

Une pathologie de la proximité

Approche phénoménologique du psoriasis

Argument

Le psoriasis marque d'un trait rouge la frontière entre le moi et le non-moi. La peau est recouverte de plaques rouges, rugueuses et squameuses, tantôt isolées, tantôt généralisées sur tout le corps. L'affection est assez fréquente et concerne les deux sexes, souvent dès l'enfance. Elle peut entraîner un état dépressif en raison de son aspect disgracieux et du handicap social.

Le mot psoriasis est dérivé du grec *ψαώ*, gratter. *Ψώρασις* est utilisé une première fois par Galien, pour désigner un durcissement de la peau, provoquant des démangeaisons. Certains patients ne présentent qu'une seule localisation mais le plus souvent les plaques sont nombreuses. Elles sont situées au visage, aux coudes et aux genoux, sur le dos, le cuir chevelu, la paume des mains, les ongles. Une minorité de patients ne souffrent du psoriasis qu'une seule fois dans leur vie. En général, il évolue par poussées. On observe une tendance à la chronicité ainsi qu'à la généralisation des lésions au corps entier. L'une des complications est le rhumatisme psoriasique. Selon une recherche effectuée en Belgique, en 1991, par Michel de la Brassine, le psoriasis touche 1 à 2 % de la population. L'âge de prédilection pour l'apparition est la tranche de 10 à 19 ans chez les femmes, de 20 à 29 ans chez les hommes. Au niveau anatomopathologique on constate une épaisse couche cornée formée de lamelles de parakératose en alternance avec des zones d'hyperkératose.

Longtemps inconnue, l'origine de l'affection s'est précisée au cours des dernières décennies. Il existe une prédisposition héréditaire. Près de la moitié des patients étudiés par de la Brassine ont au moins un membre de leur famille également atteint. On privilégie actuellement la thèse immunologique. Enfin, plusieurs auteurs ont mis en évidence une situation psychologique comme agent déclenchant les rechutes, voire comme agent causal. Bien qu'ils soient relevés depuis plusieurs décennies, ces facteurs restent mal définis. On incrimine par exemple la nervosité, l'anxiété, le stress, l'insatisfaction sexuelle ou des sentiments de culpabilité : ces causes ne sont nullement spécifiques, on les retrouve dans de nombreuses publications concernant d'autres formes de somatisation.

Nos recherches sur le psoriasis s'échelonnent sur quinze ans, de 1980 à 1995, avec pour objectif d'apporter une réponse à la question : quel pourrait être le sens de l'apparition, au cours d'une existence humaine, d'une poussée de psoriasis ? Très tôt, le psoriasis nous est apparu en relation avec les pulsions fondamentales et à vrai dire,

universelles, de tout sujet humain. Plus précisément : comme l'expression des pulsions en rapport avec l'apparition, inquiétante ou désirée, du visage de l'Autre.

« Ich brauche Liebe ! »

Cette constatation s'imposa une première fois, de façon fortuite, en 1980, lors de notre rencontre avec Frieda, une patiente âgée de 34 ans, d'expression allemande, qui présentait un état dépressif. A cette époque, nos connaissances du psoriasis se limitaient aux souvenirs assez vagues du cours de dermatologie. La patiente nous regardait avec insistance, à la façon des personnes qui, souffrant d'un sentiment de solitude ou de rejet, sont avides d'une parole de réconfort, voire d'un geste affectueux ou protecteur. Nous observons une réserve prudente mais, mû par une intuition, nous lui demandons si elle a quelque idée quant aux causes qui auraient pu provoquer ces lésions. Elle répond avec vivacité : *Ich brauche Liebe ! J'ai besoin d'amour !* Enhardie par notre disposition d'écoute, Frieda nous parle longuement de ses déboires conjugaux. Quelques semaines plus tard, on nous demande de rencontrer une autre patiente, Anne Desgranges, 52 ans, avec laquelle nous aurons une vingtaine d'entretiens. Ce fut elle-même qui nous fit entrer dans son monde intérieur, un monde étrange qu'ensemble nous allions découvrir. Nous fûmes étonnés d'en déceler peu à peu les contours insolites, l'angoisse diffuse, les signes muets d'une blessure ancienne. Fait étonnant : après quelques entretiens, le psoriasis, généralisé sur tout le corps depuis plus de vingt ans, disparut en quelques jours. André Bourlond, chef du service de dermatologie, nous confia aussitôt un troisième patient.

