DERMATILLOMANIE

Triturage pathologique de la peau

Trouble caractérisé par le fait de se triturer la peau de manière répétitive aboutissant à des lésions cutanées et des tentatives répétées de diminuer ou arrêter de s'excorier.

Autres noms : acné excoriée, grattage impulsif, triturage incontrôlé, grattage pathologique, excoriations neurotiques, trouble d'excoriation compulsive, excoriations psychogènes.

La personne affectée est généralement atteinte d'une acné légère, mais à cause de ses tendances anxieuses, elle la considère comme plus grave qu'elle ne l'est réellement. Cela se traduit par un grattage impulsif et incontrôlé de la peau, d'une ou plusieurs zones du corps : cuir chevelu, nuque, épaules, visage, poitrine, ventre, région pubienne, jambes…

SIGNES ET SYMPTOMES

- Difficultés de résister face à l'envie de rechercher/triturer/gratter les imperfections réelles ou perçues de son corps.
- Présence de lésions de grattage (plaies, croûtes, cicatrices).
- Etat de détresse, déprime ou honte induits par l'état de la peau.
- Techniques de camouflage (maquillage, vêtements…) pour cacher les marques de grattage.
- Utilisation d'objets spécifiques pour triturer la peau (pinces à épiler, aiguilles..)
- Evitements de certaines activités et situations sociales, intimes, familiales ou scolaires/professionnelles en raison de l'état de la peau.

✓ Montée d'une tension avant le grattage
✓ Satisfaction, apaisement, soulagement pendant le comportement
✓ Honte, colère, culpabilité après le grattage

Facteurs déclencheurs : la solitude, la colère, l'ennui, l'anxiété, le stress.

Critères diagnostiques du DSM-5 - 698.4 (L.98.1)

A. Triturage répété de la peau aboutissant à des lésions cutanées.
B. Tentatives répétées pour diminuer ou arrêter le triturage de la peau.
C. Le triturage de la peau entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
D. Le triturage de la peau n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. cocaïne) ou d'une autre affection médicale (p. ex. gale).

E. Le triturage de la peau n'est pas mieux expliqué par des symptômes d'un autre trouble mental (p. ex. idées délirantes ou hallucinations tactiles dans un trouble psychotique, tentatives d'atténuer un défaut ou une imperfection perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, stéréotypies dans les mouvements stéréotypés, ou intention de se faire du mal dans les lésions auto-infligées non suicidaires).

Une manie de soulagement des tensions internes et psychiques

Les comportements de la dermatillomanie s'accompagnent d'un sentiment de plaisir ou de soulagement au moment de l'impulsion, précédé d'un sentiment croissant de tension, d'anxiété ou de stress. Ces impulsions de « grattage » (gratter les irrégularités de la peau) ou de « triturage » (percer la peau pour faire sortir les imperfections) sont des séries de gestes reconnus comme irrationnels par la personne, mais répétés de façon ritualisée, non contrôlés et envahissants. Ce trouble peut entraîner des conséquences néfastes dans la vie quotidienne et devenir handicapant dans la vie personnelle, sociale, professionnelle ou scolaire. C'est une manie de soulagement des tensions psychiques et internes, une compensation de l'envie de faire mal (colère, agressivité) retournée contre soi dans un acte auto-punitif (honte de soi, culpabilité de ressentir certaines émotions ou pulsions). Ce comportement témoigne d'un malaise affectif et d'estime de soi qui peut être accentué par l'anxiété, la solitude, la déprime ou l'ennui. C'est une décharge impulsive et psychomotrice des tensions psychologiques.

La dermatillomanie peut avoir lieu à tout moment de la journée, du matin au soir. Mais généralement, les comportements s'exercent en soirée et avant de se coucher, afin d'évacuer les tensions internes de la journée. Et aussi en raison des marques qui auront le temps de cicatriser dans la nuit.

Les grattages ou triturages peuvent se faire seul(e) devant un miroir, en marchant, dans les transports ou pendant les activités dites « sédentaires » : lecture, conduite, travail, en regardant la télévision, devant l'ordinateur, au téléphone, au cinéma…

Caractéristiques diagnostiques du DSM-V

Prévalence :
Dans la population générale, la prévalence chez les adultes est de 1,4% ou légèrement plus. Au moins trois quart des individus présentant ce trouble sont des femmes.

DSM (***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders***) : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publié par la Société américaine de psychiatrie (APA).

