

Diplôme Universitaire Hypnothérapie



Dermatite atopique et hypnothérapie
A propos d'un cas clinique

Nathalie Weibel
Psychologue clinicienne
N° étudiant : 18015780

Directeur de mémoire
Docteur Thierry Sage
Dermatologue – Docteur en Psychologie

Année 2018-2019

*« L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée
par la chaleur d'une autre »*

Milton Erickson

REMERCIEMENTS

A ma patiente Jade, sans qui ce travail n'aurait pu avoir lieu.

Au Professeur Antoine Bioy, pour m'avoir permis d'intégrer ce D.U. et pour cette fabuleuse découverte de l'hypnose.

Au Docteur Thierry Sage, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et sa bienveillance dans l'encadrement de ce mémoire.

Aux intervenants du D.U., pour leurs apports de connaissances et la richesse des échanges autour de leurs pratiques.

A tous les collègues de ce D.U., pour ce formidable esprit d'équipe et pour ces moments partagés.

A Toi, pour ton aide précieuse, tes encouragements et ta patience.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	5
<u>REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE</u>	6
I/ LA PEAU ET LE PSYCHISME	6
1. Au commencement était la peau	6
2. Vers la psychodermatologie	7
3. Les fondements de la psychodermatologie	8
3.1. Le système neuro-immuno-cutané	8
3.2. Le moi-peau	8
II/ LA DERMATITE ATOPIQUE	12
1. Définition	12
2. Composantes psychiques	12
2.1. Les facteurs psychologiques	13
2.1.2 Le stress	13
2.1.3 Les caractéristiques de la personnalité	13
2.2. Le retentissement psychoaffectif et psychosocial	15
III/ L'HYPNOSE ET LA DERMATOLOGIE	16
1. Définitions de l'hypnose	16
2. L'hypnose en dermatologie	16
2.1. L'hypnose est un processus qui engage le corps	16
2.2. Utilisation de l'hypnose en dermatologie	17
2.3. Utilité de l'hypnose en dermatologie	18
2.4. Hypnothérapie et dermatite atopique	18
IV/ PROBLEMATIQUE	19
<u>METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</u>	20
1. Présentation du cadre de la rencontre	20
2. Présentation de la patiente et de sa demande	21

<u>RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES</u>	23
1. Première séance – <i>Premiers éléments d’anamnèse : Entretien clinique</i>	23
2. Deuxième séance – <i>1ere séance d’hypnose : Le lieu sûr</i>	24
3. Troisième séance – <i>2eme séance d’hypnose : La métaphore de l’étang</i>	26
4. Quatrième séance – <i>3eme séance d’hypnose : La perception de la peau</i>	28
5. Cinquième séance – <i>4eme séance d’hypnose : Les ressources intérieures</i>	30
6. Sixième séance – <i>Séance sans hypnose : Entretien clinique</i>	32
7. Septième séance – <i>5eme séance d’hypnose : Les mains de Rossi</i>	33
8. Huitième séance – <i>6eme séance d’hypnose : La métaphore de la maison (1)</i>	35
9. Neuvième séance – <i>7eme séance d’hypnose : La métaphore de la maison (2)</i>	37
<u>DISCUSSION THEORICO CLINIQUE</u>	40
1. Tableau clinique de Jade	40
2. Problématique et hypothèses	41
3. Analyse des séances d’hypnose	41
4. Confrontation des observations et des résultats aux échelles d’évaluation, à la problématique	48
5. Point éthique	49
<u>CONCLUSION</u>	51
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	53
<u>ANNEXES</u>	58
1. Protocole DLQI - Dermatology Life Quality Index	58
2. Protocole Echelle d’Estime de Soi de Rosenberg	60
<u>RESUME ET MOTS CLEFS</u>	62

INTRODUCTION

Il y a maintenant une trentaine d'années alors que nous étions encore à l'Université lors de la préparation de la maîtrise et du D.E.S.S. en psychologie clinique et psychopathologie, un intérêt tout particulier à *la place du corps en psychologie* nous a saisi et ne nous a plus quitté depuis. Un peu plus tard en 1991, grâce à une création de poste, l'opportunité d'intégrer le C.H.U. de Besançon après nos études universitaires s'est présentée. Ce poste attaché au service de dermatologie, créé au départ dans le cadre de la pathologie V.I.H., nous a amené au fil des années à nous intéresser de très près aux problématiques psychologiques rencontrées dans les dermatoses.

Notre pratique clinique d'inspiration psychanalytique, nous a permis d'observer que le psychologue dans un service médical ne parle pas tout à fait du même corps que le médecin. En effet, ce qui va nous intéresser au-delà du corps malade, c'est le corps « imaginaire » accessible au travers de la parole du patient par le biais de ses images du corps intériorisées, par l'exploration des enveloppes psychiques et des configurations de son moi peau. Cette option choisie, d'écouter le monde fantasmatique individuel, ouvre l'accès au vécu intrapsychique de la maladie. Cette dernière devient alors un événement en lien avec une histoire. Le psychologue va *penser* le corps à défaut de le *panser*.

Les années s'écoulant, nous avons souhaité introduire de nouvelles médiations thérapeutiques (relaxation, méditation) afin de mieux prendre en compte le corps « réel ». En effet, nous avons constaté que la thérapie par la parole, seule, ne pouvait suffire dans certains cas à réparer l'inscription émotionnelle dans le corps. Aussi, il nous a fallu emprunter ces chemins du corps au travers de la sensorialité. Et si le corps était lui-même facteur de changement ? Au-delà d'une mise en mots, se reconnecter tout simplement à ses éprouvés corporels. Retrouver le trait d'union originel. Après tout, n'est-ce pas par le corps que la psyché se construit...

Notre curiosité personnelle autour de la notion de conscience et de ses états modifiés ; dans la transe par exemple, nous a progressivement amené à souhaiter intégrer ces dimensions dans notre pratique clinique hospitalière. En particulier, chez des sujets malades de leur peau avec qui un travail de symbolisation est parfois difficile, il nous est venu à l'idée que d'introduire la transe hypnotique pouvait s'avérer très intéressante. En effet, peut-être que le dispositif

hypnotique allait permettre d'appréhender d'autres sphères de la conscience afin de lever, voire de désactiver, certains processus psychocorporels à l'œuvre derrière le symptôme.

Le diplôme universitaire d'hypnothérapie nous a semblé tout à fait adapté pour mener à bien ces réflexions et tenter ensuite de les mettre en pratique avec la garantie d'un crédit scientifique essentiel pour l'institution hospitalière.

L'objet de notre étude de mémoire sera donc l'apport de l'hypnose en dermatologie à travers l'étude d'un cas clinique de dermatite atopique. Nous allons procéder dans un premier temps à une revue théorique non exhaustive des travaux concernant les liens peau et psyché, les composantes psychologiques de la dermatite atopique et enfin l'hypnose dans le cadre de la dermatologie. Nous pourrions alors énoncer notre problématique et nos hypothèses de travail.

REVUE THEORIQUE DES TRAVAUX ET PROBLEMATIQUE

I/ LA PEAU ET LE PSYCHISME

1. Au commencement était la peau

« Elle est le parchemin sur lequel s'écrit notre vie. Baisers des amants, brûlure des orties ou du soleil, morsure du froid ou du temps, souvenirs d'enfance et d'amour, caresses du vent : la peau nous enveloppe autant qu'elle nous expose. Ce voile singulier est notre présence la plus évidente et la plus secrète. » (Huser, 2011)

Bien qu'on la tienne souvent pour acquise, la peau est à bien des égards, l'organe sensoriel le plus fondamental. Nous pouvons vivre sans la vue, l'ouïe, le goût et l'odorat, mais nous ne pouvons pas survivre si la majeure partie de notre peau n'est pas intacte. La peau constitue la partie la plus importante et la plus lourde de notre corps et ses capacités sensorielles se développent plus tôt que celles des autres systèmes sensoriels. Pourtant, ce n'est qu'assez récemment qu'elle a commencé à susciter de façon durable l'intérêt des chercheurs. Comme l'explique l'anthropologue Ashley Montagu (1979) dans son ouvrage phare sur la peau dans les contextes transculturels : *« On aurait pu penser que la remarquable faculté d'adaptation de la peau, sa résistance aux changements de l'environnement, ses aptitudes thermostatiques et tactiles étonnantes, sans compter l'efficacité particulière du rempart qu'elle oppose aux agressions du milieu, bref que toutes ces propriétés seraient suffisamment marquantes pour*

susciter l'intérêt des chercheurs. Mais, aussi étrange que cela puisse paraître, ce ne fut pas le cas, du moins jusqu'à ces dernières années ». Environ une décennie plus tard, le psychanalyste français Didier Anzieu (1991) avance un argument semblable. Alors que notre existence elle-même en dépend, nous avons tendance à prendre notre peau pour acquis, affirme-t-il : « (...) *il n'y a pas d'être humain sans une enveloppe de peau à peu près complète. Si un septième de la peau est détruit par accident, lésion, brûlure, l'être humain meurt. (...) La peau est tellement fondamentale, sa fonction va tellement de soi que personne n'en remarque l'existence jusqu'au moment où elle est défaillante* ».

2. Vers la psychodermatologie

Le psychisme et la peau entretiennent à plusieurs titres des liens privilégiés. Les maux de la peau retentissent sur le psychisme et les souffrances psychologiques font mal à la peau. Ces postulats nous plongent dans le vif du sujet, à savoir l'articulation du psychisme et du somatique dans la maladie de peau.

Il n'est pas surprenant de trouver les premiers chercheurs psychosomaticiens en grande partie chez des dermatologues, comme le signale Bolgert (1970) : « *Les précurseurs furent en 1681, Sydenham (œdème angioneurotique chez les hystériques), en 1726, Turner (rosacée d'une veuve après un deuil conjugal) et en 1829, Batemann (eczéma succédant à une angoisse prolongée). C'est en 1850 que Wilson découvre l'action thérapeutique de la suggestion dans les verrues et en 1899 que Brocq et Jacquet s'intéressent à la nature des prurits.* » Toutes leurs observations indiquent d'étroites corrélations entre un choc affectif et une réaction somatique de type cutané.

Il y a un peu plus d'une trentaine d'années, une discipline nommée psychodermatologie voit le jour en France. Cette discipline est alors portée par deux mouvements distincts :

- La Société Francophone de Dermatologie Psychosomatique (SFDP) sous la présidence du Docteur S. Consoli, dermatologue et psychanalyste.
- Le Cercle d'Etude et de Rapprochement de la Dermatologie et de la Psychanalyse (CERDP) présidé par le Docteur D. Pomey-Rey, dermatologue, psychiatre et psychanalyste.

