

PSYCHODERMATOLOGIE

Résumé

En psychodermatologie (relation entre fonctionnement psychique et maladies de peau), les cliniciens mentionnent la plupart du temps le Moi-peau de Didier Anzieu comme une référence incontournable. Après un aperçu de la pratique d'inspiration psychanalytique, l'utilisation du concept de Moi-peau dans une situation clinique sera développée.

Psychodermatologie et moi-peau

La psychodermatologie traite des relations entre dermatologie et psychiatrie ; il s'agit d'une approche psychosomatique spécifique aux affections de la peau. Trois domaines sont habituellement distingués, le retentissement psychique des dermatoses, les troubles psychiques avec expression dermatologique, et les dermatoses avec composante psychosomatique, mais en pratique ces distinctions ne sont pas si claires. Comme dans les autres domaines psychothérapeutiques, différentes approches existent, et l'apport des neurosciences est d'un grand intérêt.

Neurobiologie cutanée

La peau et le système nerveux proviennent du même tissu embryonnaire, l'ectoderme. Plus tard, ces deux systèmes seront nettement différenciés, mais ils conservent des liens étroits. Une vingtaine de neuromédiateurs communs à la peau et au cerveau ont été décrits, et les recherches ont montré que non seulement les cellules cutanées ont des récepteurs pour les neuromédiateurs provenant du système nerveux, mais qu'elles peuvent elles-mêmes produire des neuromédiateurs et agir sur les cellules nerveuses. La sérotonine est l'un de ces neuromédiateurs communs. Les systèmes immunitaire et endocrinien sont aussi impliqués, et l'on parle du système neuro-endocrino-immuno-cutané. Le rôle du stress, des troubles du sommeil ou de la dépression sur la peau s'explique par la sécrétion perturbée des neuromédiateurs communs, amenant aux processus de vasodilatation, d'inflammation, d'hyperséborrhée ou de troubles de la pigmentation (Pomey-Rey, 1999).

Pratique psychodermatologique d'inspiration psychanalytique

Il s'agit de psychothérapies d'inspiration psychanalytique, réfléchies spécifiquement dans le cadre d'affections dermatologiques, et intégrées dans le suivi global du patient. Dermatologue, puis psychiatre et psychanalyste, Pomey-Rey a créé en 1974 la première consultation en titre de psychiatre-psychanalyste, dans le service de dermatologie de l'hôpital Saint-Louis à Paris. La dermatologie était alors très marquée par l'abord descriptif des lésions et l'anatomopathologie. La prise en charge proposée est double, dermatologique et psychanalytique, triple si un tiers se charge d'une prescription de psychotropes.

L'investigation comporte un ou deux entretiens et une série de tests projectifs, qui servent à préciser la problématique et à motiver le patient à entreprendre une démarche psychothérapeutique en l'intéressant à son fonctionnement inconscient.

Si une symptomatologie dépressive est diagnostiquée, Pomey-Rey insiste sur son traitement systématique, le plus souvent avec un antidépresseur sérotoninergique, en raison des découvertes récentes autour du système neuro-immuno-cutané résumées précédemment. S'il y a une indication, une psychothérapie d'inspiration psychanalytique en face à face est proposée, principalement axée sur les rêves.

A partir de son expérience clinique, Pomey-Rey (1992, 1999) tire certaines généralisations :

- L'événement déclenchant la dermatose est du domaine de la perte : deuil, séparation, perte d'un emploi, déménagement, etc. Cette perte renvoie à une séparation traumatique précoce, souvent oubliée consciemment.

Consoli (2003) fait les mêmes observations.

Il me semble que ce déplacement de la psyché sur la peau d'affects archaïques comme la détresse, la peur ou la rage consécutive à l'abandon correspond à la notion d'hystérie archaïque proposée par McDougall (1989).

- Dans certaines affections, notamment le psoriasis et la pelade, elle décrit des traits de caractère et une problématique spécifiques très souvent retrouvés, par exemple le caractère introverti, le refoulement de la colère et le manque du père dans le psoriasis.

Pomey-Rey insiste sur deux éléments de la psychothérapie, le face à face et les rêves.

Le face à face

Pour Pomey-Rey, le regard du thérapeute pour les patients dermatologiques « c'est le regard de la bonne mère, le regard d'une personne aimée [...] » (Pomey-Rey, 1992, p. 32). Ce regard a donc une valeur réparatrice, et peut « remplacer la peau contre peau et les échanges affectifs qui ont cruellement manqué à ce niveau » (*ibid.*, p. 63).

Selon Consoli, les soins psychiques dispensés par le psychanalyste s'appuient sur un cadre thérapeutique sécurisant, ainsi que la parole, l'intonation de la voix, un sourire, une attitude. Ces soins psychiques ramènent au bain de paroles et aux mimiques accompagnant les soins maternels. « Une séance de psychothérapie analytique comme un bain, un bain de paroles, un bain de tendresse est parfois un préalable indispensable à la construction d'une solide assise tendre. C'est en s'appuyant sur une telle assise que certains patients parviendront à déployer ultérieurement, dans le jeu transféro-contre-transférentiel entre eux-mêmes et leur psychanalyste, des mouvements érotiques et haineux qui pourront alors, en temps voulu, être interprétés au sein d'un véritable travail analytique » (Consoli, 2003, p. 256).