DSM 5e version : Juin 2015

La caractéristique essentielle de la dermatillomanie est un triturage répété de sa propre peau (critère A). Les sites les plus communément triturés sont le visage, les bras et les mains, mais de nombreuses personnes se triturent de multiples régions du corps.

Les sujets peuvent triturer une peau saine, des irrégularités mineurs de la peau, des lésions telles que des boutons ou des callosités ou des croûtes provenant de triturais antérieurs. La plupart des personnes se triturent avec leurs ongles, bien que nombre d'entre elles utilisent des pinces à épiler, des épingles ou d'autres objets. Outre le triturage de la peau, il peut y avoir frottage de la peau, serrement, perforation et morsure.

Les sujets présentant une dermatillomanie consacrent souvent un temps significatif à leur comportement de tritrurage, parfois plusieurs heures par jour, et certains triturages de la peau peuvent persister pendant des mois ou des années. Le critère A nécessite que le triturage de la peau aboutisse à des lésions de celle-ci, bien que des sujets présentant ce trouble tentent souvent de dissimuler ou de camoufler de telles lésions (p. ex. avec du maquillage ou des vêtements). Les sujets présentant une dermatillomanie ont fait des tentatives répétées pour diminuer ou arrêter le triturage de leur peau (critère B).

La dermatillomanie, un trouble impulsif ou compulsif ?

Bien que le DSM-V ait classé la dermatillomanie dans « TOC et apparentés », il semble que ce trouble soit plus impulsif que compulsif

Les troubles impulsifs sont caractérisés par la difficulté à résister à un comportement qui peut être nocif pour soi ou pour les autres (Gieler, 2013). L'impulsivité est définie comme un échec ou une inefficacité dans la tentative de contrôle d'un comportement.

La COMPULSION est un contrôle excessif menant à un comportement voulu et obsessionnel pour apaiser et soulager la tension, tandis que L'IMPULSION est une perte de contrôle menant à un comportement non voulu qui apaise et soulage la tension (Misery, 2012).

L'impulsion est :

- Endogène : dérivée de motifs exclusivement internes.
- Incoercible et impérieuse : itération et composante émotionnelle importante.
- Répétée sous la même forme.
- Aberrante et involontaire : en désaccord avec le caractère du sujet et avec les exigences de la vie sociale et professionnelle.

Un Comportement Répétitif Centré sur le Corps (CRCC)

Les CRCC (*Body Focused Repetitive Behaviors - BFRB's*) sont des « Comportements Répétitifs Centrés sur le Corps » consistant en des gestes répétitifs d'auto-toilettage (*self-grooming*) comme se tirer les cheveux, se gratter, se triturer ou se mordre la peau… au point de se causer des blessures. Les CRCC les plus courants sont la trichotillomanie (s'arracher les cheveux), la dermatillomanie, l'oncophagie (se ronger les ongles), l'onychotillomanie (se ronger les peaux des doigts), le mordillement ou le triturage des lèvres, ou le mordillement de l'intérieur des joues.

Les personnes souffrant de CRCC ont observé que les comportements impulsifs avaient lieu pendant des périodes d'activités sédentaires. Ces activités incluent notamment : être au lit, écouter une présentation, conduire une voiture ou bien se faire conduire, parler au téléphone, être au cinéma, utiliser l'ordinateur, être assis à son bureau ou en classe, devant la télévision, mais également aux être aux toilettes etc.

Pour d'autres personnes, c'est au contraire lors de périodes d'activités physiques que les comportements se déclenchent (par exemple marcher ou se maquiller). Il se peut qu'une personne agisse en toute conscience, en planifiant par exemple de rentrer chez elle pour gratter une région de son corps (dans ce cas là c'est plus compulsif qu'impulsif, car il y a des cognitions avant le comportement). A d'autres moments, la même personne peut se retrouver en train de faire des gestes dans un état de semi-conscience, ne réalisant ce qu'elle a fait qu'en découvrant son visage boursouflé, des égratignures sur sa peau ou des plaies ouvertes.

Certains ressentent sur la peau une sensation qui attire les doigts vers l'endroit qui sera gratté ou épilé. D'autres personnes ne ressentent rien avant de commencer à se gratter ou à s'arracher des cheveux : les doigts trouvent tout simplement un chemin vers la peau, et le comportement est déclenché. Ces personnes recherchent une irrégularité spécifique sur la peau (rugueuse, irrégulière, bosselée…) et essayeront de faire disparaître l'irrégularité – imparfaite – qui les dérange.