Le concept de « psychodermatologie » venu plutôt des pays anglo-saxons tend à remplacer le concept de « psychosomatique » dans les différents travaux réalisés dans ce domaine de la dermatologie. (Consoli, 2012)

3. Les fondements de la psychodermatologie

3.1. Le système neuro-immuno-cutané

La formation du revêtement cutané au cours de la vie embryonnaire permet de mieux pressentir l'étroitesse des rapports entre la peau et le psychisme. La peau et le système nerveux ont la même origine chez l'embryon humain. En effet, entre le système nerveux et l'appareil cutané existe une parenté embryologique, puisque c'est le même feuillet appelé ectoblaste qui donne naissance, d'une part à l'ensemble du système nerveux central et du système nerveux périphérique, et d'autre part à la peau et aux phanères.

Peau et système nerveux central partagent aussi toute une série de substances appelées neuromédiateurs. Sécrétés à la fois par la peau et par les neurones du système nerveux, on les retrouve au niveau du cerveau, de la moelle et des récepteurs sensoriels de la peau. (Misery, 1997)

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'hyper séborrhée ou de troubles de la pigmentation. (Pomey-Rey, 1999)

Par ailleurs, depuis, de nombreux travaux ont continué à mettre en évidence la réponse physiologique de la peau au stress. (Sage, 2011)

3.2. Le moi-peau

Freud (1923) a évoqué l'importance de la surface du corps, des sensations, des expériences et des échanges tactiles pour la constitution du psychisme de l'individu, pour la constitution de son moi. Il a écrit dans *Le Moi et le Ça* : « *le moi est avant tout corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui-même la projection d'une surface* »

« *Le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps et de plus, comme nous l'avons vu plus haut, il représente la surface de l'appareil mental.* »

À la suite des éthologues (H.F. Harlow, en particulier), John Bowlby élabore dès les années 1950 une théorie de l'attachement. Selon ce psychanalyste anglais, l'attachement serait le premier mode de relation du bébé au personnage maternel. Il se construirait lors des premières années de la vie et serait favorisé par cinq éléments : la solidité du portage, la chaleur de l'étreinte, la douceur du toucher, l'échange de sourires et l'interaction des signaux sensoriels et moteurs lors de l'allaitement (Anzieu ajoutera plus tard à ces cinq éléments la concordance des rythmes entre la mère et l'enfant). La fonction essentielle de ce lien d'attachement serait d'assurer la sécurité de l'enfant, et donc de satisfaire son besoin primordial de protection. (Bowlby, 1978)

Pour Donald W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, la mère en raison de l'immaturation motrice et affective du bébé est, pour ce dernier, l'auxiliaire indispensable qui médiatise ses échanges avec le monde extérieur. C'est elle qui joue un rôle de discrimination, filtrant les stimuli provenant de l'environnement à un moment où le nourrisson est, lui-même, incapable d'assurer sa propre protection. La mère joue donc un rôle de barrière « pare-excitation » qui préserve son enfant jusqu'à ce que ce dernier puisse prendre le relais grâce à la maturation de ses fonctions corporelles. Quand le rôle de « pare-excitation » est joué correctement par la mère, l'enfant investira ses limites corporelles, c'est-à-dire ses organes sensoriels et sa surface cutanée, les reconnaissant capables d'assurer la protection dont il a besoin face à toute agression extérieure, sans être sous la menace permanente d'une possible effraction. (Winnicott, 1956) Il a également beaucoup insisté sur l'importance de la continuité des expériences corporelles de portage et d'agrippement avec la mère bien réelle, le fameux « holding », pour la maturation affective de l'enfant et le besoin de protection de ce dernier.

René A. Spitz, psychanalyste anglais, a décrit sous le terme « hospitalisme », une carence affective entraînant des régressions graves rapidement irréversibles, survenant chez des nourrissons qu'une hospitalisation précoce sépare de leur mère ; objets de soins routiniers, dénués de tendresse et de chaleur affective, ces nourrissons manquent du libre jeu des communications tactiles, olfactives, auditives et visuelles exercées par la mère. (Spitz, 1974)

C'est dans cette dynamique d'élaboration théorique psychanalytique, et après W.R. Bion parlant de « peau mentale » ou de « première peau » et E. Bick parlant de « peau musculaire secondaire » ou de « peau psychique », que Didier Anzieu a élaboré le concept de Moi-peau.

Le moi-peau désigne une « réalité fantasmatique », une figuration dont l'enfant se servirait au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps. Ce moi-peau s'étayerait, *principalement*, sur trois fonctions de la peau : celle de contenance, remplie des expériences satisfaisantes que l'allaitement, les soins, les bains de parole y ont accumulées ; celle de surface entre le dedans et le dehors, protégeant l'individu des agressions externes provenant des autres ou des choses et enfin, celle de zone d'échange et de communication avec autrui, d'établissement de relations signifiantes et de surface d'inscription de traces laissées par ces dernières. L'enfant est donc enveloppé par les soins maternels. Dans ce véritable peau à peau, corps à corps avec la mère, se constitue une interface figurée par le fantasme d'une peau commune à la mère et à l'enfant, capable de protéger des excès d'excitation : d'un côté la mère (on pourrait dire le feuillet externe du moi-peau), de l'autre côté l'enfant (on pourrait dire le feuillet interne du moi-peau). Bien sûr, un écart progressif entre les deux feuillets de cette peau psychique est nécessaire : c'est alors qu'adviennent les fantasmes de peau arrachée, meurtrie. Le dépassement de tous ces fantasmes de peau arrachée permet à l'enfant d'acquérir un moi-peau lui appartenant en propre. Ainsi, selon Anzieu, de même que la peau enveloppe tout le corps, le moi-peau enveloppe tout l'appareil psychique. L'acquisition par un sujet d'un moi-peau personnel et assurant harmonieusement ses différentes fonctions, a pu être entravée par des alternances imprévisibles d'attachement excessif à l'objet d'amour de la toute petite enfance (la mère le plus souvent) et de détachement brutal. L'absence chez un sujet, d'un moi-peau lui appartenant en propre peut favoriser l'émergence chez le thérapeute du sentiment que son patient est agrippé voire collé à lui, incapable de s'autonomiser, d'avoir sa peau à lui, son espace psychique personnel.

Le sentiment de sécurité intérieure : Le type de déficience du moi-peau vu précédemment se rencontre dans la pathologie cutanée, celle-ci étant consécutive très fréquemment de troubles de l'attachement. Les affections de la peau entretiennent d'étroites relations avec des failles narcissiques et des insuffisances de structuration du moi et le sentiment de sécurité intérieure, en particulier, est mis à mal. En effet, le sentiment de sécurité intérieure prend sa source, comme nous l'avons vu, dans la sécurité affective que le sujet a connue durant l'enfance. Cette notion est liée à la notion d'attachement. L'eczéma généralisé par exemple, pourrait traduire une régression à l'état infantile de complète dépendance, une conversion somatique de l'angoisse d'effondrement psychique, l'appel muet et désespéré à un moi auxiliaire fournissant un appui total. (Anzieu, 1985)

Le psychothérapeute va offrir à ce type de patient, un cadre sécurisant en prenant le rôle d'un appui auxiliaire exerçant *symboliquement* les composantes de l'attachement par une attitude bienveillante (sourire, solidité du portage, douceur du toucher, chaleur de l'étreinte, messages sensoriels et moteurs accompagnant la *parole-nourriture*). Ces soins psychiques ramènent au bain de paroles et aux mimiques accompagnants les soins maternels.

Comme le souligne Anzieu (1991) « (...) *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 le thérapeute, en plus du dialogue verbal, l'échange visuel, la communication par la mimique et la posture qui ont été insuffisamment exercés autrefois* ».

On comprend que grâce à l'élaboration de son concept de moi-peau, Anzieu a certainement été l'un des initiateurs du rapprochement entre dermatologues et psychanalystes (Consoli, 2003)

L'approche psychosomatique en dermatologie a été longtemps influencée, en France, par la psychanalyse. L'apport de cette discipline reste actuellement fondamental. Cependant, des études comparatives avec groupe témoin, des essais interventionnels randomisés, des études longitudinales prospectives se multiplient et concernent des malades souffrant de maladies cutanées diverses. Ces études restent complémentaires des exposés détaillés de cas suivis en psychothérapie analytique dont la réflexion porte sur le sujet malade lui-même et sur la singularité de son histoire, de son fonctionnement psychique et de son mode de relation aux autres. Tous ces travaux sont débattus au sein de sociétés savantes nationales et internationales (ex : ESDaP – European Society of Dermatology and Psychiatry)

II/ LA DERMATITE ATOPIQUE

1. Définition

La dermatite atopique (ou eczéma) est une dermatose inflammatoire avec une étiopathogénie multifactorielle, terrain héréditaire, immunologique, structurelle (anomalie de la barrière épidermique), facteurs environnementaux. Elle se développe préférentiellement chez le nourrisson et l'enfant, mais peut persister voir apparaître à l'âge adulte. Elle est caractérisée par une sécheresse cutanée associée à des lésions prurigineuses (rougeurs et démangeaisons, vésicules, suintement et croûtes) qui évoluent par poussées. Son évolution naturelle spontanée chez l'adulte est la guérison dans plus de 90% des cas.

2. Composantes psychiques

Nous nous proposons de décliner en deux temps les composantes psychiques de la dermatite atopique.

- Les facteurs psychologiques
- Le retentissement psychoaffectif et psychosocial

2.1. Les facteurs psychologiques

Selon Constantini et Castro (2013), les données de leur étude montrent que dans 70 % des cas de dermatite atopique, les lésions cutanées sont aggravées par des situations stressantes. Ce sont des dermatoses, directement influencées par des facteurs psychologiques, provoquant une baisse de l'estime de soi et qui peuvent conduire l'individu à une symptomatologie dépressive.

2.1.1. Le stress

« Un stress est la conjugaison d'un événement stressant, d'un ajustement non adapté du sujet, d'une résonance avec une personnalité, une histoire personnelle et des capacités défensives personnelles, d'une constitution permettant les répercussions endocriniennes et immunitaires, avec une expression spécifique au sujet de la maladie (...) ». (Sage, 2011)

Les manifestations cliniques de la dermatite atopique sont souvent associées au stress psychologique. En effet, le stress peut entraîner non seulement le déclenchement d'une nouvelle poussée ou l'aggravation de celle-ci mais il peut également être une conséquence de

la dermatite atopique. Il se crée alors un cercle vicieux entre les signes cliniques de la dermatite atopique et le stress psychologique. (Misery, 2004)

Les conclusions d'E. Orion et coll. (2013) dans leur article sur les facteurs psychologiques dans les maladies de peau et en particulier dans la dermatite atopique, indiquent que le stress est un point clé en dermatologie.