Elle rejoint les propositions d'Anzieu : « [...] si nous avons affaire à des patients qui souffrent de failles importantes du Moi, de carences de certaines fonctions psychiques, ou dont le besoin de trouver dans leur entourage précoce des Moi auxiliaires n'a pas été satisfait dans l'enfance, il est préférable, voire indispensable, qu'ils retrouvent avec

l'analyste, en plus du dialogue verbal, l'échange visuel, la communication par la mimique et la posture qui ont été insuffisamment exercés autrefois » (Anzieu, 1991, p. 69).

Les rêves

Pomey-Rey (1992) a observé chez ses patients un blocage des possibilités de sublimation, processus de transformation des pulsions pour qu'elles deviennent vivables, mais une capacité de rêver conservée, contrairement à ce qui est souvent décrit chez les somatisants.

L'association libre sur les rêves permet au patient de progressivement mieux maîtriser ses émotions violentes, angoisse, colère, issues du passé, de la relation à l'entourage maternant. Ce travail de mise en mots a aussi pour effet de réparer une carence très souvent retrouvée chez ses patients : celle du père physique et symbolique ; en effet, en raison d'un père disparu, malade ou inconsistant, l'enfant n'a pas pu sortir « du corps à corps avec la mère pour entrer dans celui des mots –métaphorisé par la relation au père » (Pomey-Rey, 1999, p. 141).

Chez Anzieu (1995, 1999), le rêve a un rôle de reconstruction quotidienne de l'enveloppe psychique : il répare la nuit ce qui, du Moi-peau, s'est laissé endommager le jour, par les stimuli exogènes et endogènes. Le contenu du rêve peut également montrer quelles fonctions du Moi-peau sont menacées ou en échec, un rêve de chute ramenant par exemple à la fonction de maintenance.

Pour Dejours, le fait de rêver ou pas et surtout de se souvenir ou pas de ses rêves, est un élément crucial de santé physique et psychique. Il estime que le rêve mémorisé est non seulement une voie royale d'accès à la connaissance de l'inconscient, mais qu'il a aussi une fonction « organisatrice de l'inconscient et de la structuration de l'appareil psychique » (Dejours, 2003, p. 71). Il est en même temps témoin et constructeur de l'inconscient, processus par lequel le sujet évolue. Le surgissement de rêves au cours d'une psychothérapie « doit être considéré non seulement pour le matériel psychique qu'il offre au psychanalyste, mais pour le témoin qu'il est d'une activité psychique en mouvement et structurante pour le sujet. Le rêve est le moyen de l'évolution psychique » (*ibid.*).

Gauthier (2001) propose d'évaluer l'imaginaire, le rêve et ses équivalents éveillés, mais aussi l'intérêt que le patient porte à ses rêves et à sa vie intérieure.

Cet intérêt porté aux rêves contribue donc au processus psychothérapique de diverses façons.

- S'intéresser aux rêves du patient et à ses équivalents éveillés, lui montrer ainsi que ses productions internes sont dignes d'attention, a pour effet de relancer l'investissement du patient pour ce monde intérieur qu'il avait souvent fini par négliger. Et le fait de s'intéresser d'avantage à cet imaginaire, de retenir ses rêves en les notant, d'être à l'écoute de sa vie intérieure, est un facteur d'évolution et d'assouplissement psychique.
- Le rêve est en lui-même un matériel à interpréter : selon Pomey-Rey, il permet de mettre en évidence la colère rentrée, les émotions violentes issues du passé ;

Anzieu propose d'interpréter les éléments du rêve selon la fonction du Moi-peau déficiente en jeu.

- Le rêve servira finalement de base associative ; cela est très important pour des patients qui semblent au départ pauvres au niveau de leur imaginaire et que l'on pourrait trop vite considérer comme opératoires.

Consoli observe que « les affections dermatologiques chroniques peuvent aussi induire la mise en réserve de toute une dimension subjective et de ressources imaginaires plus ou moins élaborées, sans que pour autant une quelconque défaillance structurale d'un tel espace imaginaire puisse être incriminée comme donnée de fond [...] » (Consoli, 1985, p. 20).

Consoli (2003) et Gauthier (2001) insistent également sur l'importance de ne pas penser le patient en termes de carence ou de manque, ce qui empêche d'aller plus loin dans la compréhension de son fonctionnement et de son histoire.

Histoire clinique

La patiente est une jeune femme de 21 ans ; elle est adressée par son dermatologue en raison d'un eczéma d'apparition récente, qui ne répond pas aux traitements locaux classiques. Il suit la patiente pour ce problème depuis deux mois. Elle avait tout d'abord refusé de voir un psychiatre.

