

Le retentissement psychologique des pathologies chroniques du cheveu

Psychological consequences of chronic hair diseases

F. Poot

Service de Dermatologie, Hôpital Erasme, U.L.B.

RESUME

L'auteur présente les conséquences psychologiques des différentes pathologies du cheveu à la lumière de la littérature récente. D'une façon générale, ces conséquences seront influencées par les stratégies d'adaptation développées et par les traits de personnalité préexistants. Toutes pathologies confondues, la souffrance engendrée par la chute de cheveux est similaire à celle du psoriasis sévère. Elle atteint essentiellement l'estime de soi. L'importance de cet impact semble soutenu par un manque de sécurité dans l'attachement lors de la prime enfance. Les stratégies d'adaptation en seront modifiées et rigidifiées. Deux syndromes psychiatriques sont d'abord mentionnés : le syndrome dysmorphique (défaut imaginaire de l'apparence) et la trichotillomanie. L'alopecie androgénétique entraîne une souffrance importante chez la femme principalement. La chute de cheveux induite par la chimiothérapie altère la confiance en soi qui ne se récupère pas totalement avec la repousse. C'est l'effet secondaire vécu comme le plus traumatisant. Une stratégie de prise en charge cosméto-oncologique a été élaborée dans notre service pour répondre à cette souffrance. La pelade étendue est associée à une comorbidité psychiatrique importante : anxiété, dépression principalement. Elle semble liée à des événements traumatisants anciens et révèle donc plutôt un stress chronique. Ces patients sont caractérisés par une difficulté à exprimer leurs émotions (alexithymie) ce qui, en lecture systémique, est interprété comme un devoir inconscient de protéger la famille de tout conflit. Celui-ci stimule en effet une angoisse fantasmatique de rupture liée à des pertes et décès précoces dans les générations précédentes. Un travail psychothérapeutique familial permet de faire évoluer ces croyances inconscientes.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 286-8

ABSTRACT

The author is looking to the psychological consequences of chronic hair diseases through a review of the recent literature. In general those consequences are depending on the coping skills and on the personality traits. The effect of hair loss on the quality of life is similar to that of a severe psoriasis. The most important effect is a loss of self-confidence. This is enhanced by an insecure or ambivalent attachment pattern. The coping skills will therefore be different and less flexibles. Two psychiatric syndromes are first mentioned : the body dysmorphic syndrome (very slight or imaginary defect in appearance) and trichotillomania. Androgenetic alopecia leads to an important suffering in women mostly. Alopecia induced by cancer chemotherapy has been reported to cause changes in self-concept and body image. This does not return to the previous state after regrowth of hair for a majority of patients. A cosmeto-oncologic care strategy is developed in our department to improve the quality of life of the patients during this difficult coping period. Alopecia areata has an important psychiatric comorbidity : mostly anxiety and depression. Old stressful life events are frequently reported at the onset of the disease revealing a chronic stress. Those patients have difficulties to express their feelings (what is called alexithymia). With a systemic vision this is interpreted as an unconscious task of avoiding family conflicts. This conflicts are raising the anxiety of family splitting coming from early loss or death in the previous generations. A cautious family therapy helps to change those unconscious myths.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 286-8

Key words : hair diseases, alopecia areata, chemotherapy, androgenetic alopecia, coping skills, family therapy

Une pathologie atteignant un organe aussi visible que la chevelure va bien évidemment entraîner un retentissement sur l'image de soi du patient. Ce retentissement et la souffrance qui en résulte seront influencés par les stratégies d'adaptation développées et par des traits de personnalité préexistants. Ceci sera mesuré par des questionnaires de qualité de vie qui sont de plus en plus utilisés en dermatologie. Une étude réalisée par un des promoteurs de ces questionnaires, Finlay¹, montre que l'impact des alopecies sur la qualité de vie, toutes pathologies confondues, est similaire à celui du psoriasis sévère. Elle met en évidence des sentiments de perte de confiance en soi et de manque d'estime de soi. De plus 40 % des patients (sur un nombre de 70) n'étaient pas satisfaits de la façon dont leur médecin les a pris en charge. Dans une autre étude², les concepts d'adaptation à la maladie ont été étudiés dans le cadre de la théorie de l'attachement. Cent cinquante patients ont été étudiés. Ils appartenaient à 3 sous-groupes : cancer du sein, ulcères de jambe, perte de cheveux. Un manque de sécurité dans l'attachement était relié à des stratégies d'adaptation moins souples. Le type d'insécurité dans l'attachement (ambivalence ou évitement) entraîne des stratégies d'adaptation différentes également qui vont des émotions négatives aux diversions.