Le caractère fluctuant de la dermatite atopique a favorisé une observation longitudinale prospective dans le but de dégager des associations significatives entre des variables psychologiques et les symptômes cutanés, et de les interpréter en termes de causalité. Sur une durée brève de 15 jours, chez 50 sujets souffrant de dermatite atopique, une technique d'auto-évaluation a été mise en place (compte-rendu quotidien). Les résultats obtenus ont montré que le stress et la dépression étaient significativement liés aux poussées d'eczéma. Un stress le jour J prédisait une poussée d'eczéma le jour J+1. Cette relation était réciproque. En revanche, un vécu dépressif le jour J ne prédisait pas de poussée d'eczéma le jour J+1, mais une poussée d'eczéma le jour J prédisait un état dépressif le jour J+1. (King, 1991)

2.1.2. Les caractéristiques de la personnalité

Il semble pertinent de poser la question de l'existence d'une *personnalité anxieuse* chez le sujet atopique. Il serait intéressant de caractériser cliniquement ce trait de personnalité avec notamment l'évaluation de l'angoisse d'abandon souvent décrit par les psychanalystes dans la recherche d'une personnalité allergique. (Sage, 2011) On retrouve, en effet dans la dermatite atopique, certaines caractéristiques de la structure allergique décrites par P. Marty ; la présence d'une avidité affective et d'une dépendance à l'entourage, un besoin de protection. Il décrit également un besoin de fusion avec l'autre, avec déclenchement des crises lorsque l'autre se différencie par ses actes, ses idées, ravivant ainsi une angoisse de séparation précoce. (Marty, 1963)

Dans sa thèse en 2011, T. Sage a mis en évidence que *la nature de la structure d'attachement* est un facteur prédictif de l'évolution de la dermatite atopique. Ainsi une insécurité d'attachement est susceptible d'augmenter les risques de pérennisation à l'âge adulte d'un eczéma atopique de l'enfant. Chez ces patients en insécurité affective, on constate une aggravation et des poussées des lésions à l'occasion d'épisodes réactivant le trouble de l'attachement (deuil, rupture affective, problématiques relationnelles et en rapport avec

l'image de soi...). (Sage, 2017) Alors que, comme nous l'avons énoncé précédemment, l'évolution naturelle spontanée est la guérison dans plus de 90% des cas.

La pensée opératoire, concept développé par les psychanalystes français Marty et M^Uzan en 1962 et **l'alexithymie**, concept développé par le psychiatre américain Sifneos en 1972.

La pensée opératoire est une pensée sans liens avec la vie fantasmatique, de tonalité rationnelle, évitant le recours aux digressions personnelles, aux annotations affectives et aux images verbales (métaphore)

L'alexithymie (littéralement « pas de mots pour exprimer les émotions ») comporte 4 composantes :

- L'incapacité à reconnaître, à identifier et à exprimer verbalement ses propres émotions
- La limitation de la vie imaginaire, notamment de l'aptitude à la « rêverie diurne »
- La description détaillée des faits, des événements ou des symptômes physiques
- La tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits

Une étude de Save-Pédebos et al. (2013) a permis d'évaluer la présence de facteurs explicatifs du maintien de la dermatite atopique chez des sujets à l'âge adulte. Cette étude analyse plusieurs dimensions psychologiques chez des patients atteints de dermatite atopique et suivis dans le cadre des consultations de la polyclinique de dermatologie de l'hôpital Saint-Louis à Paris. L'échantillon comprenait 25 sujets de 20 à 60 ans (âge moyen = 27 ans) dont 72 % de femmes et 28 % d'hommes.

L'échelle TAS 20 (échelle d'alexithymie de Toronto) a été utilisée. La prévalence de l'alexithymie représente 44 % (contre 20,7% au sein de la population générale). Les auteurs concluent que les sujets atteints de dermatite atopique seraient plus susceptibles de présenter des difficultés à décrire et verbaliser leurs émotions ce qui participerait au maintien de la dermatite atopique et à une décharge somatique de la tension émotionnelle.

Dans la pratique clinique, S. Consoli (1985) avait déjà observé que les affections dermatologiques chroniques pouvaient induire la mise en réserve de toute une dimension subjective et de ressources imaginaires plus ou moins élaborées, mais sans que pour autant une quelconque défaillance structurale d'un tel espace imaginaire puisse être incriminée comme donnée de fond.

Au final, peu d'études font véritablement le lien entre dermatite atopique et alexithymie. D'ailleurs la perception clinique du patient présentant une dermatite atopique et les données provenant de psychothérapies ne laissent pas supposer cette association comme pertinente. (Sage, 2011)

Les études détaillées de cas suivis en psychothérapie insistent sur *la fragilité narcissique* des sujets souffrant de dermatite atopique. En effet, lorsqu'un sujet souffre depuis sa plus petite enfance d'une dermatose, il s'en suivra que la structuration de sa personnalité va se construire autour de cette affection. De ce fait, l'image de soi ne pourra soutenir valablement une valorisation du corps et des contacts. Ces sujets, qui ont une mauvaise image d'eux-mêmes, une faible estime de soi, qui sont très insécurisés, vont être en toutes circonstances plus sensibles au jugement d'autrui. Ils risquent de se montrer plus vite blessés par un regard, un geste, une parole, cherchant sans cesse chez l'autre, approbation, intérêt et amour. Ils ont tendance à réprimer leur hostilité (retournement sur soi de l'agressivité) par crainte de perdre l'amour de l'autre. (Consoli, 2012)

2.2. Le retentissement psychoaffectif et psychosocial

Il existe un retentissement sur la vie sociale et affective souvent très important avec parfois une dissociation entre la gravité clinique de la dermatose et le retentissement sur la qualité de vie. Ce retentissement est mesuré par des échelles de qualité de vie dont certaines sont spécifiques à la dermatologie. Deux facteurs sont à prendre en compte, la part prépondérante du prurit (démangeaisons), dont on connaît les répercussions importantes et la présence de cette dermatose dans les âges primordiaux (petite enfance et adolescence) pour le développement et l'affirmation de la personnalité du sujet. (Sage, 2011)

Une étude a montré que les taux de prévalence de l'idéation suicidaire active chez les malades atteints de dermatite atopique, entre autre, étaient plus élevés que les taux de prévalence de l'idéation suicidaire rencontrés chez les malades souffrant de maladies somatiques autres que dermatologiques. (Gupta, 1998)

Dépression et prurit : La dépression peut être une conséquence du prurit comme l'ont démontré Chrostowska-Plak (2013). Ils ont évalués les relations entre prurit et stress, qualité de vie et symptômes de dépression chez des adultes atteints de dermatite atopique, et mis en évidence une corrélation significative entre prurit et altération de la qualité de vie, et entre

prurit et symptômes dépressifs. Plus le prurit était intense, plus le risque était élevé de développer une dépression.

III/ L'HYPNOSE ET LA DERMATOLOGIE

1. Définitions de l'hypnose

« *Ni sommeil, ni éveil, elle est un état modifié de conscience, en d'autres termes : une transe* »
(Bioy, 2017)

Chertok, en 1965, postule que l'hypnose est un « quatrième état de l'organisme » en plus de l'éveil, du sommeil et du rêve.

Pour Roustang (1994), l'état hypnotique serait un « état de veille paradoxale », où l'on constate une immobilité du corps qui reste indifférent aux stimuli extérieurs mais qui contraste avec une activité cérébrale et corporelle intense où le sujet est plus accessible au changement.

Si nous reprenons la définition de l'hypnose par A. Bioy : « *L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi* » Elle est caractérisée par deux dimensions :

- La transe et la dissociation qui constituent l'état modifié de conscience
- La communication et l'intersubjectivité qui composent la relation

2. L'hypnose en dermatologie

2.1. L'hypnose est un processus qui engage le corps

Paul Valéry affirme : « *Ce qu'il y a de plus profond en l'homme, c'est sa peau* » Notre peau visible et matérielle est doublée de notre mémoire intime, silencieuse et immatérielle, qui s'exprime dans chaque geste du corps et de la peau, qui elle, se montre. (Corrin 2007)

L'hypnose va permettre d'approfondir cette expérience du ressenti et d'éprouver cette sensorialité qui décrypte l'inconnaissable en soi (...) L'hypnose est l'engagement d'un sujet à ressentir dans un retour au corps, qui permet de se sentir vivant grâce à ce corps qui éprouve et entre en contact. (Corrin, 2007)

Le travail avec l'hypnose décentre l'activité psychique de son registre réflexif et discursif et nous plonge d'emblée dans le monde du corporel par l'intermédiaire du *sensorium*. (Lutz, 2007)

Le corps est ainsi au premier plan, tant du côté du sujet qui vient nous rencontrer que du côté du thérapeute.

2.2. Utilisation de l'hypnose en dermatologie

Deux études encourageantes ont soutenu l'utilisation de l'hypnose comme traitement de diverses affections cutanées (Scott, 1964; Shenefelt, 2000). Un certain nombre d'études de cas démontrent que l'hypnose est efficace dans le traitement de l'eczéma (Twerski et Naar, 1974; Mirvish, 1978; Sokel et al., 1993; Stewart et Thomas, 1995) ainsi que le psoriasis (Kline, 1954; Frankel et Misch, 1973). Dans le cas du psoriasis, plusieurs essais contrôlés randomisés soutiennent l'utilisation de l'hypnose comme traitement complémentaire (Tausk et Whitmore, 1999; Zacharie et al., 1996).

L'hypnose a été utilisée pour aider à soulager les démangeaisons de l'eczéma (Motoda, 1971) et les démangeaisons du psoriasis (Hartland, 1970).

Le plus grand nombre de recherches utilisant l'hypnose comme traitement des affections cutanées a été appliqué à l'élimination des verrues. Une étude de Spanos et al. (1988) a montré un taux de guérison de 50% (pourcentage de verrues disparues), ce qui était bien supérieur à celui de deux types différents de groupes témoins. Les nombreuses autres études tendent à donner des résultats impressionnants (dont un certain nombre montrent un taux de guérison de 60 à 70%)

Le Professeur Philip D. Shenefelt (2000), travaillant dans le département de dermatologie et de chirurgie cutanée à l'Université de Tampa en Floride, a beaucoup étudié l'utilisation de l'hypnose dans les maladies cutanées.

Il constate que le soutien par le renforcement du moi pendant l'état hypnotique est positif et permet de lever certains blocages pour une amélioration de la pathologie cutanée. Dans certains cas, la suggestion directe est efficace pour réduire l'anxiété, l'inconfort du prurit, et les actes compulsifs tels que le grattage (...) L'hypnothérapie voire l'hypnoanalyse peuvent s'avérer utiles chez les patients atteints de dermatoses psychosomatiques chroniques qui ne répondent pas à d'autres approches en psychothérapie.

Il convient alors d'explorer plusieurs facteurs ; les conflits internes, le sens du symptôme, les bénéfices secondaires éventuels, les antécédents de traumatismes, les mécanismes d'auto-punition à l'œuvre. (Shenefelt, 2017)

L'hypnothérapie cognitive basée sur la pleine conscience intègre la pleine conscience, la thérapie cognitivo-comportementale et l'hypnothérapie pour améliorer l'aspect physique, émotionnel, mental et / ou spirituel des troubles cutanés. (Shenefelt, 2018)

2.3. Utilité de l'hypnose en dermatologie

L'hypno-analgésie en chirurgie dermatologique : Lors d'un geste particulièrement douloureux (Maillard, 2009)

Dans le traitement de la douleur : Zona, ulcères chroniques...