Ce fut le début d'une longue collaboration qui allait se poursuivre pendant quinze ans. Grâce à l'affabilité de notre collègue, son ouverture à l'ensemble des faits rapportés par le patient, qu'ils fussent « subjectifs » ou objectifs, nous pûmes échanger nos impressions, tester nos hypothèses, les soumettre ensemble, à plusieurs reprises, à diverses réunions de dermatologues. De plus, nous avons bénéficié de l'aide d'une jeune assistante, Natalia Grazian, ayant choisi le psoriasis comme objet d'étude pour sa thèse de doctorat en médecine à l'Université de Bologne⁶². Cette collaboration permit d'étendre la recherche à cinquante cas. Ces patients souffrent d'une forme sévère de psoriasis ; c'était sa gravité qui avait nécessité une hospitalisation. Les patients sont de race blanche et d'origine européenne, excepté un homme de race asiatique ; 33 sont de sexe féminin et 17 de sexe masculin. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 40 à 49 ans, les extrêmes allant de 9 à 73 ans. La recherche sera rapportée dans plusieurs publications dont un article de synthèse intitulé *The bifocal approach to psoriasis*⁶³. C'est ce texte qui a servi de base pour le présent chapitre. Écrit à l'intention d'un public médical, traditionnellement méfiant envers toute approche psychologique ou philosophique, son style trahit le souci d'initier le lecteur non averti à un mode de pensée ésotérique. Nous l'avons adapté en vue du présent volume, en développant les aspects phénoménologiques.

⁶² Grazian N. — *Approccio psicosomatico alla psoriasis*. Tesi di laurea. Istituto di Psichiatria. P. Ottonello. Univ. di Bologna (1995).

⁶³ Jonckheere P., Bourlond A., Grazian N. — *The bifocal approach to Psoriasis*, in: G. Italiano di Dermat. e Vener., 135 : 139-45 (2000).

Application de la stratégie bifocale

Confrontés à un grand nombre de patients souffrant de formes diverses de somatisation, nous avons été amené à mettre au point une méthode particulière en vue d'assurer une bonne collaboration avec nos confrères somaticiens et de préparer le patient à un travail psychothérapeutique. Décrite plus haut sous l'appellation *stratégie bifocale*, elle a fait l'objet de diverses publications sous le titre *The bifocal Strategy*⁶⁴. Elle comporte les six étapes exposées dans un chapitre précédent.

Origine et évolution du psoriasis en trois phases

Les patients rapportent une quantité d'observations, d'auto-descriptions, de rêves et de fantasmes. La concordance entre les récits permet de distinguer trois phases dans l'apparition et le développement du psoriasis.

1. Plusieurs patients ont ressenti, au cours des premières années de la vie, et bien avant l'éclosion de l'affection, un *sentiment d'insécurité diffuse* liée à une atmosphère lourde et menaçante. Nous avons avancé, pour désigner ce sentiment, le terme allemand de *Ur-Unheimlichkeit*. On peut traduire ce terme par : sentiment originaire de ne pas être chez soi, la maison ne procurant pas un sentiment de convivialité ni de sécurité. (*Un-heim-lichkeit* : « la maison n'a rien d'une maison ».) Sentiment causé par exemple par les dissensions entre les parents, l'alcoolisme, la violence, les séparations. L'organisme est, de ce fait, sans cesse en éveil. Cette phase d'insécurité a été observée de façon significative chez plus de la moitié des sujets.