Lors du dernier rendez-vous, et uniquement après avoir interrogé la patiente, le dermatologue a compris que l'eczéma était apparu un mois après le décès subit de son père.

A seize ans, alors qu'elle se trouvait en première année d'école d'infirmière et ne s'y plaisait pas, elle présente son premier épisode dépressif ; elle se souvient aussi que ses parents parlaient de se séparer.

Deux ans plus tard, nouvel épisode dépressif, avec des manifestations gastro-intestinales au premier plan, qui entraînent son hospitalisation en milieu hospitalier. Elle perd plus de dix kilos en quelques mois. Le généraliste demande l'aide du Centre médico-psychologique de sa région.

La psychiatre du Centre se souvient d'une jeune femme très agissante, mal identifiée (sports et habillements de garçon), avec très peu de capacités de verbalisation. Elle la considérait comme une hystérique. Elle a axé son travail sur une aide à la verbalisation, ainsi qu'à l'identification à des figures maternelles et féminines valables. Elle décrit en effet la mère comme très malade psychiquement.

La patiente estime de son côté que ce suivi psychothérapique l'a aidée par rapport aux troubles du sommeil et à la gestion du stress, ainsi qu'à prendre des décisions grâce aux conseils d'une personne extérieure à la famille.

La mère souffre depuis l'adolescence de boulimie avec vomissements, et d'un trouble dépressif récurrent. Lorsque le diagnostic d'anorexie a été évoqué pour sa fille, la mère

lui parla pour la première fois de sa boulimie. Elle considère encore aujourd'hui que sa fille est anorexique, bien que ce diagnostic n'ait pas été retenu.

Le père présentait de son côté depuis des années une dépendance à l'alcool, peu bruyante, tolérée à son travail, et assez longtemps par l'épouse, avec des répercussions somatiques menant à ce décès subit.

La patiente habite depuis peu avec son ami ; ils sont ensemble depuis cinq ans et ont le projet de se marier cette année et d'avoir rapidement un premier enfant, malgré leur jeune âge.

La patiente a une sœur de deux ans son aînée, en fin d'études universitaires, et qui habite encore à la maison avec la mère. La relation avec cette sœur semble placée sous le signe de l'indifférence, les sœurs s'adressant à peine la parole lorsqu'elles se voient. La sœur s'entendrait mieux avec la mère. La patiente s'est toujours sentie plus proche de son père, qui la soutenait dans ses choix, et à qui elle arrivait à se confier. Le père ne parlait jamais de son enfance, et n'avait plus de contacts avec sa famille d'origine.

La famille de la mère est beaucoup plus liée, mais peu nombreuse. La patiente sait aussi très peu de choses au sujet de l'enfance et la jeunesse de sa mère : elle s'est mariée vers vingt ans, a eu des difficultés à concevoir ses enfants, et n'a pas pu en avoir trois comme elle le souhaitait. Elle a toujours travaillé à temps complet, et change souvent et facilement de place.

De son côté, elle effectue une scolarité très moyenne après laquelle elle entre sans conviction dans une école d'infirmières, où elle ne se sent pas capable de répondre aux exigences qu'elle juge trop élevées. C'est à cette époque qu'elle présente son premier épisode dépressif. Elle fera finalement un apprentissage dans un autre domaine. Elle a connu d'importantes difficultés relationnelles dans sa première place d'apprentissage, avec la patronne et quelques collègues femmes, et présente alors son deuxième épisode dépressif. Elle s'est heureusement mieux intégrée dans sa deuxième place, se sentant acceptée et appréciée par le patron, une connaissance de la famille.

Au terme de son apprentissage, elle ne trouve pas de place de travail dans son canton. Elle connaît alors quelques mois de chômage, dont elle garde un très bon souvenir, se retrouvant seule toute la journée avec son père alors en arrêt-maladie, et partageant avec lui le quotidien.

Actuellement, elle n'est à nouveau pas à l'aise au travail : en plus des conflits avec les collègues, elle ne se sent plus soutenue par le patron, qui s'était montré très compréhensif dans les jours qui avaient suivi le décès du père, mais qui tolère aujourd'hui moins ses arrêts de travail répétés.

L'ami actuel est la première relation sentimentale sérieuse de la patiente. Ils se sont connus à l'âge de quinze ans. Elle le décrit comme un homme solide, terre-à-terre. Elle apprécie son côté soutenant, simplement par sa présence et le fait qu'il ne réfléchit pas trop loin, ainsi que le fait de partager les mêmes goûts et les mêmes activités.

La patiente a une allure peu féminine, avec un léger excès pondéral, souligné par des habits ajustés, voire moulant pour le pantalon. Elle ne parle pas spontanément, et doit être interrogée constamment. Elle décrit alors précisément les événements concrets, de façon enfantine, mais peine à décrire son ressenti.