Pour l'amélioration du confort lors de traitements : Chimiothérapie dans le cas de mélanome malin par exemple.

Pour l'amélioration d'un symptôme : Prenons l'exemple du prurit pour lequel il est possible de proposer un remaniement hypnotique de la perception prurigineuse et de modifier des comportements de type compulsion de grattage. (Sage, 2014)

Dans les dermatoses chroniques : La prise en charge hypnotique va permettre de prévenir ou d'espacer les rechutes des dermatoses où l'influence du psychisme est importante en tant que facteur déclenchant. (Sage, 2014)

2.4. Hypnothérapie et dermatite atopique

Thierry Sage (2013) regroupe les objectifs du traitement hypnothérapeutique sous quatre aspects. Il va s'agir de proposer une alternative au traitement dermatologique, d'aborder la dimension psychologique chez des patients pouvant être réfractaires à cette démarche, d'améliorer le vécu de la dermatose ainsi que d'améliorer la relation thérapeutique.

Il constate en particulier dans la prise en charge hypnothérapeutique de la dermatite atopique :

- Un espacement des poussées
- Une diminution de la sensation de prurit

- Un meilleur vécu des crises avec diminution ou disparition de la compulsion de grattage
- Un meilleur ajustement au stress
- Une amélioration de l'observance des traitements dermatologiques

La stratégie thérapeutique dans la dermatite atopique va dépendre de la problématique du sujet mais elle peut se théoriser selon trois aspects essentiels. (Sage, 2017)

▪ La position du thérapeute : « *C'est bien dans la dimension relationnelle que l'hypnose tire sa dimension thérapeutique par un travail autour des perceptions que cette relation permet* » (Bioy 2014). Le dispositif thérapeutique est important, le cadre se doit d'être sécurisant et l'alliance thérapeutique essentielle. « *Cette alliance agit comme un médiateur du changement* ». (Bioy, 2017)

▪ Les objectifs à atteindre : Elaborer un travail sur la représentation de soi, sur le renforcement du moi sachant qu'il existe chez ces patients une insécurité affective. Un travail sur l'estime de soi, ainsi qu'un travail sur le lien (avec le thérapeute, avec soi-même, avec les autres)

▪ Les techniques hypnotiques : Travail sur les perceptions corporelles (ratifier le fait qu'il est possible d'agir sur ses perceptions ex : dans le prurit), sur l'enveloppe cutanée (métaphore de « double peau » par exemple), diverses métaphores telles que « le safe place », « l'arbre », « le chemin », « l'animal totem » et/ou « l'avatar » (Sage, 2017) et autres (ex : scripts concernant le renforcement du moi de Stanton, la métaphore de « la maison », etc...) L'apprentissage de l'autohypnose.

IV/ PROBLEMATIQUE

Par le biais de ces données théoriques, nous nous sommes intéressé aux liens qui existent entre la peau et la psyché et aux modalités de l'articulation du psychique et du somatique dans la maladie cutanée et plus particulièrement dans la dermatite atopique.

On retrouve communément dans la dermatite atopique des composantes psychiques (à la fois facteurs favorisants et conséquences) tels que de l'anxiété, un stress important, des affects dépressifs, des troubles de l'attachement avec une sécurité intérieure défailante, une fragilité narcissique avec une mauvaise estime de soi et une image corporelle dévalorisée.

L'expérimentation de l'hypnose, au travers de nombreuses études en dermatologie, et sa pratique dans des lieux de soins, démontrent un intérêt certain dans la prise en charge des dermatoses. Nous souhaitons illustrer une utilisation de l'hypnose dans le cadre de la dermatite atopique.

La question que nous nous posons est :

- *Quels vont être les effets de l'hypnothérapie dans la prise en charge de la dermatite atopique, tant au niveau psychique que somatique ?*

Nous proposons les hypothèses suivantes :

- *Un renforcement du moi : amélioration du sentiment de sécurité intérieure au niveau affectif et une meilleure estime de soi.*
- *Une diminution de la gêne cutanée (ex : prurit et grattage).*

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. Présentation du cadre de la rencontre

Nos missions de psychologue clinicienne nous amènent à intervenir dans les différents secteurs du département de dermatologie du C.H.U. : en hospitalisation conventionnelle, en hospitalisation de jour, aux consultations de dermatologie générale, aux consultations de dermatologie oncologique et en allergologie.

Des entretiens psychologiques sont proposés aux patients de manière assez systématique. La mise en place d'une intervention psychologique se fait soit à la demande du patient, soit à la demande des équipes médicales et paramédicales. Il s'agit d'entretiens cliniques de type accompagnement en relation d'aide ou dans le cadre de suivis de type psychothérapeutique (entretiens individuels d'inspiration psychanalytique) De plus, étaient proposés jusqu'alors un travail en psychothérapie de relaxation (relaxation psychosomatique relationnelle) et/ou des séances de méditation de pleine conscience.

Les patients peuvent bénéficier d'un suivi psychologique et/ou psychothérapeutique en externe, hebdomadaire, bi mensuel, mensuel ou de manière plus ponctuelle selon la problématique psychique liée à la pathologie cutanée.

Notre désir de pratiquer l'hypnose dans le service et de nous inscrire au D.U. d'hypnothérapie a été discuté avec l'équipe médicale bien en amont. Les médecins se sont montrés enthousiastes de cette initiative. Il faut préciser que, déjà, deux infirmières sont formées à l'hypnose et pratiquent régulièrement auprès de patients au bloc opératoire de dermatologie.

Ainsi, dès le début de notre formation au D.U., l'équipe médicale nous a rapidement orienté des patients pour un accompagnement avec l'hypnose (dermatoses chroniques de type eczéma, psoriasis, urticaire, prurit sine materia, pelade, mastocytose, mélanome...).

A nous, ensuite d'évaluer si l'indication de l'hypnose est pertinente selon les besoins des patients et leurs problématiques.

2. Présentation de la patiente et de sa demande

La première prise de contact avec notre patiente s'est faite par téléphone courant janvier 2019. Sa demande étant alors de nous rencontrer dans le cadre de son suivi médical en dermatologie pour un eczéma « devenu ingérable au quotidien » nous dit-elle d'emblée. Nous décidons ensemble d'un rendez-vous dans les semaines qui suivent.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années souffrant d'une dermatite atopique sévère chronique suivie depuis l'enfance (il existe des antécédents d'eczéma au niveau maternel à minima) avec de nombreux antécédents d'allergies : alimentaire, acariens, poils chiens et chats, rhinite allergique mais pas d'asthme. Echec des traitements locaux (dermocorticoïdes, méthotrexate, puvathérapie...) La dernière consultation médicale date de novembre 2018. Le prurit est alors insomniant. Un nouveau traitement est instauré, il s'agit d'un traitement injectable en sous cutané tous les quinze jours (Dupilumab). L'observance est bonne lors de notre première rencontre. Ce qui n'a pas toujours été le cas au cours de son suivi médical.

Nous recevons la patiente un vendredi à 12h30 à sa pause de midi. En effet, elle a un poste à responsabilité dans une entreprise à l'autre bout de la ville et a peu de disponibilités par ailleurs. Dès le début de l'entretien, elle nous fait part de son désarroi quant à son eczéma qu'elle ne supporte plus et nous dit « j'ai vraiment envie de m'en sortir cette fois ci, ça ne peut plus durer comme ça »

Sa demande principale au terme de cette rencontre est d'arriver à mieux être en relation avec les autres. Elle pense avoir de sérieuses difficultés relationnelles qui l'isolent beaucoup au niveau affectif à cause de son problème de peau.

Nous lui proposons un aménagement thérapeutique sur quatre mois, tous les quinze jours dans un premier temps avec la possibilité de passer à un suivi hebdomadaire si nécessaire. Ce cadre thérapeutique sera composé d'échanges en face à face de type entretiens cliniques pour un accompagnement psychologique et psychothérapeutique, ainsi que des séances d'hypnose construites à partir de ce que la patiente amènera en séance. Elle semble enthousiaste de cette proposition.

Nous lui proposons également, en ce début de suivi, de prendre le temps de compléter deux échelles d'évaluation (protocoles en annexe 1&2) :

- Le DLQI – *Dermatology Life Quality Index*, couramment utilisé en dermatologie, qui a comme objectif d'évaluer l'impact de la dermatose sur la qualité de vie au cours de la semaine précédant la passation.
- L'échelle d'*Estime de Soi de Rosenberg* – L'estime de soi est définie comme l'évaluation que l'on fait de soi-même de sa valeur personnelle. L'estime de soi peut être assimilée à l'affirmation de soi. Pour Ménard (2014), l'estime de soi se définit « *comme l'amour et le respect que l'on se porte à soi-même, l'idéal étant d'avoir une estime de soi moyenne, de s'aimer suffisamment.* ».

Ces échelles nous permettront d'appuyer nos données cliniques en lien avec notre problématique mais aussi de faire, ou pas, le constat d'un mieux-être pour la patiente au terme de cet engagement sur quatre mois.

Nous expliquons à la patiente que ces échelles seront donc à nouveau à remplir fin avril.

Scores obtenus en début de suivi – janvier 2019

► Le DLQI nous donne un score de **22/30** : ce qui nous indique que durant les 7 derniers jours, la dermatose de la patiente a eu un effet **extrêmement important** sur sa qualité de vie.

Le score au DLQI pratiqué par le dermatologue en novembre 2018 avant l'introduction du traitement par Dupilumab était de 26/30.

► L'échelle d'Estime de Soi nous donne un score de **24** : ce qui nous indique que l'estime de soi de la patiente est **très faible** et qu'un travail dans ce domaine semble souhaitable.

RESULTATS ET DONNEES CLINIQUES

Remarques :

- Après les séances d'hypnose et dès que notre patiente aura quitté le bureau, nous nous efforcerons de retranscrire l'intégralité de ce qui a pu être observé et entendu. Nous tenterons ainsi, de rester au plus près de son discours.
- Par ailleurs, pour une lecture plus fluide du cheminement intérieur de notre patiente, nous ferons le choix de ne pas introduire d'éléments d'analyse ou d'interprétation dans la retranscription des données cliniques. En effet, cela fera l'objet du chapitre suivant dans le déroulé du mémoire.

1. Première séance – *Premiers éléments d'anamnèse : Entretien clinique*

Nous choisissons de prénommer notre patiente Jade.