2. Au cours de la deuxième phase, le patient connaît une *insécurité croissante* : la menace se précise, elle est ouverte, visible, palpable et elle s'imprime dans la chair. Un tiers des patients ont un parent ou un conjoint alcoolique ; quelques-uns étaient des enfants battus, plusieurs femmes ont connu des scènes de violence. Ainsi, non seulement le monde, mais les hommes sont perçus comme dangereux, d'où une autre formule pour qualifier ce vécu : le *fürchtbares Miteinandersein* (l'être-avec-l'autre sur le mode de la crainte). Le paradigme de cette situation est Mme Delaye, étudiée plus haut, qui, lorsqu'elle était âgée de 5 ans, tirait son lit de toutes ses forces contre la porte pour faire barrière à son père. D'autres situations sont plus subtiles. Trois exemples : deux

⁶⁴ Jonckheere P., Stockebrand B. — *The bifocal strategy. A new model for flexible Liaison between Departments of somatic medicine and Psychiatrists or Psychologists*. Acta Clinica Belg., 54 : 2, 72-73, 1995.

femmes ont été importunées par un père incestueux ; une jeune fille, handicapée mentale, ne supporte plus le contact d'une mère surprotectrice qui l'invite chaque soir, contre son gré, à dormir dans le même lit. Cette période prodromique anxieuse fut relevée dans près d'un cas sur deux. Sans pouvoir affirmer que ces antécédents soient spécifiques des malades psoriasiques, ils étaient frappants par leur fréquence, leur intensité et surtout, par le fait que ces situations étaient souvent caractérisées par des problèmes de contact, de proximité ou d'intimité physique.

3. Enfin, troisième moment : l'apparition d'une première plaque de psoriasis. L'événement est contemporain de situations, de vécus, de rêves ou de fantasmes que plusieurs patients décrivent avec précision. Les récits sont impressionnants par leur intensité dramatique. « Mme de Bercy » par exemple, dont le cas est rapporté plus loin, découvre – quarante ans après l'éclosion du psoriasis – que l'affection s'est manifestée une première fois peu de temps après qu'elle fut agressée sexuellement par son père.

Ce fut une réelle surprise pour les trois protagonistes : le patient, le dermatologue et le psychiatre, de recueillir de nombreux récits concernant des faits importants longtemps insoupçonnés. D'un côté nous ignorions tout de ce passé, de l'autre, le patient ne l'avait jamais confié à un médecin. Seules quelques personnes en avait parlé à un généraliste ou à un dermatologue mais ceux-ci avaient jugé ces faits insignifiants. Quant à nous, nous fûmes amenés à constater qu'au-delà de leur disparité, ces récits provenant de patients d'âge, de sexe et de culture différents, imposaient une hypothèse précise : l'apparition du psoriasis serait en relation directe avec un rapport particulier à autrui. Un rapport qui n'est pas univoque, il s'articule autour de trois thèmes – qui parfois s'ajoutent chez le même patient – : un *besoin d'affection*, un *besoin de protection* et des velléités de repousser l'autre.

Analyse des facteurs déclenchants

Ces thèmes étaient déjà apparus lors de l'analyse d'un premier groupe de 32 cas et avaient fait l'objet de quelques premières publications. Ils furent confirmés au vu des 18 cas supplémentaires. Relisant ces dossiers un à un, en vue du présent ouvrage, nous revivons comme si c'était hier le vécu de ces patients.

1. L'apparition du psoriasis – tant la première manifestation que les rechutes – est souvent liée au *désir ardent et lancinant d'être aimé* ou, à tout le moins, d'attirer l'attention, le regard d'autrui. Cette association se

retrouve d'une façon intense, parfois spectaculaire, dans un tiers des cas. Ce sont surtout les patients qui ont suivi un traitement psychothérapeutique qui étayent cette constatation de façon significative.

2. Dans plus de la moitié des cas, la première apparition du psoriasis, ainsi que les rechutes, se développent en rapport, au moins chronologique, avec une situation particulière, variable d'un sujet à l'autre, mais dont le dénominateur commun est le *besoin impérieux de se sentir protégé*. C'est ainsi que plusieurs avaient été des enfants battus ; d'autres ont été la victime de faits de pédophilie ou d'inceste ; plusieurs femmes ont vécu – ou vivent toujours – sous l'emprise d'un mari violent ou alcoolique.