Depuis quatre mois (un mois après le décès du père), elle a commencé à se sentir très fatiguée, avec reprise des troubles gastro-intestinaux qu'elle a déjà présentés dans le passé (brûlures d'estomac, nausées) et apparition pour la première fois d'un eczéma localisé aux quatre membres. Elle a eu ensuite des troubles du sommeil, avec difficultés d'endormissement, et réveil très précoce à la suite duquel elle n'arrive plus à s'endormir, sans pensées spéciales. Elle se sent souvent angoissée, surtout le soir ou la nuit.

Elle se décrit aussi comme très nerveuse et irritable, surtout au travail : elle est intérieurement en rage et injurie en elle ses collègues. Elle exprime rarement sa colère, et est plutôt décrite par son ami comme une personne calme et renfermée. Elle se sent triste lorsqu'elle pense à son père et à tout ce qu'ils partageaient ; elle a depuis son décès très peur de perdre encore un être proche, surtout sa mère.

Au niveau alimentaire, le poids est stable, et la prise de nourriture ne semble pas perturbée. Cependant, la patiente semble se considérer comme souffrant de troubles alimentaires et surtout d'anorexie.

La patiente frappe d'emblée par sa façon de se tenir sur sa chaise, le dos voûté, tassée, comme si sa colonne vertébrale n'était pas assez solide. Intérieurement, elle manque aussi d'appui : elle s'écroule avec des manifestations dépressives ou anxieuses à la moindre forme d'abandon, que ce soit une absence momentanée de son ami ou le manque d'attention de ses supérieurs. Elle dit d'ailleurs avoir besoin dans ses moments anxieux de la présence physique de son ami, un corps contre lequel s'adosser.

Elle doit aussi se vêtir d'habits serrés pour se sentir « bien dans sa peau ».

Les épisodes dépressifs se présentent essentiellement avec une symptomatologie somatique importante ; l'expression des affects est fortement réduite, la patiente est incapable de préciser comment elle se sent mal, si des pensées sont associées ; elle ne s'intéresse pas à sa vie imaginaire, et ne se souvient plus de ses rêves depuis des années. Les affects et conflits ne peuvent être métabolisés et exprimés par la voie psychique, et sont déplacés sur le corps.

La patiente veut donner l'impression de tout gérer elle-même, insiste sur son indépendance par rapport à sa famille depuis qu'elle a emménagé avec son ami. Ces affirmations contrastent avec sa façon très enfantine de s'exprimer et de vivre les événements relationnels. Elle attend de sa mère ou des collègues féminines plus âgées du soutien, des marques d'approbation et d'affection ; déçue et frustrée, elle leur attribue sa propre agressivité et avidité, leur reprochant de la jalouser par rapport à sa féminité (mariage, habillement, projet d'enfant).

Le fonctionnement psychique de la patiente n'est pas complètement séparé de celui de sa mère (et probablement du père de son vivant, substitut maternel partiel) : on dirait

que les symptômes dépressifs et surtout alimentaires sont communs aux deux, de façon indifférenciée.

Dans la relation avec l'ami, la patiente recherche aussi cette sorte de symbiose, où les deux ont exactement les mêmes goûts, les mêmes loisirs, et les mêmes avis.

Du côté du thérapeute

Je me suis sentie très sollicitée émotionnellement, de façon assez contrastée :

- J'étais touchée par cette jeune femme au passé que je jugeais carencé affectivement, et qui venait de perdre son papa, me sentant alors investie d'un rôle d'appui, maternant et réparateur.
- En même temps, j'avais envie de me dérober, me sentant débordée par sa demande de m'occuper d'elle justement comme d'un nourrisson, globalement.
- Je pouvais aussi être très irritée et découragée devant l'imperméabilité de la patiente à mes tentatives de mettre du sens.
- Finalement, j'ai pu ressentir de la rivalité devant cette jeune femme ne doutant pas du tout de ses capacités d'être mère, alors que ça n'était pas si simple pour moi, et une insécurité, voire de l'angoisse à l'évocation de son envie d'enfant : comme si j'étais cet enfant, confronté au vide de sa mère.

Éléments théoriques

Le Moi-peau

Le psychanalyste Didier Anzieu a été attentif au corps réel du patient dans le dispositif analytique. Il estimait que « du temps de Freud, le refoulé, c'était ce qui, du psychique, se rapportait au sexe », avec le modèle de l'hystérie pour comprendre et interpréter les symptômes corporels, et qu'avec la libération des mœurs et le fait que le sexuel n'est plus tabou, « le refoulé, aujourd'hui, c'est le corps, le corps sensoriel et moteur » (Anzieu, 1991, p. 63).

Alors que la psychanalyse s'est surtout intéressée aux contenus psychiques, il a posé la question du contenant psychique, dans sa pratique avec des patients états-limites ou narcissiques, chez qui cette fonction est très détériorée.