Jade se présente à notre consultation en retard ce vendredi 11 janvier. Elle apparaît très maquillée et vêtue de noir, dans une attitude assez rigide. Nous remarquons d'emblée ces détails qui prendront toute leur importance par la suite. Elle s'installe et dans un premier temps semble éviter notre regard, elle observe beaucoup l'environnement et nous dit « c'est assez cocoon chez vous, on ne se croirait pas à l'hôpital » Elle se gratte beaucoup et commence à nous parler, alors même que nous sommes à peine installées. « Je voulais vous voir pour mes problèmes relationnels ». Elle nous raconte qu'elle vit seule avec ses deux enfants, deux grands adolescents, des jumeaux. Elle ne s'est jamais mariée et le père des enfants les a quittés à la naissance des jumeaux. Elle les a élevés seule sans beaucoup d'aide de sa famille.

Elle nous parle d'un homme qu'elle a rencontré et qu'elle voit depuis quelques mois de façon platonique. Elle nous fait part de sa déception car la relation n'évolue pas, elle se trouve maladroite et sans initiative. De plus, il vient de lui annoncer qu'il a rencontré une autre femme. Elle ne comprend pas. « Décidemment je n'arrive jamais à être sur la même longueur d'onde de personne » Elle nous fait part de sa difficulté à faire confiance et de son besoin excessif d'attention. Elle se trouve très ambivalente quand elle commence à s'attacher à quelqu'un.

Elle nous raconte alors qu'avec ses parents, cela a été très compliqué. « Ils se sont séparés alors que j'avais 12 ans » Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. Au divorce des parents, sa sœur est alors âgée de 11 ans et son frère de 7 ans.

« Avec ma mère les rôles ont toujours été inversés » Nous apprenons que la mère est dépressive depuis longtemps et le père très absent. Jade a dû s'occuper de sa sœur malentendante et de son jeune frère. « Moi, personne ne m'écoutait » nous dira-t-elle.

L'eczéma est apparu peu de temps après sa naissance, et autant qu'elle s'en souvienne, elle a toujours eu des problèmes de peau. Elle a quitté le domicile familial à 19 ans lorsqu'elle a rencontré le père de ses enfants. « Et là, plus d'eczéma...quel répit, quel bonheur ! » Cependant, quelques années plus tard, l'eczéma est revenu car la relation à cet homme était devenue toxique, nous dira-t-elle. « J'étais malheureuse et ne me sentais pas comprise »

Elle nous confie être beaucoup dans l'apparence. « J'ai besoin d'une carapace » Elle veut masquer qui elle est, sa fragilité, son manque d'assurance. « Souvent, tout vacille à l'intérieur de moi, je me sens vide »

2. Deuxième séance – 1ere séance d'hypnose : *Le lieu sûr*

Jade se présente à cette deuxième séance, toujours avec un peu de retard, souriante. Nous lui demandons s'il y a des choses particulières dont elle a envie de nous parler aujourd'hui. Elle nous dit qu'elle se sent bien car elle a eu de nombreux compliments de la part de sa nouvelle collègue qu'elle apprend à connaître petit à petit. C'est important pour elle d'être appréciée. Elle associe avec des éléments de son histoire et nous dira : « Quand j'étais petite ma mère ne me manifestait pas d'amour et j'avais même l'impression qu'elle me regardait de travers » Elle ajoute qu'elle n'a jamais vraiment eu le sentiment d'avoir une place dans sa famille. Par ailleurs, nous remarquons qu'elle se gratte beaucoup le visage depuis le début de notre entretien.

Nous lui proposons ce jour d'avoir une première séance d'hypnose. Que connaît-elle de l'hypnose ? Elle nous dit que cela peut l'aider à mieux se comprendre. Qui est-elle vraiment ? Elle ne sait pas. Avant elle aimait l'art, la danse, la musique mais à présent elle n'arrive plus à apprécier toutes ces choses. Elle aimerait être mieux avec elle-même pour être mieux avec les autres, nous dira-t-elle. Elle nous confie avoir débuté une analyse mais cela ne l'a pas satisfaite. Elle veut tenter une autre approche thérapeutique.

Nous souhaitons lui proposer les bases d'une sécurité intérieure qui semble lui faire défaut d'après les premiers éléments cliniques. Il nous semble donc pertinent d'instaurer une enveloppe contenante symbolisée par un cadre thérapeutique sécurisant. D'une part, notre bureau se veut être un endroit calme, chaleureux et accueillant. La relation que nous tentons d'instaurer avec Jade se veut, elle aussi, bienveillante par une écoute et une attitude empathique. L'outil choisi en hypnose ce jour sera *le safe place* afin de participer à l'aménagement pour Jade d'un lieu intime, intérieur, de sécurité.

Alors que nous étions jusqu'à présent en face à face avec entre nous un bureau, nous lui proposons de venir s'installer dans le fauteuil dédié, jusqu'alors pour les patients, à la relaxation. Nous lui proposons de s'installer le plus confortablement possible. D'être dans un premier temps, attentive à sa respiration...*juste de laisser faire...tranquillement...Puis nous lui proposons de fixer un point sur le mur en face, un point réel ou imaginaire, peut-être un détail du tableau...concentrez-vous sur sa taille, sa couleur...prenez le temps de bien l'examiner. Peut-être vous paraît-il de plus en plus flou ou peut-être est-ce vos yeux qui ont envie de se fermer...je ne sais pas...laissez faire.* Ses yeux se ferment. *A présent que les yeux se sont fermés, sentez comment vos pieds appuient sur le sol...les sensations que cela procurent...un pied puis l'autre. Le contact du corps avec le fauteuil...les cuisses...les fesses...le dos...les épaules...les bras...les mains sur les cuisses. Et plus vous respirez tranquillement et plus vous entrez en vous de plus en plus profondément. A chaque expiration...de plus en plus profondément. Sa tête part légèrement sur le côté. Voilà, c'est ça...très bien...Et pendant que le corps se pose, se repose et se dépose, l'esprit inconscient va voyager. Il vous emmène au-dessus d'un grand escalier, spacieux, très éclairé, magnifique et doucement, tranquillement, vous descendez les marches, une dizaine de marches. Avec légèreté, un pied après l'autre, marche après marche. Et plus, vous descendez les marches et plus vous descendez en vous...profondément...encore et encore. A ce stade, elle semble détendue, les mains bougent de temps en temps ainsi que les traits du visage. Voilà très bien...Vous arrivez devant une porte que vous décidez d'ouvrir. Votre esprit inconscient vous conduit dans un lieu très spécial, un lieu que peut-être vous connaissez déjà...associé à des sensations intenses de paix, de sérénité...ou peut-être est-ce un lieu imaginaire...un lieu où vous aimeriez aller...laissez faire, votre inconscient sait. Laissez venir les sensations agréables dans ce lieu tellement merveilleux. Et je ne sais pas si vous souhaitez vous asseoir ou explorer ce qui vous entoure. Peut-être des sons arrivent aux oreilles, peut-être des odeurs des parfums subtils, agréables. Peut-être avez-vous envie de toucher ce qui est autour de*

vous...toutes ces couleurs...laissez faire. Et je ne sais pas si vous avez remarqué déjà comment vous prenez plaisir à vous laisser imprégner par cet endroit tellement rassurant, ces sensations de tranquillité et en même temps comme cet endroit et vivifiant...comment cela recharge vos batteries. Laissez infuser toutes ces bonnes sensations. Dans cet endroit tellement spécial, votre inconscient sait exactement ce dont vous avez besoin, et peut-être qu'il va vous faire un cadeau spécial, comme un souvenir bienveillant ou tout autre chose...quelque chose dont vous avez besoin et qui vous permet de continuer à avancer. Et vous savez que vous pourrez revenir dans cet endroit apaisant quand vous le souhaitez...peut-être au souvenir d'une couleur ou de tout autre chose. La respiration de Jade est paisible, elle bouge la tête. Maintenant, je vous propose de revenir sur vos pas, le cœur et l'esprit léger, de franchir la porte et remonter l'escalier...cet escalier tellement spacieux, très éclairé et magnifique...pas à pas, d'une dizaine de marches...tranquillement, à votre rythme. Et vous sentez le sol sous vos pieds...les points d'appui avec le fauteuil, vous sentez votre corps...c'est agréable...vous êtes à nouveau attentive à votre respiration...les bruits de la pièce...une envie de bouger...une énergie nouvelle traverse votre corps...ouvrir les yeux, à votre rythme...tranquillement...voilà, c'est ça.

Jade ouvre les yeux, regarde autour d'elle. Se gratte le visage. Nous lui demandons comment elle se sent. Elle nous répond avoir été surprise d'être arrivée à autant de détente, ce qui n'est pas habituel chez elle. « J'aurais pu m'endormir » d'emblée, elle nous dit qu'elle a eu au départ des appréhensions dans l'escalier mais qu'au final elle a contrôlé sa peur. Son lieu sûr s'est trouvé être des thermes. « Une ambiance feutrée, calme, paisible. Avec des gens qui chuchotent. Il y avait pleins de couleurs très douces. Il faisait bon, pas trop chaud. J'étais dans un bain enveloppant. Tout ce que j'adore ! » Nous remarquons qu'elle ne s'est pas grattée une seule fois durant ce moment hypnotique. Nous lui faisons remarquer. « J'avais envie de me gratter, mais j'ai résisté. Ça a marché, je suis contente »

Cette séance du jour a duré une heure, soit vingt-cinq minutes d'entretien en face à face et trente-cinq minutes d'hypnose.

3. Troisième séance – 2eme séance d'hypnose : La métaphore de l'étang

Jade arrive à sa séance encore en retard, toujours habillée de vêtements sombres. Elle nous fait part de ses impressions suite à notre rencontre précédente. Elle s'est sentie très détendue jusqu'au soir et à parfaitement bien dormi, alors que son sommeil est souvent perturbé. De

plus, elle a repensé à son lieu sûr surtout au moment de s'endormir le soir, ce qui l'a apaisée les trois premiers jours. Elle nous dit avoir essayé de se replonger dans ses sensations éprouvées les jours suivants mais elle a eu beaucoup plus de mal à le faire, n'étant pas accompagnée par notre voix. De plus, elle a rencontré des difficultés relationnelles avec ses deux fils en milieu de semaine. Ce qui l'a beaucoup perturbée et contrariée. Ses fils semblent peu autonomes et ne l'aident pas au quotidien. Elle ne supporte plus leurs sollicitations mais n'arrive pas à mettre des limites et à dicter certaines règles. Elle se trouve inconsistante.

De plus, elle nous dit que son visage la gratte beaucoup. Elle a prévu de revoir le médecin très prochainement car cela l'énerve au plus haut point et la désespère. Nous lui demandons de quoi a-t-elle le plus besoin actuellement. « D'être tranquille et d'être plus sûre de moi. Je me demande vraiment ce que je vaudrais »

Au vu de la faible estime de soi de Jade, nous décidons de travailler sur le renforcement du moi et souhaitons utiliser en partie le script de Harry E. Stanton (2004) que nous nous sommes permis de remanier et modifier pour une séance plus courte.

Nous faisons le choix du même mode d'induction qu'à la séance précédente, soit la fixation du point, la focalisation des différentes parties du corps et l'attention à la respiration. Nous reprenons la descente de l'escalier afin d'approfondir la transe progressivement.