Cas 2 : Lucia, 13 ans, est sicilienne ; elle est confrontée, depuis sa prime enfance, à une ambiance familiale chaotique et violente. Le père a quitté la maison et Lucia en souffre beaucoup ; un oncle se promène, avec ostentation, avec un revolver. Un test de Rorschach (exposé plus loin) révèle de façon saisissante le vécu de Lucia : faible et fragile, elle vit confinée, muette de peur, à la lisière du monde. Le psoriasis apparaît comme une carapace destinée à se protéger contre ce monde hostile et violent.

3. Dans un peu plus d'un quart des cas, plus difficiles à analyser, on observe des situations marquées par l'anxiété et la haine. Tout se fait comme si chez ces patients, le psoriasis était *l'équivalent somatique d'une réaction de défense*, comme si le sujet voulait repousser un intrus.

Un exemple :

Cas 3 : « Madame du Bercy », 70 ans, souffre de psoriasis depuis quarante ans. L'affection est apparue lorsque la patiente, âgée de 30 ans et mère de cinq enfants, était confrontée à l'attitude autoritaire de son père qui lui faisait des avances sexuelles pressantes. Mais il lui faudra près d'un demi-siècle – lorsqu'elle rencontre pour la première fois un psychiatre – pour se rendre compte du rapport possible entre l'affection et sa répulsion face à ces comportements incestueux. Un matin, elle se réveille en s'imaginant qu'elle a été jetée à terre : « Un homme affreux me tenait, me maintenait sur le sol, en me disant : c'est moi le maître ! C'était affreux ! Je lui criais : fous-moi la paix ! » D'avoir revécu la scène incestueuse, avec une vive émotion, dans le transfert, amène la patiente à préciser les circonstances de la première poussée : « Au fond, le psoriasis est survenu lorsque nous avons cohabité, et que mon père a commencé à se donner la permission d'avoir de l'emprise sur moi ».

Une autre patiente, le cas 4, exposé ci-dessous, rapporte de nombreux faits datant de son enfance.

Le cas Anne Desgranges

Anne Desgranges est âgée de 52 ans. Elle souffre depuis l'âge de 16 ans d'un psoriasis important, généralisé sur tout le corps. Nous aurons avec elle une douzaine d'entretiens.

On sait peu de choses au sujet de ses parents. Plusieurs indices donnent à penser qu'ils étaient de tempérament anxieux et qu'ils étaient désemparés lorsque l'enfant manifestait quelque désir. Jusqu'à l'âge de trois ans, on lui mettait à tout moment un biberon dans la bouche, comme si on voulait la contraindre au silence. Plus tard, la patiente ne parlera que rarement à sa mère. Vers l'âge de 12-13 ans, survient un événement qui l'a marquée. Elle constate que sa poitrine ne se développe pas du côté droit. Les années passent, la malformation s'aggrave. Elle en est fort affectée mais la relation avec la mère est telle, qu'elle ne lui en souffle mot. Depuis cette période, elle s'attache à cacher son infirmité. En été, elle se recouvre d'une veste, se constitue une collection de pulls à col roulé et ne s'autorise aucune baignade. En 1944 – elle a 16 ans – elle est prise d'une vive frayeur lors d'une mitraillade. Quelques jours après cet événement, la peau se recouvre de psoriasis.

Cette nouvelle affection renforce son sentiment d'être handicapée. Elle évite les apparitions en public. Elle ne fréquente plus les expositions de peinture qui pourtant, l'attirent beaucoup. Elle explique : « le psoriasis m'a coupé les ailes, toute ma vie, le psoriasis m'a coupé les ailes ». Les gens s'écartent sur son passage, craignant qu'elle ne soit contagieuse. Mais le psoriasis a un avantage : il lui procure une nouvelle justification pour se cacher. Elle explique : « J'ai souvent utilisé le psoriasis pour cacher ma poitrine. Si je n'avais pas ça, comment cacherais-je mon infirmité ? » Cependant, elle se marie quelques années plus tard. Le mari est un homme aimable et prévenant. Mais taiseux. Elle ne se sent pas comprise, ni au niveau de son infirmité ni en ce qui concerne le psoriasis. Le couple a beaucoup d'échanges, mais seulement à propos d'événements extérieurs : « par exemple, le navette spatiale : cela nous a passionnés tous les deux. Mais des sentiments, on n'en parle pas. Dès qu'on touche les sentiments, mon mari les esquive par la rigolade ». Il ne l'a jamais encouragée – aucune personne d'ailleurs – à consulter un chirurgien esthétique, ni à vérifier si une prothèse pourrait lui rendre la vie plus agréable. Au contraire, il insiste pour qu'elle dissimule son infirmité. Son dépit s'en trouve renforcé. Ainsi, encore aujourd'hui, à 52 ans, lorsqu'il s'agissait de réserver une chambre à l'hôpital, elle a demandé une chambre à un lit. Et elle enchaîne :