La recherche des imperfections fait partie intégrante du processus, consistant à trouver des irrégularités sur lesquelles elles pourront se concentrer. Elles procéderont ensuite à une séance de triturage ou de grattage.

La gravité de ces comportements varie d'une personne à l'autre. Les personnes qui se grattent la peau créent des croûtes ou des blessures qui ne guérissent pas en raison du grattage répété. Il arrive parfois que la peau s'infecte ou forme des cicatrices, rendant le grattage apparent, ce qui peut attiser des sentiments de honte chez la personne ainsi affectée.

Que représente la peau ?

Selon le Dr Consoli, la peau est métaphoriquement associée aux membranes limitantes entre dedans et dehors, et, dans cette perspective, elle représente l'enveloppe narcissique par excellence. Elle signe la distinction (sinon la différence) entre moi et l'autre, elle dessine les frontières plus ou moins stables, discontinues, solides, évanescentes ou encore perdues, entre la réalité externe, celle de l'environnement, et la réalité interne, celle du sujet susceptible de se reconnaître comme tel. Les pathologies de la peau – qu'elles relèvent d'une affection dermatologique affective ou qu'elles figurent, au-delà, une atteinte des limites – sont très fréquemment renvoyées à des troubles narcissiques.

La peau représente la limite de l'espace psychique de l'individu. Elle jouerait ainsi un rôle de frontière entre deux mondes : un monde extérieur visible, exposé, bruyant, et un monde intérieur, invisible, caché, silencieux. Le regard est un organisateur important de cette partition en deux mondes : le regard du sujet qui, depuis la fin du XIXe siècle, est devenu plus exigeant, et le regard de l'autre qui, depuis le déploiement des médias, véritables miroirs grossissants, est, quant à lui, devenu encore plus impitoyable.

La peau n'est pas seulement la limite du corps de l'individu et la représentante de la limite de son espace psychique, elle est aussi une surface de 2 m2 environ sur laquelle sont recueillies des sensations si nombreuses et si variées que dire que l'on a « les nerfs à fleur de peau » semble à peine une métaphore. Sur la surface de la peau, en effet, s'expriment émotions, mouvements pulsionnels, affects, pensées. En bref, à la surface de la peau et dans la peau s'inscrivent, intimement mêlés, les effets visibles et invisibles, bruyants et silencieux du monde extérieur et du monde intérieur de l'individu : des occupations professionnelles ou de loisirs aux caresses, depuis longtemps refoulées ou oubliées, en passant par les fonctionnements biologiques internes (des gènes aux hormones).

Selon D. Anzieu, le concept du Moi-peau désigne une réalité fantasmatique qui s'étaierait principalement sur trois fonctions de la peau : celle de sac, de contenant rempli des expériences satisfaisantes du bébé; celle de surface entre le dedans et le dehors, protégeant l'individu des agressions externes provenant des autres ou des choses; et celle de zone d'échange et de communication avec les autres, d'établissement de relations signifiantes, de surface d'inscription des traces laissées par ces dernières.

Le Moi-peau a aussi une fonction d'intersensorialité. Trouée par des orifices qui mettent en relation le sujet avec le monde extérieur, la peau fait le lien entre ces différents orifices (oral, anal, génital) et entre les cavités occupées par les organes des sens (nez, bouche, oreille, oeil). Ainsi, de même que la peau relie les organes des sens entre eux, de même le Moi-peau relie « entre elles les sensations de diverses natures et les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile : c'est la fonction d'*intersensorialité* du Moi-peau, qui aboutit à la constitution d'un « sens commun » dont la référence de base se fait toujours au toucher. A la carence de cette fonction répondent l'angoisse de morcellement du corps, celle de démantèlement, c'est-à-dire d'un fonctionnement indépendant, anarchique, des divers organes des sens ».

LES 3 COMPORTEMENTS DE LA DERMATILLOMANIE

- **La vérification :** consiste à regarder son corps de très près afin de vérifier si la peau est parfaite. Le but est de déceler tous les défauts visibles ou perçus de la peau (boutons, croûtes, irrégularités…). Un miroir est souvent utilisé afin de mieux voir les imperfections.
- **Le triturage** : consiste en une excoriation minutieuse de la peau pendant ou après la vérification. Ce comportement peut se faire en « semi-conscience », laissant la personne dans un état hypnotique où elle perd la notion du temps.
- **Le grattage** : consiste à passer sa main ou ses doigts sur son corps et à rechercher tous les défauts qui seraient en relief sur la peau. Ceci afin d'enlever les imperfections avec ses ongles ou des outils spécifiques (pince à épiler, aiguilles, épingles, stylos, rasoirs, tire-comédon, cutter, ciseaux, punaise…).