Nous lui proposons un signaling pour un éventuel échange sans paroles. Elle devra, si nécessaire, signifier son accord en levant un doigt.

Jade part rapidement, les traits du visage sont détendus, elle a enlevé ses lunettes. Elle se gratte à plusieurs reprises le visage durant l'induction. Nous ratifions en osant cette phrase : *...et alors que votre peau attire votre main...vous partez encore plus profondément en vous...*

Le grattage ne semble pas troubler la transe.

Alors que le corps continue à se reposer, se poser, se déposer...votre esprit vous emmène au bord d'un étang. Un étang dont la surface est tout à fait lisse comme un miroir...tout est tranquille. Votre esprit observe les pensées qui vous traversent peut-être...qui dérivent...vous laissez faire...tout est calme, l'eau est immobile à la surface. Vous imaginez la surface de l'étang comme étant votre mental, votre conscient et sous la surface de l'eau se trouve votre inconscient. Autour de l'étang, vous remarquez des pierres, vous en choisissez deux...deux superbes pierres. Ces pierres représentent deux qualités que vous aimeriez posséder...ou

peut-être que vous avez déjà en vous...je ne sais pas. Observez ces pierres...leur taille, leur couleur, leur poids...et attribuez leur deux qualités. Après quelques instants, nous lui demandons si elle a trouvé ses pierres, si oui, qu'elle lève le doigt. Ce qu'elle fait très lentement.

Puis vous décidez de les jeter l'une après l'autre dans l'étang...les pierres s'enfoncent en vous, les qualités que vous avez choisies s'enfoncent dans votre inconscient...de plus en plus profondément...elles font partie de vous. Laissez infuser les sensations...et peut-être que déjà vous ressentez des changements en vous. Votre inconscient sait ce qui est bon pour vous. Laissez faire. Tranquillement...Voilà c'est ça...

Jade, se met à bouger beaucoup, se gratte, fronce les sourcils. Je lui propose alors de laisser l'étang là où il est, et de faire un détour par son lieu de ressource, son refuge. Nous restons quelques instants en silence. Pour le retour à l'état de veille, nous suivons le même protocole que précédemment.

Elle ouvre les yeux à son rythme et nous lui demandons si tout s'est bien passé. Elle nous dit que ça l'a beaucoup grattée au niveau des paupières et que cela a été difficile de résister. « J'ai eu l'impression de faire des allers et retours » Comme à la dernière séance, elle fait quelques commentaires. « L'étang n'était pas lisse mais pleins de mauvaises herbes, mais c'est normal vu comme ça m'a gratté » et aussi « j'avais choisi des pierres trop lourdes, j'ai dû en changer, après elles étaient belles, une argentée l'autre dorée » Elle ne nous en dira pas plus.

Au moment de quitter la pièce, elle se retourne et nous demande : « Pensez-vous que mon eczéma est lié à mon histoire ? » Nous lui rétorquons : « Et vous, qu'en pensez-vous ? » Elle nous apprend alors que les médecins lui auraient dit que ça n'était pas normal que cet eczéma persiste, que cela aurait dû partir à l'âge adulte et que c'était sans doute réactionnel à du stress. Elle rajoute « Moi je crois que c'est l'expression d'un mal être plus profond. » Nous en restons là.

Cette séance aura duré trois quart d'heure, soit un quart d'heure d'entretien en face à face et une demi-heure d'hypnose.

4. Quatrième séance – 3eme séance d'hypnose : La perception de la peau

Jade arrive ce jour à l'heure et vêtue différemment des séances précédentes. Nous remarquons des tons colorés, du rouge aux lèvres. Nous revenons sur la séance précédente et la question

de la représentation de sa dermatite atopique. Elle nous confie que sa mère n'a jamais été très attentive à son problème de peau et lui aurait dit : « Si tu te gratte c'est la faute de ton père » Un père absent, pas du tout proche physiquement de ses enfants et de plus en conflit avec la mère. Notre patiente en a beaucoup voulu à ses parents de ce manque d'attention à son égard.

« Je ne me suis jamais vraiment sentie en sécurité avec eux » Et avec beaucoup d'ambivalence, elle reconnaît que son eczéma l'a toujours protégé, « c'était comme une barrière entre moi et eux, comme une distance mais j'en ai souffert car ils n'ont pas compris que j'avais au contraire besoin d'être aimée et touchée »

Nous lui proposons de travailler en hypnose sur cette enveloppe corporelle déficiente et peu sécurisante. Elle accepte volontiers. Nous lui précisons qu'il lui sera possible de nous répondre lors de nos sollicitations verbales, tout en restant « *dans cet état de détente, les yeux fermés* » Le script qui suit est de notre composition.

Nous reproduisons une nouvelle fois le même type d'induction que les séances précédentes, sans toutefois utiliser l'escalier. Soit la fixation du point, la focalisation des différentes parties du corps et l'attention à la respiration. Jade semble entrer en transes de plus en plus facilement au fil de nos rencontres. « *Très très bien...maintenant que le corps est tranquille et continue à se reposer, se poser, se déposer, vous laissez votre esprit inconscient imaginer un peu comme sur un écran mental...peut-être plutôt sur votre gauche...la projection d'un endroit du corps où la peau est malade. Pouvez-vous me dire quel est cet endroit ?* » Réponse : ...le visage. « *Imaginez une couleur à ce visage.* » Réponse : ...rouge. « *Très bien, peut-être une texture ?* » Réponse : ...rugueux. « *Quelles sensations ça donne ?* » Réponse : ...Ca râpe, gratte. « *Quelles émotions arrivent ?* » Réponse : ...tristesse, colère. « *A présent, progressivement un autre écran mental apparaît...cette fois ci peut-être plutôt sur votre droite. Il s'agit de la projection d'un endroit du corps où la peau est saine...en parfaite santé. Pouvez-vous me dire quel est cet endroit ?* » Réponse : ...les mains. « *Imaginez une couleur à ces mains.* » Réponse : ...blanc. « *Très bien, peut-être une texture ?* » Réponse : ...coton. « *Quelles sensations ça donne ?* » Réponse : ...C'est doux, tendre. « *Quelle émotion arrive ?* » Réponse : ...apaisement. « *A présent, progressivement un autre écran mental apparaît...comme une superposition...ces bonnes sensations au niveau des mains viennent se poser sur le visage...c'est doux et tendre, apaisant et de couleur blanche. Que se passe-t-il ? Laissez venir les sensations...tellement agréables.* D'une voix ralentie, elle nous dit : « il respire, il est vivant...ce visage »

« A présent, profitez de ce moment pour ressentir pleinement cette peau qui recouvre entièrement le corps, qui protège, qui sépare l'intérieur de l'extérieur, qui fait barrière et protection à la fois... Ressentez cette enveloppe protectrice comme une énergie, comme une double peau qui contient avec bienveillance... et en même temps, qui permet de communiquer en toute sécurité avec l'extérieur »

Pour le retour à l'état de veille, nous suivons à nouveau le même protocole que les séances précédentes.

Nous précisons que la patiente a souvent mis du temps avant de pouvoir nous répondre.

Jade revient lentement et nous fait ce commentaire : « C'est marrant, je me suis vue comme dans un cocon. Peut-être que je vais éclore ! » Elle sourit. Elle souhaite nous revoir dès la semaine suivante car elle pense avoir beaucoup de choses à travailler.

Cette séance du jour a duré une heure, soit vingt-cinq minutes d'entretien en face à face et trente-cinq minutes d'hypnose.

5. Cinquième séance – 4eme séance d'hypnose : Les ressources intérieures

La semaine suivante, Jade arrive à l'heure à la consultation. Nous nous installons en face à face et elle nous dit aussitôt : « J'ai très mal dormi cette nuit, je ne me sens pas bien ce matin » Elle se sent vide et nous évoque alors sa solitude, son manque d'initiative au niveau relationnel comme si elle ne savait pas faire, comme si elle ne connaissait pas les codes d'une bonne communication avec les autres. Elle pleure en évoquant cela. Elle nous dit : « Comment transmettre à mes enfants ce que je n'ai pas reçu de mes parents et surtout de ma mère » En effet, ses jumeaux sont renfermés et peu sociables. Elle ne se sent pas « outillée » Nous lui parlons des ressources intérieures que chacun a en soi et nous lui proposons une mise en situation à l'état de veille.

Nous souhaitons mettre en application l'exercice sur les « figures symboliques » qu'Anne Vuillaume a proposé dans son cours lors de notre formation.

« J'aimerais que vous puissiez me dire qui, parmi des gens ou personnages qui ont existé, ou qui existent, morts ou vivants, que vous seule connaissez ou que tout le monde connaît. Qui auriez-vous aimé qu'il ou elle soit présent(e) pour vous. » Elle réfléchit et nous dit quelques instants plus tard : « Un ancien collègue de travail avec qui j'étais devenue amie, mais que je

ne vois plus » « *D'accord...pour quelle valeur humaine avez-vous choisi cette personne ?* » Elle prend le temps de réfléchir et nous répond : « Il a toujours été là pour m'aider dans des moments difficiles, quand j'avais des choix à faire. Il a été d'un grand soutien. Il avait les réponses que je n'avais pas » « *D'accord...imaginez à présent que cet ami entre dans la pièce et vient s'asseoir sur cette chaise à côté de vous. Que vous dirait-il en ce moment pour vous aider ?* » Manifestement surprise de notre proposition, elle se retourne, regarde la porte du bureau puis la chaise à ses côtés et rougit. Elle se concentre longuement et nous dit : « Le connaissant, il m'encouragerait et me dirait de me faire confiance. D'oublier le regard des autres. D'être moins exigeante avec moi-même et d'y aller à l'instinct sans toujours tout décortiquer avant d'agir »

Nous la félicitons en lui laissant entendre que c'est elle, et elle seule qui vient de trouver sa propre solution. Elle s'en étonne et se rend à l'évidence.

Nous souhaitons enchaîner avec une séance d'hypnose qui pourrait venir solliciter d'autres ressources intérieures afin de renforcer un étayage, voire amener une consolidation en lien avec l'exercice précédent. Nous proposons donc à Jade de s'installer comme à l'accoutumée dans le fauteuil dédié à présent à l'hypnose. Nous choisissons une induction essentiellement corporelle. Elle ferme immédiatement les yeux, nous partons donc sur un *body scan*.

« *Voilà, c'est ça...très bien...Et pendant que le corps continue à se poser, se reposer et se déposer, l'esprit inconscient va voyager. Il vous emmène dans le passé...proche ou lointain...vous vous laissez guider. Vous laissez venir un souvenir très très agréable...un moment où vous vous êtes sentie particulièrement à l'aise, en phase avec vous-même...votre inconscient vous guide...laissez faire. Je vous laisse en silence mais je suis là...vous êtes en parfaite sécurité. Ressentez pleinement l'effet paisible de ce souvenir. Prenez votre temps et lorsque vous en aurez terminé, faites-moi un signe de tête.* » Il s'écoule environ cinq minutes, nous l'observons. Elle se gratte à deux reprises le visage mais cela ne semble pas la troubler. Le corps est calme par ailleurs. Elle hoche la tête. Nous ratifions et amorçons alors, le retour très tranquillement.

