

# L'approche psychosomatique en dermatologie.

## Le point de vue d'une psychanalyste.

**RÉSUMÉ :** Les maladies cutanées altèrent la peau, un organe visible et touché, fondamental de la vie de relation. En outre, les liens entre la peau et les systèmes neuro-immunitaire et endocrinien sont extrêmement étroits. Ces caractéristiques favorisent particulièrement une approche psychosomatique des maladies cutanées. Cette approche est réalisée par de nombreux praticiens et souhaitée par beaucoup de malades. Elle prête néanmoins le flanc à de nombreuses approximations, ambiguïtés et dérives. Le terme "d'approche psychosomatique" demande donc à être défini de façon précise et consensuelle. Une démarche rigoureuse, utile pour les malades et pour la communauté médicale, sera ainsi favorisée.



→ Sylvie G. CONSOLI  
Dermatologue et psychanalyste

La peau n'est plus considérée comme une enveloppe inerte, elle est, bien au contraire, reconnue comme un organe vital fondamental de la vie de relation. La peau, située à la limite du corps, constitue une enveloppe sensible à la frontière du monde extérieur et du monde intérieur de l'individu. D'ailleurs, toutes les cellules de la peau, y compris les cellules immunitaires, sont en contact avec les fibres nerveuses présentes dans la peau, produisent des neuromédiateurs et ont des récepteurs à ces molécules. En outre, toutes les cellules cutanées ont des récepteurs pour toutes les hormones connues libérées dans le flux sanguin par des organes spécifiques sous le contrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire (par exemple, les hormones dites du stress, cortico- et médullosurrénales) [1].

Cette peau réelle est dans un lien métaphorique avec une structure psychique fantasmatique qui joue à la fois le rôle de limite de l'espace psychique, mais aussi de contenant de cet espace et de lieu d'échanges entre le monde extérieur

et le monde intérieur, psychique du sujet. Ainsi, quand un sujet rougit, il craint bien souvent que, dans ces conditions, ses pensées intimes ne se dévoilent aux yeux des autres. La peau est l'organe du toucher, dont elle est le support et le contenant, et un organe visible. Elle est liée à la beauté et à la séduction. Facilement accessible, elle peut être embellie, rajeunie, parée mais aussi attaquée.

À tous les âges de la vie, de la naissance à l'extrême vieillesse, en passant par l'adolescence, la peau occupe une place fondamentale dans la construction d'un sujet toujours en devenir, et dans la préservation d'un équilibre somatopsychique harmonieux et dynamique. D'ailleurs, sur la peau de chaque individu s'inscrivent les traces visibles ou invisibles de ses liens avec ses premiers objets, de sa filiation, de son appartenance socioculturelle et/ou religieuse, de son identité, des divers traumatismes qui ont jalonné sa vie, du temps qui passe. La peau est aussi le lieu de naissance, grâce aux échanges tactiles précoces, de la tendresse, de la sensualité,

## REVUES GÉNÉRALES

### Psychosomatique

du plaisir, de la sexualité. Ces échanges tactiles se tissent d'abord avec le personnage maternel et s'associent aux autres échanges, comme ceux autour du regard principalement.

La peau participe donc pleinement et constamment aux relations professionnelles, sociales, amicales, intimes et sexuelles. Lorsque la peau se transforme, s'altère, est malade et/ou douloureuse, l'attention à soi, aux autres et au monde en est bouleversée. Ainsi, plus que tout autre organe, la peau renvoie au sujet tout entier [2].