- « J'aurais dû rencontrer quelqu'un qui m'eût aidée à assumer cela jusqu'au bout »
- « Votre mari ne ressent-il pas ce que l'infirmité représente pour vous ? »
- « Peut-être l'a-t-il senti, mais il ne me l'a jamais exprimé ».

Au cours des premières séances, nous avons l'attention attirée par le vécu de honte et de mutilation. La patiente vit dans un monde entrouvert. Tout plaisir est tempéré. Elle peut jouir de l'affection d'un époux, mais il ne lui parle pas de ses sentiments. Elle peut être mère, mais seulement d'enfants adoptifs. Elle peut se montrer femme, mais à condition d'être vêtue jusqu'au cou. Les rares tentatives pour s'ouvrir davantage à son corps et au regard de l'autre se sont opposées à l'attitude du mari qui, soit tacitement, soit expressis verbis, lui recommande d'accepter son infirmité et de la cacher. Elle vit sur le mode de la dissimulation. Elle doit cacher son infirmité ; elle ne peut exprimer ses sentiments à son mari – qui en rirait. Le psoriasis apparaît comme une protestation de son être contre cette occultation. Originellement, en tant qu'être humain, en tant que femme, elle désire se sentir dignes d'un regard.

Cette tranche d'analyse est suivie d'une rémission spectaculaire : après le cinquième entretien, la patiente est complètement « blanchie ». Les dermatologues sont stupéfaits : il s'agit de la première rémission depuis vingt ans, et cette rémission va durer un an.

Après son hospitalisation, on lui propose de continuer les entretiens, mais elle a tendance à les espacer. Ils n'ont lieu qu'une fois tous les deux mois. Au cours de la seconde partie de l'analyse, c'est-à-dire, au cours des sept entretiens qui s'échelonnent, pendant dix-huit mois, après sa sortie de l'hôpital, la patiente nous livre plusieurs souvenirs. Ils révèlent un sentiment précoce de vulnérabilité du corps, particulièrement sensible à l'air. Tout se fait comme si, une fois sorti de l'utérus maternel, le corps devait être protégé contre les nuisances de l'air. Cette anxiété est ravivée par une série de situations qui, symboliquement, évoquent l'exposition originaire au monde non maternel. En voici un exemple. Un premier souvenir remonte à l'âge de trois ans. On lui annonce la naissance d'une petite sœur. Elle aperçoit le médecin descendant l'escalier en tenant dans ses mains une grosse mallette. Elle s'imagine que sa petite sœur est à ce point vulnérable qu'il faut la protéger en la transportant dans une mallette en cuir. Elle nous fait part de son étonnement devant le processus :

- « Le soir, je vois un plaque, je l'enlève et le lendemain, la peau a déjà reconstruit une protection »
- « Comme s'il y avait quelque danger ? » « Oui »
- « Cela me rappelle qu'au début, le psoriasis a été déclenché par une forte frayeur lors d'un bombardement... »
- « Oui, c'est vrai ... d'ailleurs, je suis une anxieuse. Par exemple, j'ai peur d'aller en ville. C'est comme si ... » – « Comme si ? »
- « Comme si cette ville pouvait me faire du mal. Comme si j'étais sans défense... ».

