc, Paris, 13 021 - B10
10. Jones P. (1992). *L'hémophilie et la vie*. Ed. Frison Roche, Paris
11. Legros-Roussel S. (2005), Fonctionnement psychique et économie psychosomatique de jeunes adultes atteints de mucoviscidose, Thèse de Psychologie clinique, Université Paris-5.
12. Manicot C., Judes N. Favereau E. (1992). L'hémophilie aujourd'hui. *Revue de l'infirmière*, N°1, 23-27.
13. Marty, P. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris, P.U.F.
14. Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psycho- somatique* Tome 1, Payot, Paris.
15. Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique. Désorganisations et régression. Les mouvements individuels de vie et de mort*. Tome 2, Payot, Paris.
16. Marty, P. (1991). Genèse des maladies grave et critère de gravité en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, PUF, 1, 5-21.
17. Marty, P., Nicolaïdis, N. (1996). *Psychosomatique, pensée vivante*. L'esprit du temps, collection : perspectives psychanalytiques, Paris.
18. Marty, P. (1992). *La psychosomatique de l'adulte*. PUF. Collection : Que sais-je. Paris.
19. Meschke, M. (1985). *L'individu psychosomatique en milieu hospitalier, perspective d'application de la notion de d'économie psychosomatique de P. Marty*. Thèse de doctorat 3^{ème} cycle. Université Paris V.
20. Pheulpin, M.C. (1993). *Asthmologie : un regard de psychologue clinicienne*. Thèse de doctorat 3^{ème} cycle. Université Paris V.
21. Rausch de Traubenberg, N. (1976). *La pratique du Rorschach.*, P.U.F. Paris.
22. Rausch de Traubenberg, N., Bloch-Laine, F., Boizou, M-F., Duplant, N., Martin, M., Poggionovo, M-P., (1990). Modalité d'analyse de la dynamique affective au Rorschach- grille d'analyse de la dynamique affective. *Revue de psychologie appliquée*, vol. 40, n°2, p. 245-258.
23. Seron, F. (1987). *L'économie psychosomatique des transplantés rénaux*. Une tolérance immunologique, une tolérance psychologique ? Thèse de doctorat 3^{ème} cycle. Université Paris V.
24. Shentoub, V. et al. (1990). *Manuel d'utilisation T.A.T Approche psychanalytique*. Dunod, Paris.

25. Vasconcellos, D. (1992). *Sida : aménagements défensifs chez des sujets homosexuels séropositifs*. Thèse de doctorat 3ème cycle. Université Paris V.

References in english :

1. Brelet-Foulard, F. Chabert, C. Azoulay, C. (Dir) (2019). *New TAT manual, Psychoanalytical approach*. Dunod, Paris.
2. Chabert, C. Louët, E. Azoulay C. & Verdon B. (Dir) (2020). *Rorschach and TAT manual: Psychoanalytical interpretation*. Dunod, Paris
3. Chabert, C. (1999). *The Rorschach in the adult clinic. Psychoanalytical interpretation*. Collection psychismes, Dunod, Paris.
4. Chabert, C. (1998). *Psychoanalysis and projective methods*. Dunod, Paris.
5. Chabert C. (1988), Projective methods in psychosomatics, in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 6, 37400D10, 4p
6. Debray, R. (1983). *Psychosomatic balance. Mental organization of diabetics*, Dunod, Paris.
7. Debray, R. (1984). Psychic organizations in insulin-dependent diabetics: Contribution of the TAT. *Psychologie Française*, 2.9, 101-103.
8. Debray, R. (1997). *Clinic of somatic expression*. Delachaux & Niestlé, Collection champs psychanalytiques, Paris.
9. Gazengel C. (1988). *Hémophilie*. Eorc, Paris, 13 021 - B10
10. Jones P. (1992). *Hemophilia and life*. Ed. Frison Roche, Paris
11. Legros-Roussel S. (2005), Psychological functioning and psychosomatic economy of young adults with cystic fibrosis, Thesis in Clinical Psychology, University of Paris-5.
12. Manicot C., Judes N. Favereau E. (1992). Hemophilia today. *Revue de l'infirmière*, N°1, 23-27.
13. Marty, P. (1963). *Psychosomatic investigation*. Paris, P.U.F.
14. Marty, P. (1976). *The individual movements of life and death. Essay on psychosomatic economy*. Volume 1, Payot, Paris.