**Les maladies cutanées** altèrent le toucher, elles sont visibles et bouleversent donc la vie de la relation. Elles sont en outre très souvent chroniques. Leur visibilité a favorisé, depuis la nuit des temps et dans toutes les civilisations, le fait qu'elles soient considérées, entre autres, comme les marques de l'inexplicable, du surnaturel, du Mal. De nos jours, toute transformation, altération ou maladie cutanée renvoie encore aux catégories du visible et du caché, et peut raviver ou faire surgir le fantasme selon lequel la peau, lorsqu'elle est atteinte ou prise en défaut, montre, dévoile ce qui aurait dû rester caché, contenu dans l'espace psychique et qui, faute d'un contenant suffisamment efficace, risque de s'étaler sur la surface cutanée, aux yeux de tous. Ainsi, toute atteinte cutanée peut altérer l'image que le sujet a de lui-même et qu'il désire donner aux autres. Une profonde blessure narcissique, c'est-à-dire une dévalorisation de l'image de soi accompagnée d'une atteinte de l'estime de soi et du sentiment de sécurité interne, apparaît et ce d'autant plus si le sujet était déjà fragile sur le plan narcissique avant même le début de sa maladie cutanée. La peau est par conséquent à la croisée de deux mondes portés par deux regards : social, celui des autres, de la réalité externe, et celui de la réalité psychique, de l'intimité, du secret, de l'inconscient, du sexuel. C'est pourquoi la honte, affect lié à la nudité, au dévoile-

ment, à l'exhibition, à la sexualité, à la pudeur, est régulièrement associée aux altérations et maladies cutanées, et ce à tous les âges de la vie [3].

Ces faits expliquent, au moins en partie, combien les maladies cutanées chroniques (comme le psoriasis, par exemple) peuvent être aussi invalidantes que d'autres maladies somatiques chroniques réputées plus graves et entraîner des scores de dépression comparables, voire plus élevés que ces dernières (diabète, hypertension artérielle, maladies rhumatologiques, par exemple) [4, 5]. Cette problématique liée à la fragilité narcissique est particulièrement à l'œuvre à l'adolescence, période de transformations corporelles et psychiques importantes, subies passivement et qui s'affichent souvent sur la peau qui perd alors sa fonction contenante. Ces transformations fragilisent l'image de soi, le narcissisme et le sentiment d'identité. Pour ces raisons, à l'adolescence, il n'y a pas de maladie cutanée bénigne.

**L'approche psychosomatique**, autrement dit la prise en compte de la dimension psychologique des maladies dermatologiques, a toujours existé, même si au début de notre histoire on parlait d'âme plutôt que de psychisme et de divinités plutôt que de facteurs psychologiques [6]. Actuellement, au sens strict du terme, l'approche psychosomatique revient à tenter de mettre en relation la survenue et l'évolution des maladies dermatologiques comportant des altérations biologiques objectivables avec des facteurs psychologiques, c'est-à-dire des événements vécus, des facteurs de stress, des caractéristiques de la personnalité ou de l'environnement social de l'individu [7]. Différentes études (en particulier dans le psoriasis et la dermatite atopique) pointent le nombre élevé et la complexité des facteurs étiologiques et des mécanismes biologiques en jeu dans les maladies cutanées lésionnelles, à la fois génétiques et environnementaux (le stress y

figurant en bonne place), aboutissant à un dérèglement immunitaire lui-même aussi complexe. Une telle approche est applicable à toute maladie cutanée et on n'a donc plus tendance de nos jours à faire des listes de maladies cutanées qui seraient "psychosomatiques" en les distinguant d'autres maladies cutanées qui ne le seraient pas : la dermatologie psychosomatique concerne désormais des maladies aussi diverses que l'acné, le pemphigus, le psoriasis, le mélanome malin, la dermatite atopique, le lupus disséminé, la pelade...