Anzieu a été stagiaire psychologue dans un grand service de dermatologie, où il faisait passer des tests de Rorschach à des patients souffrant d'eczéma. Il a alors une première intuition encore vague du Moi-peau. Il reprend l'hésitation de Spitz quant à l'interprétation de l'eczéma : « La réaction de l'enfant sous forme d'eczéma peut être soit une demande adressée à la mère pour l'inciter à le toucher plus souvent, soit un mode d'isolement narcissique en ce que, par l'eczéma, l'enfant se procure lui-même dans le domaine somatique les stimuli que la mère lui refuse » (Anzieu, 1995, p. 56). Les carences anciennes des contacts avec le corps et la peau de la mère amèneraient-elles à des maladies dermatologiques typiques, et par opposition, les surstimulations de la peau à d'autres atteintes dermatologiques ?

Dans son livre *Le Moi-peau*, il formule l'hypothèse que « la gravité de l'altération de la peau (qui se mesure à la résistance croissante offerte par le malade aux traitements chimiothérapeutiques et/ou psychothérapeutiques) est en rapport avec l'importance quantitative et qualitative des failles du Moi-peau » (*ibid.*).

Anzieu désigne sous le nom de Moi-peau une « figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (*ibid.*, p. 61).

Il attribue au Moi-peau plusieurs fonctions, analogues aux fonctions biologiques de la peau, dont les plus importantes en clinique sont :

- La fonction de maintenance, qui se développe par l'intériorisation du holding maternel, c'est-à-dire la façon décrite par Winnicott dont la mère soutient le corps du bébé.
- La fonction de contenance des contenus psychiques que sont les affects, les pulsions ou les pensées, qui s'étaie sur le handling maternel, soit les soins du corps du bébé, l'allaitement, le bain de paroles accompagnant les gestes de la mère.
- La fonction de constance : pare-excitation ou barrière protectrice, surface entre le dedans et le dehors, qui régule le passage des stimulations externes et le niveau des pulsions internes.
- La fonction de signifiante : surface d'inscription et de communication.
- La fonction d'individuation.

Les carences d'une fonction amènent à des configurations différentes du Moi-peau : dans la fonction de contenance par exemple, le Moi-peau peut être vécu soit comme une carapace rigide, empêchant toute entrée ou sortie, soit comme perméable et troué, le Moi-peau passoire.

L'enfant est enveloppé par les soins maternels, et dans ce peau à peau, Anzieu décrit le fantasme de l'enfant d'avoir une peau commune avec la mère. Cette peau commune aurait deux feuillets, l'un externe, l'entourage maternant, et l'autre interne, la peau du bébé. L'écart progressif entre ces deux feuillets va permettre à l'enfant d'acquiescer un Moi-peau qui lui appartient. L'interdit du toucher, qui précède l'interdit œdipien, et qui ne concerne pas que la sexualité, permet à l'enfant de se dégager de ce contact maternel devenu trop proche et d'abandonner cette peau commune.

La peau séparée comporte encore deux feuillets, mais inversés : l'enveloppe qui était externe (monde maternant) est intériorisée et devient le monde interne de l'enfant, l'enveloppe de signification ; l'enveloppe qui était interne (la peau du bébé) se retrouve enveloppe externe, l'enveloppe d'excitation.

La séparation complète requiert donc l'effacement de cette peau commune, et des fantasmes de peau meurtrie ou arrachée peuvent apparaître ; en clinique dermatologique, de l'eczéma peut apparaître lors d'une séparation précoce d'avec la mère.

Les étapes menant au fantasme de la peau commune, puis à cette double enveloppe, dont les feuillets sont séparés, peuvent être perturbées et amener à des configurations troublées telles que la double enveloppe du narcissique (la sienne unie à celle de la mère), l'enveloppe distordue de l'état-limite. Dans d'autres cas, l'absence d'écart entre l'enveloppe externe et interne ne permet pas le libre jeu nécessaire à l'expérience fantasmatique, menant à la pensée opératoire décrite dans les pathologies psychosomatiques ; l'entourage maternant retrouvé dans l'histoire de ces patients est souvent marqué par l'indifférence, que ce soit dû à une dépression, à des problèmes conjugaux ou à une autre raison. André Green parle de mère morte, mais Anzieu préfère mettre l'accent sur l'indifférence de la mère : « Une mère indifférente est une mère qui empêche la différenciation de s'effectuer, qui empêche le principe de différenciation de fonctionner » (Anzieu, 1999, p. 72).

La pensée et les concepts théoriques d'Anzieu sont complexes, mais il me semble qu'il propose une véritable démarche d'investigation : repérer la configuration que prend le Moi-peau et ses fonctions déficitaires, puis essayer, en reprenant l'histoire du patient, de rattacher chaque déficit dans la constitution de ce Moi-peau à des troubles spécifiques dans la relation précoce entre l'enfant et l'entourage maternant.