Il est important de rappeler que le syndrome dysmorphique³ porte souvent sur la chevelure. Ce syndrome, qui atteint près de 12 % des patients consultant un dermatologue, porte sur un défaut imaginaire de l'apparence. Ceci entraîne une grande souffrance pour le patient, qui en fait une idée fixe. Il tend à fuir les contacts sociaux pour s'isoler de plus en plus. Il s'agit d'une pathologie hallucinatoire mono-symptomatique (souvent le patient fonctionne très bien dans les autres domaines de sa vie, en tous cas au début). Là aussi des études sur les types d'attachement ont été réalisées et chez les femmes atteintes de chute de cheveux diffuse non visible, on retrouve une ambivalence de l'attachement⁴. Ces patients, très méfiants, sont difficiles à traiter car ils ne reconnaissent pas la nature psychologique de leur affection. Ils répondent bien aux neuroleptiques à très petites doses et aux antidépresseurs sérotoninergiques. Le tout est de leur faire accepter le traitement.

N'oublions pas de mentionner la trichotillomanie qui est une pathologie psychiatrique, proche des troubles obsessionnels compulsifs. Souvent dans l'enfance le patient cache le fait qu'il se provoque les lésions mais à l'âge adulte il le reconnaît, bien qu'il en soit honteux et cherche à se défaire de cette habitude invalidante. Les traumatismes infantiles sont plus sévères dans la trichotillomanie que dans les troubles obsessionnels compulsifs, particulièrement la négligence émotionnelle⁵. Une psychothérapie associée à des traitements médicamenteux psychiatriques donnera les meilleurs résultats.

Des études ont été réalisées sur différents types de chute de cheveux : l'alopecie androgénétique, l'alopecie accompagnant les chimiothérapies, la pelade.

L'ALOPECIE ANDROGENETIQUE

Une méta-analyse réalisée en 1999⁶ sur les recherches dans ce domaine montre un effet négatif mais modeste d'une chute de cheveux visible, sur les perceptions sociales. L'alopecie androgénétique est typiquement vécue comme une expérience modérément stressante qui diminue la satisfaction de l'image corporelle. Des effets plus négatifs sont observés chez les femmes et chez les personnes qui demandent un traitement. Dans une autre étude, on retrouve un impact négatif important chez les femmes ayant une chute de cheveux visible. On relève une atteinte du fonctionnement, des émotions, de la confiance en soi et un vécu de stigmatisation⁷. Si l'on compare l'effet de la calvitie sur le psychisme des femmes par rapport aux hommes, on trouve une image de soi plus altérée et une moins bonne adaptation⁸. Une étude a comparé 58 femmes avec ce type d'alopecie à un groupe de femmes atteintes de dermatoses non visibles et à un groupe d'hommes avec la même pathologie⁹. Ces patientes avaient des scores plus élevés d'autosuffisance et d'inadéquation sociale comparées aux femmes atteintes de dermatoses non visibles. Elles étaient plus rigides et maladaptées psychologiquement que les hommes chauves et avaient une moins bonne estime d'elles-mêmes et plus de problèmes psychosociaux en général. En ce qui concerne les hommes, ceux qui perdent leurs cheveux sont plus préoccupés de leur âge et moins satisfaits de leur apparence. Néanmoins ce sentiment décroît avec l'âge¹⁰. Comment les chauves sont-ils perçus ? Une étude réalisée en Corée relève que les chauves sont perçus comme moins séduisants par les femmes et par eux-mêmes¹¹. Ils semblent moins choisis lorsqu'ils cherchent un emploi. Ils sont cependant préférés dans des professions comme médecin, avocat, professeur, pasteur et diplomate¹². Mais ils sont vécus comme apaisants et ayant plus de maturité sociale¹³. Enfin dans une étude comparant ces sentiments dans 4 régions d'Europe (France, Allemagne, Italie et Angleterre), ils étaient similaires mais moins marqués en Angleterre¹⁴.

LA CHUTE DE CHEVEUX INDUITE PAR LA CHIMIOTHERAPIE

Assez curieusement, s'il est évident que cette alopecie va avoir des répercussions sur l'image de soi et sur l'image corporelle des patientes atteintes de cancer du sein, 73 % des patientes ne retrouvent pas complètement leur confiance en elles bien après la repousse. Pour 43 % d'entre elles, c'est l'effet secondaire le plus traumatisant de la chimiothérapie¹⁵. Si les recommandations du médecin sont le premier facteur influençant le traitement, l'image corporelle et les effets sur la sexualité sont les autres facteurs déterminants. 8 % des patientes risquent de ne pas vouloir suivre le traitement à cause de cela et pour 58 %, la chute de cheveux est l'angoisse majeure face au traitement¹⁶. C'est dire combien une aide psychologique et cosmétique peut être utile. Le Service de Dermatologie de l'Hôpital Erasme a élaboré une stratégie de prise en charge cosmétologique des patientes oncologiques.

Une étude randomisée est en cours pour objectiver l'effet de cette approche sur la qualité de vie des patientes pendant et après cette période traumatisante¹⁷. Une formation d'infirmière en cosméto-oncologie est en élaboration.