Dans un sens plus large du terme, l'approche psychosomatique insiste sur la façon dont le médecin va considérer le sujet malade, quelle que soit la maladie ou la plainte cutanée en cause. Une telle approche comporte toujours la prise en compte du rôle des facteurs psychosociaux dans le déclenchement ou les poussées des diverses maladies cutanées, mais aussi la prise en compte des répercussions sur la qualité de vie et l'équilibre psychique des malades souffrant d'une maladie cutanée (et des associations psychiatriques de ces dernières). L'approche psychosomatique comporte également une réflexion sur la relation médecin-malade, d'autant plus nécessaire que beaucoup de maladies cutanées posent les problèmes des maladies chroniques : l'altération de la qualité de vie, le retentissement psychique et la non-observance. Une telle approche globale du malade dermatologique est aussi importante et nécessaire pour les malades souffrant de troubles somatoformes cutanés (anciennement appelés "troubles fonctionnels") ou de troubles des conduites qui prennent la peau pour cible (trouble factice aussi appelé pathomimie, trichotillomanie...) ou d'idées délirantes qui s'expriment au niveau de la peau (délire d'infestation cutanée ou préoccupations esthétiques délirantes...).

**Les malades**, rencontrés par les psychiatres, les psychologues et/ou psychanalystes qui s'aventurent en terre

médicale ou les dermatologues et les divers praticiens concernés par une approche psychosomatique, parlent souvent d'un sens symbolique de leur maladie ou du rôle de leurs difficultés à exprimer par la parole pensées et affects dans la survenue de leur maladie, ou bien encore d'un lien possible entre leur maladie et un événement de leur vie. Chacun de ces praticiens doit donc s'interroger sur sa façon d'accueillir, d'écouter, de répondre aux recherches étiologiques des malades, ainsi que sur ce que lui-même contribue à transmettre aux malades, aux familles de malades, aux différents soignants rencontrés, au grand public, aux médias. Cela est d'autant plus vrai que les différentes théories psychosomatiques psychanalytiques auxquelles les praticiens se sont référés – et se réfèrent encore actuellement de façon plus ou moins explicite – influent considérablement sur la façon de considérer le déclenchement de la maladie somatique, d'aborder le malade et de le traiter, psychologiquement au moins. Or, les théories psychosomatiques psychanalytiques balancent principalement entre deux positions théoriques :

>>> Un courant qui privilégie le modèle conversionnel de la maladie somatique lésionnelle : la maladie aurait un sens, une valeur symbolique. Elle exprimerait un conflit intrapsychique. La maladie cutanée serait une métaphore à déchiffrer comme le symptôme de conversion hystérique (et cela serait favorisé par le caractère visible des maladies cutanées). C'est rassurant : la maîtrise est assurée, la régression à la pensée magique est possible, le mystère des origines est levé [8]. L'écueil d'une adhésion sans critique à cette théorie serait de trouver du sens à toute maladie somatique, d'énoncer des interprétations peu fondées qui, au bout du compte, empêcheraient le patient de penser.

>>> L'autre courant de pensée est prôné par les psychanalystes de l'École psychosomatique de Paris. Chez les malades

susceptibles de développer une maladie somatique, il y aurait une incapacité à penser un événement apportant un afflux massif d'excitations et donc débordant les capacités de penser du patient : c'est-à-dire à inscrire cet événement dans une chaîne d'association d'idées et à y associer des représentations, des images avec les affects correspondants. Il existerait une personnalité dite psychosomatique associant pensée opératoire (factuelle, rationnelle, sans lien entre les différentes représentations, sans digression, sans note affective, sans image verbale), relation blanche (pas d'affects exprimés dans la relation médecin-malade), réduplication projective (difficulté à se distinguer du modèle social habituel : "ce qui m'arrive arrive à tout le monde") [9]. Différentes études pointent la plus grande fréquence d'alexithymie (concept forgé par le psychiatre américain Peter Sifneos et proche de la pensée opératoire [10]) chez les sujets souffrant d'une maladie cutanée (psoriasis, vitiligo, pelade...) par rapport à un groupe contrôle, associée d'ailleurs à un support social pauvre et à un attachement évitant [11]. Mais, ces constatations sont loin d'être retrouvées fréquemment en pratique. Les écueils à une adhésion sans critique à cette théorie sont nombreux. On peut citer celui de lier "personnalité psychosomatique" ou même "pensée opératoire" et maladie somatique et d'envisager une causalité linéaire à toute maladie somatique, celui de fonctionner en miroir pour le psychiatre et/ou psychanalyste en devenant lui-même opératoire et celui de laisser du sens errer sans pouvoir instaurer un véritable processus psychanalytique.