« Recevez cet Habit, sûre protection contre les puissances de l'air »

Ces entretiens, peu nombreux, ont cependant révélé plusieurs faits montrant que le psoriasis s'est développé en quatre étapes :

Il pré-existait chez la patiente, dès la prime enfance, bien avant l'apparition du psoriasis, un sentiment d'inquiétude et de vulnérabilité. Jusqu'à l'âge de trois ans, on réprimait toute manifestation de désir ou d'impatience en lui donnant le biberon. Le sentiment de vulnérabilité apparaît pour la première fois à trois ans, sous la forme du fantasme de la mallette. Sentiment de vulnérabilité qui évoque les analyses de *Goût et Atmosphère*⁶⁵ où Tellenbach montre que, du point de vue psychogénétique, le goût, pris dans le sens de gustation du monde ou intuition de l'atmosphère, précède le visuel et l'auditif, le langage et la réflexion. La patiente a ressenti précocement la vulnérabilité de l'être et son exposition sans défense. D'où un besoin d'être protégée, d'être recouverte, comme la petite sœur qu'elle croit abritée par l'épaisse mallette de cuir. C'est toujours le même sentiment qui, après un an d'entretiens, apparaît comme l'*eidos*, le phénomène psychologique central, lorsqu'elle nous apprend qu'elle se sent sans défense dans la rue. Malaise qui n'est pas sans évoquer, en contrepoint, le symbolisme de l'habit dans mainte communauté humaine. C'est ainsi que dans le rituel des moniales et des moines bénédictins, l'habit est consacré par une prière spéciale. La Mère abbesse déclare solennellement : « Recevez cet Habit contre la froidure, voile étendu sur les péchés, sûre protection contre les Puissances de l'Air ». Sophie Deroisin, citant ce texte, y ajoute ce commentaire : « Sagesse millénaire des saints : ils savent que

⁶⁵ Tellenbach M. – *Geschmack und Atmosphäre*. Mueller ed. (1968) Trad. franç. J. Amsler. Presses univ. France, Paris, 1983.

certaines détresses du corps, certaines angoisses de l'esprit, n'ont d'autre nom que les puissances de l'air »⁶⁶.

L'apparition de l'infirmité physique expose la patiente non seulement aux puissances de l'air, mais de plus, au regard – inquiet ou méprisant – des autres. Elle vit depuis lors sur le mode du devoir se cacher, à une époque où, devenue adolescente, elle eût pris plaisir, au contraire, à attirer le regard.

En considérant ces faits dans leur ensemble, on constate que la patiente n'a pas souffert de l'ambiance affective et communicationnelle contradictoire si souvent décrite chez les sujets psychotiques. Par contre, tout se fait comme si le psoriasis était l'actualisation, dans le corps, du sentiment anté-verbal d'une existence vécue comme vulnérable. L'origine du psoriasis serait bien, comme nous le disait un dermatologue, « l'effolement des cellules de la peau ». Tout débute, chez Madame Desgranges, par le bombardement. Mais, si cet événement extérieur a pu déclencher une réaction psoriatique, et si ensuite, cette réaction s'est généralisée et s'est maintenue durant trente-sept ans, c'est parce qu'il préexistait une problématique profonde et ancienne, liée à l'ambiguïté du dévoilement. Se dévoiler, geste perçu originairement comme séducteur mais, en même temps, dangereux, sera ressenti plus tard comme un acte toujours plus ambigu.

On remarque, avec Tellenbach, que la méthode phénoménologique nous introduit dans la sphère anté-verbale de l'être. La *Daseinsanalyse* ne se limite pas à *empfinden*, sur un mode empathique et charismatique, le vécu du patient. L'*Einfühlung* doit être comprise à un niveau plus profond, quasi ontologique. Elle vise à décrire, à découvrir et à faire re-vivre par le patient, la structure de son être-au-monde. Les existentiels décrits par Heidegger ont constitué pour cette analyse un apport précieux. De même, les sources helléniques de la *Daseinsanalyse* nous rappellent l'importance de la dynamique des éléments (les puissances de l'air). Enfin, l'invitation de Heidegger à examiner la richesse du langage quotidien et de l'intuition poétique ont permis de déceler des significations insoupçonnées (*garder quelqu'un à distance...*).