Nous lui demandons si tout s'est bien passé. Elle nous répond : « Oh oui ! J'étais avec une amie que j'ai vue la semaine passée, nous sommes allées dans un endroit agréable. Nous avons passées une très bonne soirée. C'est rare pour moi ces moments-là. Je n'aime pas beaucoup sortir de chez moi. Je me force depuis quelque temps. Ce soir-là, j'avais mal à la

tête pourtant j'ai apprécié, il y avait de la bonne musique. » Et aussi « Ca m'a donné envie de recommencer »

Nous terminons sur cette note positive. Nous convenons d'un rendez-vous dès la semaine suivante.

La séance aura duré trois quart d'heure, soit vingt-cinq minutes en face à face et vingt minutes d'hypnose.

6. Sixième séance : *Séance sans hypnose : Entretien clinique*

Ce jour-là, Jade nous téléphone à l'heure de la consultation pour nous prévenir qu'elle aura du retard car elle a un rendez-vous juste avant le nôtre qui s'est prolongé. Elle arrive donc vers 13h00 et nous dit qu'elle est disponible jusqu'à 13h30. Aussi nous décidons d'un commun accord de profiter de cette séance pour un échange sans hypnose. Elle apparaît souriante et vêtue de façon décontractée.

Nous lui demandons comment elle se sent depuis le début du suivi. Elle nous répond qu'elle est toujours impatiente de venir à notre consultation, qu'elle ressent le besoin de parler et qu'elle a été agréablement surprise de nos séances d'hypnose même si au départ elle nous confie avoir été septique. « J'ai du mal à me lâcher mais avec vous j'y arrive. Je me sens comme libre » De notre côté, nous la percevons bien plus détendue que lors des premières séances, tant physiquement que psychologiquement. Nous lui faisons remarquer.

Sa peau va mieux nous dira-t-elle « Peut-être que parce que je viens vous voir, ça m'aide... » Par contre elle a demandé au médecin de pouvoir espacer sa prise de traitement par injection. Le traitement est donc pris toutes les quatre semaines au lieu de tous les quinze jours (contre avis médical). Elle nous dit : « J'ai compris que le problème, ce n'est pas mon eczéma. Il n'est que l'expression de mon mal-être. Avec vous, j'essaie de me réparer de l'intérieur » et aussi « Il ne faudrait pas que ma peau aille mieux trop vite, ça me ferait bizarre et ça va me faire peur. Je ne sais pas vivre sans mes démangeaisons » Nous comprenons d'autant plus à ce moment-là que notre travail en thérapie doit nécessairement respecter son rythme intérieur et ses défenses psychiques. Une vigilance s'impose...

Elle regrette pour l'instant que l'effet des séances ne soit pas complètement durable. En effet, au bout de quelques jours, elle repart dans ses pensées négatives et elle se sent débordée par toutes les tâches du quotidien. A tel point qu'il lui arrive de manquer de concentration au

travail et elle s'en veut beaucoup. Souvent, elle se sent sans énergie dès le début de la journée et déprimée. Elle nous dit avoir déjà eu un traitement antidépresseur, qu'elle a pris pendant plusieurs années et qu'elle a souhaité arrêter. Elle ne se sent pas moins bien depuis.

Elle nous relate spontanément un rêve qu'elle a fait de façon récurrente pendant de nombreux mois et sur lequel elle s'interroge : « Je rentre dans mon appartement mais il y a un énorme trou au sol derrière la porte que je dois enjamber pour ne pas tomber » Elle nous raconte que très souvent elle a fait le même type de rêves, des rêves de maison, d'appartement, d'habitat toujours très délabrés. « Il y a quelques semaines de cela, j'ai encore rêvé que je vivais dans une maison dont les pièces étaient très poussiéreuses et certains des murs étaient abimés... »

Elle enchaine en nous disant qu'elle ne se sent pas bien dans son appartement actuel, trop petit pour trois mais qu'elle n'a pas le courage de déménager actuellement.

La séance s'achève. Jade n'étant pas disponible la semaine suivante, nous prévoyons de nous revoir dans deux semaines. Même jour, même heure.

7. Septième séance : *5eme séance d'hypnose : Les mains de Rossi*

Jade arrive à l'heure à son rendez-vous. Nous nous installons et nous lui demandons comment elle se sent depuis la dernière séance qui remonte à deux semaines. « C'était long pour moi de ne pas vous voir, je me suis sentie par moment très angoissée »

Par souci de respecter là où elle en est dans son cheminement, nous lui demandons dans quel état d'esprit elle se trouve et s'il y a des points qu'elle souhaite travailler aujourd'hui.

Elle nous dit que ce qui la préoccupe toujours autant est sa façon d'être en relation avec les autres. Elle se pose trop de questions sur comment on la perçoit, elle n'ose pas imposer son avis, ses idées, elle est toujours en retrait dans un groupe. Elle aimerait être à l'aise et pouvoir s'affirmer.

Nous lui demandons si elle est d'accord pour une séance d'hypnose un peu différente des précédentes. Elle se montre curieuse de savoir de quoi il s'agit. Nous lui expliquons que son inconscient a des réponses pour résoudre cette problématique et qu'il suffit de le laisser faire. Nous souhaitons, en effet expérimenter avec notre patiente la méthode de Rossi (2008) que nous avons adaptée en introduisant la notion d'inconscient dans le script.

Nous lui proposons d'être en face à face sur deux chaises. Nous ferons la séance ensemble. « *Vous vous installez le plus confortablement possible. Je vous propose de positionner vos mains à hauteur des épaules, à vingt centimètres environ l'une de l'autre. Les paumes se regardent. Concentrez-vous sur vos mains...les sensations...* » Nous détaillons toutes les sensations possiblement ressenties. « *Peut-être pouvez-vous déjà observer des sensations différentes dans la main gauche ou droite...Imaginez que votre problématique relationnelle soit là entre les mains...l'inconscient peut être déjà est au travail...laissons le travailler, examiner ce problème, en faire le tour...et plus l'inconscient est au travail et plus vous ressentez qu'irrésistiblement les mains se rapprochent l'une de l'autre. Imaginez des énormes aimants dans les paumes de vos mains qui les attirent. L'inconscient travaille à son rythme...laissez le faire...tout est parfaitement paisible...Très bien c'est ça...* » Jade a fermé les yeux, la tête tombe légèrement en avant. Les mains tressaillent et se rapprochent très lentement jusqu'à se toucher du bout des doigts (en un quart d'heure) Nous précisons là, que nos mains aussi se sont touchées un peu plus rapidement que celles de Jade. « *Alors que les mains se touchent, l'inconscient va faire descendre à son rythme une des deux mains...je me demande laquelle va-t-il choisir ? Oui c'est ça très bien, et alors que la main gauche descend, l'inconscient nous signifie qu'il collecte en vous les informations, peut-être les solutions possibles à votre problème, peut-être les ressources présentes en vous.* » La main gauche est descendue lentement et touche la cuisse. « *Et alors que la main a touché la cuisse, l'autre main va descendre elle aussi au rythme de l'inconscient...* » La main droite descend à son tour, plus rapidement. « *Et alors que la main droite descend, l'inconscient nous signifie qu'il installe dans le corps et l'esprit toutes les solutions, ressources...qui vont amener un changement dans les prochains jours, prochaines semaines...* »

Le retour se fait tranquillement, Jade ouvre les yeux et se gratte les paupières. Nous lui demandons si tout s'est bien passé. « *Au début, j'ai eu des pensées parasites et je me suis demandé comment c'était possible que mes mains se rapprochent...puis j'ai l'impression d'avoir lâché. J'ai ressenti beaucoup de choses dans mes mains, de la chaleur et des picotements et j'ai été surprise lorsqu'elles se sont touchées. C'est dingue ce truc !* » Et aussi « *Un œil me démangeait mais j'ai résisté* »

Nous lui proposons d'être vigilante à ce que cela aura produit en elle et aux changements qui pourraient survenir dans les temps prochains.

Nous arrêtons là la séance. Celle-ci aura duré trois quart d'heure, environ vingt minutes d'entretien et vingt-cinq minutes de travail hypnotique. Nous décidons d'un commun accord de nous revoir dans deux semaines, afin de laisser infuser ce travail fait en hypnose ce jour.

8. Huitième séance – *6eme séance d'hypnose : La métaphore de la maison (1)*

Ce jour, Jade est déjà dans la salle d'attente, légèrement en avance sur l'horaire. Très souriante, elle plante son regard dans le nôtre et nous demande : « Vous allez bien ? » Elle paraît très à l'aise, rouge aux lèvres et des notes colorées dans sa tenue vestimentaire.

Nous nous installons, et rapidement, elle nous dit : « Je sens que les choses bougent » Elle nous décrit des mouvements intérieurs qu'elle qualifie de « montagnes russes ». En effet, elle a fait l'expérience lors d'une présentation orale dans son cadre professionnel, d'une plus grande confiance en elle. Elle a d'ailleurs été félicitée par sa supérieure hiérarchique. Mais à d'autres moments, elle nous décrit une grande irritabilité et pense que cela est dû à des parties à l'intérieur d'elle-même qui s'affrontent. « Dans ces moments-là, ça me gratte pas mal » nous dit-elle. Nous lui proposons de tenir un *carnet d'insight*, méthode préconisée par le Dr Sage lors de son cours dans le cadre du D.U. En effet, nous pensons que cela pourrait permettre à Jade d'écrire son cheminement intérieur au fil de la thérapie et d'être ainsi au plus près d'une perception de soi, en lien direct avec ses ressentis et ses émotions.

Par ailleurs, nous lui demandons si elle a fait des rêves en particulier ces deux dernières semaines. Elle nous raconte son rêve de la nuit dernière, un songe très agréable nous dit-elle, elle était avec une amie dans une pièce toute rose, elles mangeaient des sucreries en parlant et en riant. Nous lui formulons : « *Belle complicité relationnelle...* », « Ah oui alors ! » nous répond-t-elle.

Dans l'idée de renforcer l'évolution de cette représentation de soi que nous percevons à l'œuvre chez notre patiente, nous lui proposons une séance d'hypnose avec *la métaphore de la maison* proposée par Clément Maillot dans son cours lors de notre formation.