Par ailleurs, les études épidémiologiques à propos du rôle d'un événement de vie dans le déclenchement des maladies dermatologiques, de leurs poussées ou de leurs récurrences, sont nombreuses mais le plus souvent rétrospectives et peu rigoureuses. Elles sont toujours difficiles à interpréter. Deux remarques sont importantes à faire à ce propos :

un événement de vie ne peut pas être considéré indépendamment de la personnalité et de l'histoire du sujet qui le traverse et, deuxièmement, la confusion est fréquente entre lien de causalité et lien chronologique.

Quant au sujet malade, toujours vulnérable, il risque d'adhérer facilement aux différentes hypothèses psychopathologiques pouvant expliquer la survenue de sa maladie dermatologique. En effet, tout sujet confronté à la maladie, événement d'abord incompréhensible et toujours injuste, va chercher le pourquoi et le sens de cette maladie qui le frappe. C'est une façon de "reprenre la main" dans une situation où il se sent particulièrement passif et impuissant. C'est ainsi que des croyances, alimentées par différentes hypothèses psychopathologiques, se répandent dans le grand public, comme quoi, par exemple, puisque "c'est psychologique" le malade est responsable de sa maladie somatique. Ou bien, puisque "c'est psychologique", la psychanalyse seule pourra le guérir. On peut être effrayé de constater ce que sont devenus les concepts des différentes théories psychosomatiques (sans oublier qu'une théorie est une hypothèse et un outil de travail) et s'interroger sur la responsabilité de tous les praticiens sur les dérives observées.

**Tout psychanalyste** est, bien sûr, attentif au sens que le sujet trouve à la survenue de sa maladie cutanée. Ce sens, qui apparaît lors du travail analytique et parfois au cours de la rencontre avec un dermatologue, renseigne avant tout sur la façon dont le sujet malade vit, traite et combat sa maladie. Ces démarches sont inséparables de l'histoire du sujet, de sa personnalité, de ses mécanismes de défense psychiques. Néanmoins, ce sens trouvé est à distinguer de la cause de la maladie somatique et ne révèle pas une quelconque vérité. D'ailleurs, le psychanalyste, comme tout autre praticien, doit savoir tolérer la suspension de sens, l'attente d'un sens toujours en devenir,

## REVUES GÉNÉRALES

### Psychosomatique

#### POINTS FORTS

- ➔ Les maladies cutanées lésionnelles chroniques (telles que le psoriasis) peuvent être aussi invalidantes que d'autres maladies somatiques chroniques réputées plus graves et entraîner des niveaux de dépression comparables et même plus élevés que ces dernières (diabète, hypertension artérielle, maladies rhumatologiques, par exemple).
- ➔ Au sens strict, l'approche psychosomatique tente de mettre en relation la survenue et l'évolution des maladies dermatologiques comportant des altérations biologiques objectivables avec des facteurs psychologiques, c'est-à-dire des événements vécus, des facteurs de stress, des caractéristiques de la personnalité ou de l'environnement social de l'individu.
- ➔ Au sens le plus large, l'approche psychosomatique comporte la prise en compte du rôle des facteurs psychosociaux dans les diverses maladies ou plaintes cutanées, mais aussi la prise en compte des répercussions de ces dernières sur la qualité de vie et l'équilibre psychique des malades ainsi qu'une réflexion sur la relation médecin-malade.
- ➔ Tout sujet malade est vulnérable et risque donc d'adhérer facilement aux différentes hypothèses psychopathologiques pouvant expliquer la survenue de sa maladie dermatologique.
- ➔ Pour tout praticien engagé dans le suivi d'un malade dermatologique, il est nécessaire de prendre conscience des enjeux de la relation médecin-malade et, en particulier, des sentiments déclenchés par le malade chez le médecin (ces sentiments appelés "sentiments contre-transférentiels" sont plus ou moins inconscients et peuvent être la source de contre-attitudes délétères pour le malade).

l'énigme irréductible au cœur de tout événement de vie et de tout sujet [12].