Quelles sont les causes de la dermatillomanie ?
Les causes de ce trouble restent encore inconnues. Cependant, on constate que ce comportement est déjà présent chez les mammifères (*self-grooming*/auto-toilettage), et certains animaux peuvent également se mordre ou gratter, causant de grands dommages. En raison de cette similitude avec les animaux et le fait que chez certaines femmes, la dermatillomanie peut fluctuer en fonction du cycle menstruel, on peut supposer qu'il y aurait des causes génétiques ou biologiques sous-jacentes. Pour les hypothèses psychologiques, la dermatillomanie servirait d'exutoire à certaines personnes. Les comportements de triturage de peau seraient "auto-apaisants" car de nombreux patients parlent d'un « état hypnotique » ou de « semi-conscience » pendant le triturage, voire d'un état de transe. Le grattage répétitif de la peau semble également être un moyen d'augmenter le niveau d'activité des personnes qui s'ennuient, ou de contrôler leurs émotions quand elles se sentent anxieuses, tendues ou contrariées. C'est une manie qui servirait à soulager les tensions internes et les émotions refoulées. Un moyen de mettre l'esprit dans un « état ralenti » ou « endormi », afin de gérer les sentiments qui semblent insurmontables. Concernant les hypothèses comportementales, ce trouble pourrait se mettre en place suite à une acné mal vécue à l'adolescence où la personne aurait pris l'habitude de triturer ses imperfections et ne se serait pas arrêtée malgré le traitement dermatologique terminé. Il pourrait également survenir après une blessure ou une maladie de la peau. Lorsque la plaie commence à cicatriser, une croûte se forme, et elle peut parfois démanger et ainsi provoquer le grattage, puis devenir une habitude. La répétition des grattages fait que la peau ne guérit jamais complètement et donne ainsi envie de gratter les nouvelles croûtes et imperfections créées.

La dermatillomanie est-elle un comportement d'automutilation ?
Non, elle est parfois confondue avec les comportements d'automutilation en raison des lésions cutanées créées par la personne et le fait que la dermatillomanie soit auto-infligée. Pourtant, il est important de faire la distinction entre ces deux types de comportements. Les personnes atteintes du trouble de dermatillomanie ne souhaitent pas se causer de douleur afin de soulager un sentiment trop pénible ou pour reprendre le contrôle sur leur corps, comme ceux qui se coupent ou se brûlent. Les dermatillomanes, dans leurs comportements, cherchent un acte agréable qui soulage, suite à des remords ou une certaine détresse.

Quand la dermatillomanie devient-elle un problème grave ?
La dermatillomanie n'est pas grave dans tous les cas. Cependant, quand le trouble existe depuis longtemps, il se traduit par de grands dommages des tissus perceptibles et provoque une détresse émotionnelle chez la personne. Quand la dermatillomanie est sévère, les personnes souffrent d'une altération du fonctionnement social, professionnel et intime. Certaines activités sociales peuvent devenir difficiles, comme aller à la piscine, aller à la plage, faire du sport, aller au travail, aller à l'école ou faire d'autres activités. La dermatillomanie peut créer des blocages, de la honte ou des évitements en raison de l'état de la peau. En effet, les dermatillomanes évitent tout contact avec ceux qui pourraient remarquer leurs saignements, leurs marques, leurs cicatrices ou leurs plaies.

Quel est le traitement efficace pour traiter la dermatillomanie ?
L'approche de traitement la plus efficace est la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) avec la Technique de Renversement des Habitudes (TRH). La TRH est une approche globale qui permet de comprendre les déclencheurs physiques et émotionnels d'un individu, les facteurs situationnels ainsi que les comportements associés, impliqués dans des problématiques comme le triturage de peau chronique. Lorsque les facteurs sont connus, les stratégies d'adaptation alternatives sont mises en place. Cela comprend l'enseignement des réponses motrices concurrentes qui empêchent le grattage. La deuxième approche est appelée "Contrôle du Stimulus" (CS). Cette technique consiste à modifier les aspects physiques de l'environnement afin de réduire l'entrée sensorielle qui mène au grattage impulsif. On peut également travailler sur les « situations à risque », comme réduire les longues périodes de lecture, devant l'ordinateur ou assis à son bureau. Par ailleurs, certains médicaments peuvent aider à la diminution du comportement de grattage comme les ISRS (Inhibiteurs Spécifiques de Recapture de la Sérotonine). Mais il y a encore peu d'essais sur la dermatillomanie et les rémissions complètes n'ont pas été observées.