Le travail psychothérapeutique découle ensuite des déficits mis en évidence : si par exemple la fonction de contenance est insuffisante, le thérapeute devra, avant tout, par son attitude, ses paroles, rétablir un minimum de continuité du Moi-peau.

Le psychanalyste, également soumis à cet interdit du toucher, devra « trouver des mots qui soient des équivalents symboliques de ce qui a manqué dans les échanges tactiles du petit enfant avec sa mère. [...] On peut toucher, en effet, le psychisme autrement qu'en touchant le corps. C'est cela, être analyste » (Anzieu, 1991, p. 71).

Par rapport à la pratique psychodermatologique, le danger est d'oublier que le concept de Moi-peau n'est pas réaliste mais une métaphore, une représentation, et de faire un raccourci entre soins de la peau, son investissement par la mère, et trouble du fonctionnement psychique et somatique (affection dermatologique) ; ce raccourci ramène au corps libidinal, et néglige à nouveau le corps réel.

Le Surmoi corporel

Gauthier a repris ce terme de Sami-Ali. Il estime également qu'il faut penser le corps réel du patient, et non pas uniquement le corps libidinal de la psychanalyse : il considère en effet que le modèle de l'hystérie est un piège théorique qui conçoit le corps a priori comme lieu d'expression d'un conflit psychique et le trouble somatique comme un langage. L'eczéma trouverait alors son origine dans l'excitation sexuelle, et les démangeaisons et le grattage deviendraient une forme de satisfaction érotique.

A partir de sa pratique clinique avec de très jeunes enfants (Gauthier, 2001), il propose une hypothèse permettant de passer du corps réel au psychisme, autour de la perturbation précoce des rythmes propres de l'enfant ; il a mis en évidence chez ses jeunes patients souffrant d'eczéma des perturbations dans l'établissement du rythme nyctéméral, des troubles du sommeil ou de l'alternance activité/passivité. Ces perturbations étaient attribuées à l'attitude éducative de l'entourage maternant : la

mère exigeait par exemple que le bébé s'adapte à ses rythmes et besoins à elle, sans tenir compte des rythmes propres de l'enfant.

Le corps de la mère et ses besoins sont le Surmoi corporel dont l'enfant est dépendant et auquel il doit s'adapter.

Une trop grande interférence sur ses rythmes de base empêche l'enfant de reconnaître ses rythmes propres et personnels, et à partir de là son corps propre, noyau de son premier sentiment d'identité. Les désordres physiologiques qui s'ensuivent pourraient être véhiculés par les difficultés de contrôle et de structuration des vécus émotionnels.

Chez l'adulte, il propose de rechercher ces concepts de Surmoi corporel, et de pathologie de l'adaptation, ainsi que de refoulement de la fonction de l'imaginaire. L'imaginaire désigne le rêve et ses équivalents dans la vie éveillée. Lorsque ce refoulement existe, le rêve et ses équivalents diurnes sont appauvris, voire absents. Sami-Ali décrit un système où le sujet ne rêve plus, mais ne s'intéresse plus non plus à ce qu'il pourrait rêver ou aux équivalents diurnes, tels que les fantasmes, les affects. L'imaginaire privé se laisse remplacer par l'imaginaire public, et les normes socio-culturelles remplacent la subjectivité. La pathologie de l'adaptation se fait donc au détriment du rêve et de ses équivalents, et ce processus d'appauvrissement mène à la pensée opératoire et à l'alexithymie (Sami-Ali, 1998, pp. 82-85).

La pathologie de l'adaptation peut paralyser le processus psychothérapique, le patient s'adaptant aux besoins supposés du thérapeute ; ce dernier doit trouver un équilibre entre passivité et activité, laisser assez d'espace libre au patient, mais aussi reconstituer son histoire relationnelle.

Les patients qui sont privés d'un imaginaire qui leur permettrait de supporter des situations difficiles en prenant de la distance psychique et en trouvant des solutions, sont souvent contraints de répéter, par leurs actes ou dans leur corps, des épisodes de leur histoire ou de leur famille qu'ils n'ont pas pu mentaliser.

Les concepts exposés de corps réel et de réalités relationnelles précoces sont assez proches de ceux d'Anzieu, dans l'importance qu'ils donnent aux réalités du corps réel dans la constitution du psychisme.

Implications cliniques

Ces concepts théoriques sont-ils réductibles à une utilisation clinique ?

M'inspirant de la méthode d'investigation proposée par l'investigation psychodynamique brève (IPB) développée par Gilliéron puis Despland à Lausanne, je propose dans cet article de poser un diagnostic psychothérapique, non pas de structure, mais des fonctions principales du Moi-peau en jeu et de l'articulation des enveloppes psychiques :

- Trouble de l'emboîtement des deux enveloppes psychiques : pathologie de l'écart entre l'enveloppe externe (pare-excitation) et interne (signification), au

détriment de la signification, avec insuffisance de l'aire transitionnelle et de la fantasmatisation.

- Déficit de la fonction de maintenance du Moi-peau.
- Déficit de la fonction d'individuation, avec persistance du fantasme de peau commune.