15. Marty, P. (1980). *The psychosomatic order. Disorganizations and regression. The individual movements of life and death.* Volume 2, Payot, Paris.
16. Marty, P. (1991). Genesis of serious illnesses and criteria of seriousness in psychosomatics. *Revue française de psychosomatique*, PUF, 1, 5-21.
17. Marty, P., Nicolaïdis, N. (1996). *Psychosomatics, living thought. The spirit of time*, collection: psychoanalytical perspectives, Paris.
18. Marty, P. (1992). *Psychosomatics of the adult*. PUF. Collection: Que sais-je. Paris.
19. Meschke, M. (1985). The psychosomatic individual in the hospital, environment application perspective of the notion of psychosomatic economy of P. Marty. Doctoral thesis, 3rd cycle. University of Paris V.
20. Pheulpin, M.C. (1993). Asthmology: a clinical psychologist's view. Doctoral dissertation, 3rd cycle. Université Paris V.
21. Rausch de Traubenberg, N. (1976). *The practice of the Rorschach*, P.U.F. Paris.
22. Rausch de Traubenberg, N., Bloch-Laine, F., Boizou, M-F., Duplant, N., Martin, M., Poggionovo, M-P., (1990). Modality of analysis of affective dynamics in the Rorschach- grid of analysis of affective dynamics. *Revue de psychologie appliquée*, vol. 40, n°2, p. 245-258.
23. Seron, F. (1987). The psychosomatic economy of kidney transplant patients. An immunological tolerance, a psychological tolerance? Doctoral dissertation, 3rd cycle, University of Paris V.
24. Shentoub, V. et al. (1990). *Manual of use T.A.T. Psychoanalytical approach*. Dunod, Paris.
25. Vasconcellos, D. (1992). AIDS: defensive arrangements in HIV-positive homosexual subjects. Doctoral dissertation, 3rd cycle. University of Paris V.

**Psychological functioning and psychosomatic balance
in adults with hemophilia**

Dr. Ali Toudert Nassima ¹

**Laboratory of Clinical Psychology and Metrics -University of Algiers ¹
Nassima.alitoudert@univ-alger2.dz**

Abstract

Hemophilia is a hereditary, chronic and irreversible bleeding disease ; the hemophiliac is exposed to serious complications, hence the disabling nature of this disease. We conducted a study of 17 adults with hemophilia, aged 18 to 53 years, using the Rorschach, the TAT and the clinical interview according to the approach of P Marty. The results reveal the existence of various psychic organizations within the same illness and that the study of psychic functioning is not sufficient to account for the economic and dynamic arrangements implemented by the subjects to maintain their homeostasis. Character, behavioral and somatic regulation channels discharge unelaborable excitations.

Keywords: Hemophilia, Psychosomatic balance, Psychological functioning, Rorschach, TAT.

السير النفسي والتوازن السيکوسوماتي لدى الراشدين المصابين بالهيموفيليا
د. علي تودرت نسيمه¹

¹ مخبر علم النفس العيادي والقياسي - جامعة الجزائر 2

Nassima.alitoudert@univ-alger2.dz

ملخص

الهيموفيليا مرض نزفي وراثي ومزمن لا رجعة فيه. يتعرض المصابون بالهيموفيليا لمضاعفات خطيرة، ومن هنا تأتي الطبيعة المعوقة لهذا المرض. أجرينا بحثاً على 17 بالغاً مصاباً بالهيموفيليا تتراوح أعمارهم بين 18 و 53 سنة، قمنا باستخدام التقنيات الاسقاطية لختبار الروشاخ واختبار تفهم الموضوع (Rorschach و TAT) والمقابلة العيادية النصف موجهة وفقاً للخلفية النظرية السيکوسوماتية لبيار مارتى P Marty. تكشف النتائج عن وجود تنظيمات نفسية مختلفة داخل نفس المرض وأن دراسة السير النفسي ليست كافية لتفسير المسارات التنظيمية الاقتصادية والديناميكية التي يلجأ إليها المريض لتحقيق التوازن السيکوسوماتي العام. فتؤدي المسارات التنظيمية الطبيعية والسلوكية والجسدية إلى تفرغ الإثارة التي يتعذر ارضائها.

الكلمات المفتاحية: الهيموفيليا ، التوازن السيکوسوماتي ، السير النفسي ، الروشاخ ، اختبار تفهم الموضوع (TAT).