Résultats thérapeutiques

Afin de mieux pouvoir évaluer les effets des entretiens, nous avons demandé à une dizaine de patients, dont nous étions sans nouvelles depuis leur hospitalisation, de revenir nous voir. Ces diverses informations, jointes à l'étude des dossiers, autorisent trois constatations.

1. Sur cinquante patients, on assista sept fois à un résultat surprenant : soit une guérison complète, le patient étant complètement « blanchi » en quelques jours, soit une rémission quasi complète. Tous les dermatologues connaissent de tels cas, mais il est rare que l'on observe une telle proportion de rémissions importantes dans un groupe de patients graves.

⁶⁶ Deroisin S. – "L'habit fait le moine", "La Libre Belgique", 7 décembre 1982.

Cas 5 : « Monsieur Courtois », 29 ans, présente un psoriasis généralisé. Outre un rapport difficile avec son père, ce patient a des démêlés avec un employeur exigeant. L'impatience, l'énervement, l'irritation qui en résultent sont reportés avec hostilité envers l'épouse, l'équipe des dermatologues et envers moi-même. J'ai quatre entretiens avec lui. L'hypothèse d'une « dermatose agressive » s'impose à mon esprit. Le patient use d'un vocabulaire à tel point agressif que je sens monter en moi une colère comme j'en ai rarement ressentie tout au long de ma carrière. Excédé, maîtrisant avec peine mon contre-transfert, je me surprends à oublier les préceptes élémentaires de Husserl et de Freud. Je lui lance une phrase (dont je me demande encore aujourd'hui comment il fut possible que je l'aie prononcée !) : « Quand donc allez-vous claquer la porte à votre patron ? Vous n'allez quand même pas faire l'écrevisse toute votre vie ! » Le patient, furieux, met fin à l'entretien en claquant la porte ; je ne l'ai plus jamais revu. Deux mois plus tard, j'aperçus, au bout des longs couloirs des cliniques, la silhouette d'André Bourlond, le patron de la Dermatologie. J'étais effaré, mais mon collègue pressa la pas, m'accosta et me demanda : « Qu'avez-vous fait à M. Courtois ? ». J'étais sidéré ! Je ne sus quoi répondre mais il enchaîna : « Il va très bien ! Il a changé d'employeur et son psoriasis a quasi disparu ! ». Il est permis de penser que mon irritation a eu pour effet d'induire, chez le patient, une prise de conscience salutaire. Il a pu, grâce au transfert, « claquer la porte » à la fois au père, à l'employeur, aux dermatologues et au thérapeute. Le patient, dès ce moment, était soulagé d'une haine profonde qui, jusqu'à présent, était restée refoulée, muette et stérile, dans le corps.

2. Dans la moitié des cas, on constate que le patient n'est certes pas guéri, mais qu'il adopte une meilleure hygiène de vie, une meilleure gestion de sa maladie, une plus grande compliance. On assiste parallèlement à une diminution des rechutes et à une diminution de leur gravité.

3. Enfin, des patients revus en catamnèse et qui n'avaient vu le psychiatre que quelquefois au cours de l'hospitalisation, rapportent, deux ans plus tard, qu'il se souviennent de façon précise du contenu de ces entretiens. Ce fut pour nous une réelle surprise de constater qu'ils avaient modifié leur style de vie, et que certains avaient pris des décisions importantes alors que nous sommes généralement non-directif.

Une pathologie de la proximité

Qu'il y ait eu dans notre groupe de patients, une relation au moins chronologique entre le psoriasis et les facteurs psychologiques précités, est un fait incontestable. Le problème n'était pas de recueillir de tels récits : dès que le thérapeute instaure une atmosphère d'écoute, la plupart des patients se laissent aussitôt aller à mille confidences. Le problème est donc : est-ce que le rapport entre l'affection et la vie psychique est plus qu'un rapport chronologique ? Et si oui, de comprendre comment le corps est impliqué dans le processus.