Un diagnostic psychiatrique est posé parallèlement.

Hypothèse psychodermatologique

La patiente a présenté une première poussée d'eczéma à la suite du décès de son père ; ce dernier semble avoir joué en partie un rôle de substitut maternel. Elle a un fonctionnement encore peu individualisé, et cette séparation définitive a été extrêmement pénible, réveillant ses angoisses d'abandon. Anzieu parle du fantasme d'arrachage de cette peau commune pas encore effacée, pouvant mener à un eczéma.

Elle me semble doublement fragilisée pour affronter une perte pareille, en raison du déficit de la fonction de maintenance du Moi-peau, et de l'enveloppe de signification très amoindrie : elle a tendance à s'effondrer rapidement, et en perdant son père, elle perd aussi un appui principal, sa mère étant trop occupée par ses propres problèmes ; de plus, elle a peu de ressources pour communiquer ses états, leur donner du sens. Sa détresse est déplacée du psychisme dans le corps, avec cet eczéma et une kyrielle de plaintes somatiques.

Buts thérapeutiques

Dans un premier temps, j'ai l'intention de fournir un appui auxiliaire à la patiente et de l'amener à s'intéresser à son monde interne, afin qu'elle puisse progressivement préciser et communiquer ses affects et pensées et qu'il y ait plus de « jeu » en elle pour mieux supporter les différentes formes d'abandon et de conflit.

L'atténuation, voire la disparition de l'eczéma est évidemment attendue par la patiente et le dermatologue.

Réalité du suivi

De façon assez inattendue, je ne peux pas être attentive et présente intérieurement pour la patiente comme je l'avais prévu : je suis en effet occupée pendant les premières semaines par mon propre corps ; ces soucis, que j'arrive à garder en arrière-plan avec la plupart des autres patients, m'occupent énormément alors que je me trouve en face d'elle.

J'attends qu'elle fournisse du matériel et mes interventions sont trop interprétatives. La patiente réagit en faisant beaucoup de demandes de soins autour de sa peau (s'occuper d'un cor au pied, d'une verrue, de son acné, de son eczéma), que j'esquive en me réfugiant derrière mon rôle de psychothérapeute. Rassurée sur le fonctionnement de mon propre corps, je deviens plus disponible intérieurement pour cette patiente. Je traite alors différemment ses demandes : j'examine ses lésions, les décris à voix haute,

lui demande des précisions, puis lui conseille soit la poursuite d'un traitement, soit de retourner chez son dermatologue.

Je ne respecte plus non plus sa passivité, nomme à sa place les sentiments et pensées que j'aurais ressentis dans les situations qu'elle décrit, et continue de m'intéresser à ses rêves et rêveries.

Elle peut alors abandonner une partie de ses défenses de caractère, et se montre beaucoup plus en détresse qu'elle ne voulait le montrer au début. Elle exprime la frustration qu'elle vit en face de sa mère, et se permet progressivement de revisiter certains aspects de son enfance, notamment l'irrégularité de la présence physique et intérieure de la mère. Elle se montre aussi bouleversée par l'attitude de ses supérieures, et exprime un peu de son incompréhension et de sa rage.

Devant les troubles dépressifs qui persistent, je dois négocier la reprise d'un antidépresseur qu'elle refuse tout d'abord, craignant de mettre en danger son couple (l'ami est opposé à ce genre de médication mais tolère qu'elle prenne pour ses accès anxieux des benzodiazépines). Finalement, elle accepte que son généraliste le lui prescrive, sans en avoir reparlé clairement avec son ami.

Après cinq mois, la patiente mentionne avoir rêvé, mais le souvenir en est trop vague. Puis elle se souvient des rêves suivants, mais les résume rapidement, trop gênée de les raconter en détail car elle les trouve « débiles et sans queue ni tête ».

Elle rêve souvent d'eau (elle est dans une piscine et se sent bien corporellement), ou de scènes avec ses proches qui disparaissent pour lui faire peur ou une farce, puis réapparaissent.

J'ai peu parlé du cadre, auquel la patiente s'est d'abord soumise sans difficulté. Après cinq mois de déroulement assez habituel, elle mentionne des difficultés à se libérer chaque semaine, ayant des horaires variables. J'accepte de fixer des séances régulières, mais variables dans la semaine : après s'être adaptée à ce qui m'arrangeait moi, la patiente a pu identifier que cela ne lui convenait pas, et exprimer ses besoins.

Évolution de la dermatose

L'eczéma disparaît complètement une première fois après quatre mois de thérapie, puis se manifeste à nouveau après un autre décès dans son entourage, et lors de l'intensification du conflit au travail ; mais il est moins intense et étendu, et cède assez rapidement à la reprise du traitement local.

Discussion

La configuration et les fonctions principales du Moi-peau mises en évidence m'ont permis de construire une hypothèse de crise, mais aussi de me faire une première idée du type de relation précoce entre la patiente enfant et l'entourage maternel.