Dermatillomanie, dermatologie et psychologie

Le Dr Alibert (1802) écrivait que « le praticien qui néglige la doctrine des causes est comme un homme privé de sa vue. » Il sera parmi les premiers à mettre en exergue la dualité et les interactions qui se complètent et s'opposent dans le corps humain : le physique et le moral. Dans les années 60, les Dr De Graciansky et De Poligny écrivaient « Psychosomatique en dermatologie » (1970). Puis, Didier Anzieu écrivit « Le Moi-peau » (1974), cet ouvrage est la percée de la psychologie en dermatologie. En 1974, le Dr Pomey-Rey créa la première consultation de psychiatrie-psychanalyse en dermatologie à l'hôpital Saint-Louis et en 1989 parut son ouvrage « Bien dans sa peau, bien dans sa tête ». Elle y explique qu'il faut s'intéresser aux souffrances psychiques et proposer un remède à ces souffrances qui s'avèrent plus graves que celles générées par la peau.

Aujourd'hui encore, de nombreux praticiens admettent difficilement les interactions étroites entre la peau et le système nerveux, ou mésestiment leur importance. Des découvertes fondamentales ont pourtant été faites. Les cellules nerveuses présentent des connexions très proches des cellules cutanées. Une vingtaine de neuromédiateurs communs à la peau et au cerveau ont été recensés. On comprend donc bien comment le psychisme agit sur la peau. Le système nerveux peut traduire stress, émotions et pensées en langage biochimique avec les neuromédiateurs. Les dermatologues rencontrent encore des difficultés à faire en sorte que le patient s'exprime. Mais cela est nécessaire, car même les lésions bénignes peuvent être d'origine purement psychologique. La parole du malade reste très importante.

En réalité, le système nerveux intervient dans un certain nombre de dermatoses, en particulier dans les dermatoses inflammatoires. Les relations entre cellules nerveuses et cellules cutanées sont très précoces puisque la peau et le système nerveux proviennent du même tissu embryonnaire : l'ectoblaste. Les fibres nerveuses ont donc des connexions anatomiques étroites avec les cellules cutanées, les unes et les autres pouvant sécréter les mêmes neuromédiateurs. Paul Mc Lean fut le premier à mettre en évidence dans les années 50-60 le rôle du système limbique comme centre émotionnel du cerveau.

Puis trente ans plus tard, Le Doux mena des recherches plus précises sur l'amygdale et confirma ce rôle. En 1994, Allan Shore, psychologue au département de psychiatrie de l'université du Wisconsin, décrit le rôle joué par l'amygdale au cours de l'enfance. Si les émotions et les leçons des premières années de la vie possèdent une telle force, c'est parce qu'elles sont imprimées dans l'amygdale sous forme de schémas directeurs à un moment où l'enfant est encore incapable de traduire ses expériences par des mots.

On retrouve souvent chez les patients dermatillomanes des cas d'abandon. On parle d'ailleurs de « tic de consolation » chez les chiens abandonnés ou mal traités, ils se lèchent les pattes jusqu'à l'os (travaux du Dr Bourdin à Maisons-Alfort). Dans le cas de la dermatillomanie, l'appel à l'aide par le biais de la peau couverte de boutons est déplacé, la parole faisant défaut. Le processus thérapeutique « répare » alors cette carence par la mobilisation de la parole (les mots qui manquent). Ainsi, un second étayage se met en place et permet de revivre les émotions refoulées.

Lorsqu'un dermatologue constate une dermatillomanie chez un patient, après son traitement dermatologique, il devrait être conseillé par ce professionnel une consultation chez le psychologue, au même titre que les analyses biologiques (Pomey-Rey, 1999).

Les patients appellent parfois à l'aide par le biais de la peau. Il faut savoir reconnaître cet appel le plus tôt possible au risque d'une vie gâchée sur le plan affectif, social ou d'une baisse d'estime de soi.