Rappelons que le groupe des patients souffrant de psoriasis fait partie d'un ensemble de 180 patients souffrant de diverses formes de somatisation : asthme bronchique, recto-colite ulcéro-hémorragique, iléite de Crohn, etc. Or, ces patients présentent des différences notables quant à leur rapport au monde. Les sujets hypertendus sont sur le qui-vive, fébriles, continûment tendus, anxieux d'accomplir chaque tâche à la perfection. Ce comportement est à ce point caractéristique que nous fûmes souvent le premier à poser le diagnostic d'hypertension artérielle et ce, sans stéthoscope ! On relevait, dans d'autres groupes, un fantasme d'incorporation, une dépendance affective extrême, une pulsion de compétition, un profond état dépressif, proche de la désespérance : tous ces facteurs étaient absents ou nettement moins fréquents chez les sujets psoriasiques.

Or donc, dans le cas du psoriasis, trois situations psychologiques apparaissent, sinon spécifiques, en tout cas fréquemment liées à l'affection. Comment interpréter ce fait ? Invoquer quelque théorie uniciste ou holistique, parler de parallélisme physico-psychique, d'identité corps-âme, paraît peu utile et apparaît davantage comme un truisme que comme une explication. Recourir au vieux schéma S→R (un stimulus psychique provoque la réaction somatique) constituerait un recul et ouvrirait la porte à une interprétation réductrice. Parler de symbolisation (affirmer par exemple à propos de l'asthme que le patient « pleure dans ses bronches ») est certes tentant et les patients ne se privent pas d'auto-interprétations dans ce sens. Mais ce genre d'hypothèse expose à deux objections. Elle procède d'une réflexion a posteriori, d'une déduction ou d'une intuition purement hypothétique, basée sur des réminiscences, des théories préexistantes, des analogies, des supputations. Et il est difficile d'admettre que l'organisme, en l'occurrence la peau, puisse « concevoir », « s'imaginer », « concocter une stratégie » avec pour mission concrète que le sujet puisse séduire, se protéger ou repousser autrui. La phénoménologie ne peut dissiper davantage le mystère mais montre, à l'évidence, que le corps réagit en fonction d'un certain rapport au monde. Il déclenche telle ou telle réaction somatique parce qu'un fait extérieur, l'apparition d'un visage, le fragment d'un discours, une émotion ou une pulsion sont venus réactiver l'une des fonctions vitales de base : prendre place, s'affirmer, séduire, se défendre, agresser ou s'enfuir.

Il faut rappeler en effet que l'organisme humain, tout comme les animaux et les végétaux, a recours à quelques réactions fondamentales : occuper un terrain, extraire l'énergie de l'environnement, rester en éveil, se défendre face aux agressions extérieures, étendre son territoire, attirer un sujet du sexe opposé, se multiplier. Les trois situations psychologiques que nous avons décrites à propos du psoriasis reçoivent, dans cette perspective, un nouvel éclairage.

S'affirmer, séduire, se défendre, repousser ne sont pas propres au complexe d'Œdipe ni aux tensions de l'adolescence : ce sont des réactions élémentaires. On en trouve de nombreux exemples dans le règne animal et même, dans le règne végétal. Les variations de couleur ou de forme en vue d'attirer, de se faire féconder, de se reproduire, ou, inversement, de repousser, constituent un phénomène universel et peuvent prendre, on le sait, chez plusieurs animaux, des formes spectaculaires. Nos patients parlent de « leur » psoriasis comme d'une carapace : le bouclier de l'ovocyte, les écorces des plantes et des arbres, les carapaces des animaux ont la même mission de protection. De même, l'on connaît de nombreux exemples, tant dans le règne végétal que dans le règne animal, d'êtres vivants qui, par des subtiles modifications de forme, de couleur ou d'odeur, réussissent à repousser un être présumé hostile.

En conclusion, l'idée s'est imposée à nous, d'abord de façon intuitive puis, à notre étonnement, de plus en plus impérieuse, que le psoriasis exprime toute l'ambivalence de l'expression : *garder quelqu'un à distance*. On comprend pourquoi : comme l'animal, tout sujet humain est confronté, à la limite, lors d'une rencontre, au dilemme : s'exhiber ou se protéger. Autrement dit : séduire, se laisser capturer, ou, au contraire, se protéger et repousser les avances de l'intrus. Ce que nous enseigne la médecine « psychosomatique », c'est, de façon démonstrative, que le corps participe directement à ce rapport à autrui.