J'ai rattaché l'inconsistance de l'enveloppe de signification – se traduisant par un déficit important dans l'identification et la communication de ses affects et pensées, ainsi que

par la pauvreté de sa vie imaginaire – à la relation avec une mère préoccupée par elle-même, et peu disponible pour s'ajuster aux besoins de son enfant.

Dans les premières semaines de thérapie, j'ai été moi-même cette mère indifférente, trop occupée par mon propre corps pour m'ajuster aux besoins de la patiente. Lorsque j'ai pu être disponible, faire appel à ma propre expérience intérieure pour m'imaginer et ressentir le type de Moi-peau en jeu, et m'adapter à mon tour à ses déficits principaux, la patiente a pu s'intéresser à ses besoins à elle, devenir un peu plus vivante et authentique en entretien, recréer un espace en elle où ont commencé à exister affects, pensées, et rêves. Dans le même temps, la dermatose s'est atténuée.

Penser en termes de Moi-peau m'a aussi permis de tenir compte du corps réel de la patiente, et de tenter de donner une réponse satisfaisante à ses demandes de soins, en enveloppant et touchant sa peau de mon regard et de mes paroles.

Tout comme Anzieu, Pomey-Rey et Consoli insistent sur l'importance de l'attitude du thérapeute, qui peut fournir au patient ce qui lui a manqué dans la relation précoce avec l'entourage maternel.

Tous les auteurs décrivent également chez leurs patients un espace imaginaire qui semble réduit, mis de côté ou peu développé, dont l'investissement ou le déploiement a un effet positif sur leur fonctionnement psychique ainsi que sur la dermatose, en leur permettant de pouvoir mieux supporter les situations difficiles et de moins recourir aux manifestations dermatologiques.

Selon Pomey-Rey, il faut compter entre six mois et deux ans de thérapie pour obtenir les premiers effets sur la dermatose, et les affections d'apparition récente, comme chez notre patiente, cèdent plus rapidement que les dermatoses chroniques.

Conclusion

Le modèle du Moi-peau et des enveloppes psychiques me semble adapté à la pratique psychodermatologique, avec toutefois le risque de trop le simplifier. Dans une consultation dont le point de départ est dermatologique, il permet d'intégrer la peau du patient dans le processus psychothérapeutique.

Travailler sur les contenants psychiques, les failles de ce Moi-peau, évite de buter contre une apparente pauvreté des contenus, par exemple dans des fonctionnements proches du psychosomatique. Mais cela a aussi amené dans notre cas un changement au niveau des contenus psychiques, la patiente se montrant progressivement plus vivante intérieurement. L'amélioration a aussi concerné les pensées, devenues plus consistantes, différenciées et communicables. La relation entre le Moi-peau et le processus des pensées a été développée par Anzieu dans un ouvrage ultérieur, dans lequel il étend son système du Moi-peau au Moi-pensant (Anzieu, 1994).

Le corps du thérapeute est aussi en jeu : c'est à partir de ma propre expérience de ma peau, de l'intérieur, dans ma relation avec la patiente, que j'ai pu analyser la configuration du Moi-peau en jeu. Et c'est en grande partie mon attitude non verbale, qui

découle de cette compréhension sensible, qui a eu un effet thérapeutique dans les premiers mois de thérapie.

Dans notre cas, l'amélioration du fonctionnement psychique s'est accompagnée d'une diminution nette de la dermatose après six mois de thérapie.

Bibliographie

- Anzieu D. (1991) : *Une peau pour les pensées*. Paris, Apsygée, 3^e éd. (orig. 1986).
- Anzieu D. (1994) : *Le Penser, du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris, Dunod.
- Anzieu D. (1995) : *Le Moi-peau*. Paris, Dunod, 2^e éd. (orig. 1985).
- Anzieu D. (1999) : *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Paris, Editions du Collège de psychanalyse groupale et familiale, 2^e éd. (orig. 1990).
- Consoli S. (1985) : La peau captive. *Rev. Méd. Psychosom.*, 2 : 13-24.
- Consoli S. (2003) : *La tendresse*. Paris, Odile Jacob.
- Dejours C. (2003) : *Le corps, d'abord*. Paris, Payot.
- Gauthier J.-M. (2001) : *L'enfant malade de sa peau*. Paris, Dunod, 2^e éd. (orig. 1995).
- McDougall J. (1989) : *Théâtres du corps*. Paris, Gallimard.
- Pomey-Rey D. (1992) : *Bien dans sa peau, bien dans sa tête*. Paris, Bayard, 2^e éd. (orig. 1989).
- Pomey-Rey D. (1999) : *La peau et ses états d'âme*. Paris, Hachette Littératures.
- Sami-Ali M. (1998) : *Corps réel, corps imaginaire*. Paris, Dunod, 3^e éd. (orig. 1977).

Notes

Psychiatre-psychothérapeute FMH.