**D'autres praticiens** que les psychanalystes réalisent, bien sûr, une approche psychosomatique rigoureuse. Une telle approche peut, en effet, être nourrie par de nombreuses autres disciplines comme, par exemple, l'épidémiologie et la psycho-immunologie. De même, elle peut faire appel à d'autres techniques thérapeutiques que la psychanalyse ou la psychothérapie psychanalytique comme, par exemple, les thérapies cognitives et comportementalistes (TCC), l'hypnose, les diverses approches corporelles (la relaxation), sans parler de la prescription parfois indispensable d'un psychotrope. Le choix du type d'approche à réaliser pour apprécier la dimension psycholo-

gique de la maladie cutanée et la thérapeutique à mettre en œuvre dépend du praticien, du malade et des caractéristiques de sa maladie cutanée. Certaines démarches peuvent évidemment être associées ou se succéder dans le temps, potentialisant ainsi leurs effets respectifs. Cependant, l'un des enseignements majeurs de la psychanalyse pour tous les praticiens est le suivant : la nécessité, pour tout praticien engagé dans le suivi d'un malade dermatologique, de la prise de conscience des enjeux de la relation médecin-malade et, en particulier, des sentiments déclenchés par le malade chez le médecin (ces sentiments, appelés sentiments contre-transférentiels, sont plus ou moins inconscients et peuvent être la source de contre-attitudes délétères pour le malade).

Enfin, il faut insister sur le fait que l'approche psychosomatique, souvent réalisée quotidiennement par des praticiens qui ne se revendiquent pas comme psychosomatiques, se fonde sur l'écoute, l'accueil de l'autre et de sa souffrance, quel que soit son mode d'expression, l'empathie et surtout sur la capacité – tout particulièrement dans les maladies dermatologiques si souvent chroniques – à s'étonner, à être surpris, inventif et à accepter d'apprendre de tous, malades et collègues. Bref, au sein de toute relation médecin-malade, c'est la créativité des deux partenaires qui est sollicitée ainsi que le plaisir d'exercer le métier de dermatologue.

#### Bibliographie

1. MISERY L. Dermite atopique et psychisme. *Ann Dermatol Venerol*, 2005;132:112-115.
2. ANZIEU D. Fonctions du Moi-peau. *L'Information psychiatrique*, 1984;60(8):869-875.
3. Collectif. La peau, scène de la honte. *PUF*, 2012.
4. DEHEN L, TAIEB C, MYON E *et al.* Symptomatologie dépressive et dermatoses. *Ann Dermatol Venerol*, 2006;133:125-129
5. GUPTA MA, GUPTA AK. Psychiatric and psychological co-morbidity of patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*, 2003;4:833-842.
6. CONSOLI SG. De la psychodermatologie à la dermatologie psychosomatique, in "La dermatologie psychosomatique", sous la direction de Wallach D et Tilles G. *Privat*, 2002:137-143.
7. PIRLOT G. Modèles actuels en psychosomatique. *EMC Elsevier Masson*, "Psychiatrie", 2007 [37-400-C-10], p. 1-16
8. JADOULE V. Tout est psychosomatique : même pas vrai ! *Eres*, 2005.
9. MARTY P, DE M'UZAN M. La pensée opératoire. *Rev Fr Psychia*, 1963;27:345-355.
10. SIFNEOS PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 1973;22:255-262.
11. PICARDI A, PASQUINI P, CATTARUZZA MS *et al.* Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. A case-control study. *Psychother Psychosom*, 2003;72:150-158.
12. Consoli SG. Croire ou ne pas croire... in "Psychosomatique : y croire ou pas". *Psy Fr*, 2006;37:19-28.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.