LA PELADE

La pelade va bien sûr avoir de lourdes conséquences sur la qualité de vie et sur l'image de soi si elle est étendue ou universelle et chronique. Elle tend à être associée à un évitement de l'attachement, à une alexithymie importante et à un support social limité¹⁸. Un échantillon randomisé de 32 patients atteints de pelade en plaque a été étudié. Il existait une comorbidité psychiatrique chez 66 % d'entre eux, le plus souvent des troubles d'ajustement, une anxiété généralisée ou des épisodes dépressifs. L'adaptation à la maladie était satisfaisante montrant peu de répercussions sociales, professionnelles et sexuelles en général. Notre conviction basée sur la théorie systémique et la thérapie familiale et sur les résultats thérapeutiques procurés par cette approche est que si ces patients ne peuvent exprimer leurs émotions ce qui est le propre de l'alexithymie, ceci proviendrait non d'une incapacité à ressentir des émotions, mais d'un filtrage soigneux de celles-ci par devoir inconscient de protéger la famille de tout conflit. Ces conflits possibles stimulent une angoisse fantasmagorique de rupture. L'histoire familiale de ces patients révèle des pertes brutales, des décès précoces dans les générations précédentes. Ces traumatismes ont généré un mythe familial inconscient : tout plutôt que l'éclatement familial¹⁹. Une thérapie familiale adaptée à ces résistances permet une évolution de toute la famille. Ainsi le patient peut devenir conscient des souffrances sous-jacentes à sa maladie et s'en dégager tout en respectant son devoir de fidélité à la famille.

BIBLIOGRAPHIE

1. Williamson D, Gonzales M, Finlay AY : The effect of hair loss on quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000 ; 15 : 137-9
2. Schmidt S, Nachtigall C, Wuetrich-Martone O, Strauss B : Attachment and coping with chronic disease. *J Psychosom Res* 2002 ; 53 : 763-73
3. Cotterill JA : Dermatological non-disease : a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *Br J Dermatol* 1981 ; 104 : 611-9
4. Schmidt S : Female alopecia : the mediating effect of attachment patterns on changes in subjective health indicators. *Br J Dermatol* 2003 ; 148 : 1205-11
5. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N et al : Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depres Anxiety* 2002 ; 15 : 66-8
6. Cash TF : The psychological consequences of androgenetic alopecia : a review of the research literature.

Br J Dermatol 1999 ; 141 : 398-405

7. Schmidt S, Fisher TW, Chren MM, Strauss BM, Elsner P : Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. *Br J Dermatol* 2001 ; 144 : 1038-43
8. Cash TF, Price VH, Savin RC : Psychological effects of androgenetic alopecia on women : comparisons between balding men and women with female control subjects. *Am Acad Dermatol* 1993 ; 29 : 568-75
9. Van der Donk J, Passchier J, Knecht-Junk C et al : Psychological characteristics of women with androgenetic alopecia : a controlled study. *Br J Dermatol* 1991 ; 125 : 248-52
10. Girman CJ, Rhodes T, Lilly FR et al : Effects of self-perceived hair loss in a community sample of men. *Dermatology* 1998 ; 197 : 217-8
11. Lee HJ, Ha SJ, Kim D, Kim HO, Kim JW : Perception of men with androgenetic alopecia by women and nonbalding men in Korea : how the nonbald regard the bald. *Int J Dermatol* 2002 ; 41 : 867-69
12. Keating CF, Bai DL : Children's attribution of social dominance from facial clues. *Child Dev* 1986 ; 57 : 1269-76
13. Muscarella F, Cunningham MR : The evolutionary significance and social perception of male pattern baldness and facial hair. *Ethol Sociobiol* 1996 ; 17 : 99-117
14. Budd D, Himmelberger D, Rhodes T, Cash TE, Girman CJ : The effects of hair loss in European men : a survey in four countries. *Eur J Dermatol* 2000 ; 10 : 122-7
15. Munstedt K, Manthey N, Sachsse S, Vahrson H : Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer* 1997 ; 5 : 139-43
16. McGarvey EL, Baum LD, Pinkerton RC, Rogers LM : Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Pract* 2001 ; 9 : 283-9
17. Titeca G, Pirard D, Comas M, Poot F, Heenen M : Hospital cosmetic care with oncology patients – 10th International Congress on Dermatology and Psychiatry – Abstracts. *Dermatol Psychosom* 2003 ; 4 : 103-22
18. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS et al : Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003 ; 44 : 374-81
19. Poot F, Onnis L : The merits of a systemic vision and the usefulness of the genogram in psychosomatics : application to Psychodermatology. *Dermatol Psychosom* 2001 ; 2 : 77-81

Correspondance et tirés à part :

F. POOT
Hôpital Erasme
Service de Dermatologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles

Travail reçu le 11 juin 2004 ; accepté dans sa version définitive le 22 juin 2004.