De façon habituelle à présent, nous proposons à Jade de s'installer dans le fauteuil dédié à l'hypnose. Nous choisissons une induction par fractionnement. « *...alors que la respiration est de plus en plus tranquille et régulière...sur l'inspiration, les yeux sont ouverts...sur*

l'expiration, les paupières se ferment...voilà, c'est ça...et plus les paupières se ferment sur l'expiration, et plus vous descendez un peu plus profondément en vous...et peut-être qu'à un moment donné les yeux restent fermés. Les yeux se sont fermés après plusieurs cycles. Nous ratifions. Puis, nous procédons à un *body scan* avant de lui suggérer la *métaphore de l'escalier* afin d'approfondir la transe. Les yeux de Jade frémissent sous ses paupières, le corps est immobile. « *Voilà très bien...Votre inconscient vous guide devant une porte que vous décidez d'ouvrir. Vous arrivez dans un lieu très agréable, très paisible...peut-être un jardin, peut-être une cour, un parc...vous apercevez une maison...prenez le temps de la regarder de loin...laissez venir toutes les sensations.* Nous lui proposons ensuite d'examiner l'extérieur de la maison dans tous ses détails. Puis, nous lui suggérons d'entrer dans la maison. De parcourir les pièces, les unes après les autres, de déambuler dans la maison, de s'en imprégner. D'être attentive aux détails, aux couleurs, aux bruits, aux odeurs...D'aller dans le grenier, afin peut-être d'y découvrir des trésors. « *Peut-être souhaitez-vous déplacer des objets dans la maison...c'est vous qui décidez, prenez le temps...* » Jade se gratte à plusieurs reprises au niveau du visage mais cela ne semble pas troubler la transe. Ensuite, nous lui proposons de descendre à la cave : « *et peut-être apercevez-vous une chaudière...avez-vous des changements à apporter et des réglages à faire...et en même temps, votre inconscient va bien noter les changements apportés...voilà c'est ça* » Nous lui suggérons de remonter dans la maison et de constater, peut-être, des modifications quelles qu'elles soient. « *Peut-être avez-vous envie d'emmener avec vous certains objets...ou bien au contraire vous en débarrasser...c'est vous qui choisissez ou laissez votre inconscient choisir...* »

Nous suggérons à Jade de reprendre le trajet inverse et de quitter ce lieu tout en lui proposant de faire un ancrage avec un mot ou une couleur afin de retrouver aisément, et dès qu'elle le souhaite, le chemin de cette maison. Et de se réapproprier ainsi toutes les bonnes sensations éprouvées. Le retour de transe est plus long qu'à l'accoutumée. Elle ouvre les yeux difficilement et reste en silence.

Nous lui demandons si tout va bien pour elle. « Ca va, mais j'ai l'impression d'avoir dormi un peu, je ne me souviens pas de tout » nous dit-elle. « Je veux retourner dans cette maison, mais accompagnée. Je n'ai pas eu le temps de tout visiter et de faire le tour de toutes les pièces, de grandes pièces très claires. C'est une grande vieille maison. L'extérieur est spacieux avec terrasse et piscine. L'intérieur, j'y apporterais des modifications pour que cela

fasse plus cocooning. Certains murs ont besoin d'être rénovés. » Et encore : « Mon ancrage est le mot CALME avec la couleur VERTE. »

Nous lui proposons de s'adonner régulièrement à des moments *d'autohypnose* dans son quotidien lorsqu'elle en ressent le besoin dans la journée ou au coucher. Elle se montre favorable à notre requête et nous affirme qu'elle l'a déjà fait, tout en ayant eu du mal à s'y tenir. Cependant, elle saisit bien l'importance de la régularité de cette pratique pour elle-même.

Nous reformulons aussi le fait qu'elle souhaite retourner dans cette maison *accompagnée*. Elle nous dit alors : « De plus en plus souvent, ces temps-ci, j'imagine quelqu'un à côté de moi, je ne sais pas qui c'est exactement, peut-être un guide. Je lui parle et cela m'aide à y voir plus clair. » L'échange s'achève sur cette tonalité pleine d'espoir et d'horizons nouveaux pour Jade, nous semble-t-il.

Au terme de cette séance, nous proposons à Jade de remplir pour la prochaine fois les deux échelles d'évaluation complétées il y a quatre mois en début de suivi. En effet, la prochaine séance d'hypnose viendra clore le matériel clinique nécessaire à notre mémoire.

Cette rencontre aura duré une heure, environ vingt minutes d'échanges en face à face et quarante minutes d'hypnose et de débriefing.

9. Neuvième séance – 7^{ème} séance d'hypnose : *La métaphore de la maison* (2)

Alors que nous avons fixé un prochain rendez-vous à quinze jours, Jade a annulé étant « coincée du dos ». Nous la rencontrons donc la semaine suivante. Elle est à l'heure. Nous nous installons en face à face et d'emblée, elle nous dit que cela a été difficile les quinze premiers jours pour elle car des événements contrariants se sont déroulés (conflit de voisinage entre autres) Puis le mal de dos s'est déclenché. Son environnement ne lui permet pas d'être sereine. Elle s'inquiète de « repartir en arrière » et de perdre tous les bénéfices de notre suivi. Nous la rassurons en lui disant que les choses ne sont pas linéaires. De plus, elle n'a pas refait de crise d'eczéma généralisée depuis le début de la psychothérapie. Néanmoins, il existe encore des démangeaisons au niveau du visage mais qui, d'après elle, ne sont pas aussi

handicapantes qu'avant dans son quotidien, même si cela reste gênant et pénible à certains moments. Durant ces trois semaines, elle n'a pu faire que deux séances d'autohypnose. Elle nous dit : « J'ai repensé à mon lieu sûr et j'en ai changé. Avant, c'était les thermes, maintenant mon refuge c'est ma nouvelle maison (elle rit) celle que je m'efforce de construire. » Jade souhaite que cette séance d'hypnose soit consacrée une fois de plus à la visite de cet habitat imaginaire.

Nous lui proposons une séance interactive afin de l'accompagner dans cette nouvelle aventure intérieure. Jade s'installe dans le fauteuil destiné à l'hypnose et ferme les yeux aussitôt. Elle prend une grande inspiration et soupire longuement. « *Maintenant que vous commencez à avoir l'habitude de cet état hypnotique...laissez votre corps s'alourdir...et en même temps peut-être...je ne sais pas...déjà ressentez-vous certaines parties du corps plus légères...laissez venir les sensations...voilà c'est ça...et pendant ce temps là...votre inconscient va voyager... peut-être à l'aide de votre ancrage... retrouvez le chemin de cette maison. Et plus vous vous imprégnez de ce mot CALME...et plus vous vous enrobez de cette couleur VERTE et plus vous partez profondément en vous...* » Nous continuons encore quelques instants l'induction. Jade semble partie, un sourire aux lèvres. « *Votre inconscient vous amène dans ce lieu très agréable, très paisible...peut-être un jardin...une cour...vous apercevez la maison. Comment est-elle ?* » Réponse :...des vieilles pierres...elle est grande...solide...a été refaite...sa façade est nettoyée. « *Très bien...voyez-vous d'autres choses ?* Réponse :...des volets bleus...une porte en bois. « *Bien, peut-être avez-vous envie d'entrer ?* Réponse :...j'aime bien dehors, c'est joli...avec la piscine...des fleurs et des papillons. J'ouvre la porte. « *Que voyez-vous à l'intérieur ?* Réponse :...un couloir et un escalier...sombre (elle grimace) « *Que ressentez-vous ?* » Réponse :...je suis tendue...je vois une pièce en bas de l'escalier. « *Oui...je suis là, vous êtes en sécurité* » Réponse :...une petite pièce claire vide avec des murs blancs...« *Très bien...avez-vous envie de changer quelque chose ?* » Réponse :...je mets un canapé et un tapis. Je vois une autre pièce plus grande...verte avec des tableaux aux murs...remplie d'objets. « *Bien, autre chose ? Prenez votre temps...* » Réponse :...je suis au pied de l'escalier dans le couloir sombre...une porte au fond (elle respire plus fort) « *Que voulez-vous faire ?* » Réponse :...je ne veux pas y aller. « *Bien, voulez-vous monter à l'étage par l'escalier peut-être ?* » Réponse :...non. Il y a une autre pièce...ça sent bon le café...comme chez ma grand-mère (elle sourit) « *Ressentez-vous des choses particulières ?* » Réponse :...je suis calme. « *Peut-être pouvez-vous repasser dans*

toutes ces pièces une fois encore, voulez-vous apporter des modifications ou tout autre chose ? » Réponse :...mettre de la lumière dans le couloir. « Très bien...autre chose ? » Réponse :...non. « Je vous propose de ressortir de la maison, voulez-vous changer des choses peut-être à l'extérieur ? » Réponse :...je mets une clôture en bois. « Bien...il est temps de prendre le chemin du retour... » Le retour de transe se fait tranquillement, lentement. Jade ouvre les yeux, nous regarde et sourit. Elle nous dit : « Elle est encore différente des fois précédentes. Il y a des endroits dans la maison où je n'ai pas envie d'aller pour l'instant et d'autres que je veux continuer à améliorer. » Nous l'encourageons à poursuivre les séances d'autohypnose. Elle nous dit : « Si ma peau va mal, j'irai dans mes thermes, sinon j'explorerai encore ma maison. Ca me fait deux endroits à moi. »

Jade nous remet les deux échelles d'évaluation complétées la veille de notre rencontre du jour.

Scores obtenus fin avril 2019 :

► Le DLQI nous donne un score de **14/30** : ce qui nous indique que durant les 7 derniers jours, la dermatose de Jade a encore eu un effet **important** sur sa qualité de vie.

Le score au DLQI relevé en début de suivi (janvier 2019) était de **22/30**, ce qui nous indiquait que la dermatose de la patiente avait un effet **extrêmement important** sur sa qualité de vie.

Le score au DLQI pratiqué par le dermatologue en novembre 2018 avant l'introduction du traitement par Dupilumab était de **26/30**.

► L'échelle d'Estime de Soi nous donne un score de **30** : ce qui nous indique que l'estime de soi de Jade est encore **faible** et qu'un travail dans ce domaine reste bénéfique.

L'échelle d'Estime de Soi nous donnait en début de suivi un score de **24** : ce qui nous indiquait que l'estime de soi de la patiente était **très faible** et qu'un travail dans ce domaine semblait souhaitable.

Cette séance aura duré une heure, un quart d'heure d'échanges et quarante-cinq minutes d'hypnose et de débriefing.

DISCUSSION THEORICO – CLINIQUE

Nous nous proposons, avant de revenir sur notre problématique et nos hypothèses et avant de procéder à une analyse des séances d'hypnose, de nous attarder sur les caractéristiques psychiques de Jade. Celles, en tous les cas, qui peuvent nous intéresser dans le cadre de ce travail de mémoire.

1. Tableau clinique de Jade

Il nous apparaît assez vite qu'il existe chez cette femme une grande souffrance intérieure avec des éléments dépressifs, un manque d'étayage narcissique. Nous pensons d'emblée que la pathologie cutanée de Jade est à la fois cause et expression de sa douleur psychique.

Des troubles de l'attachement persistent à l'âge adulte ayant probablement, au vu de l'anamnèse, leur origine dans les premières relations parents/enfant. La relation avec la mère, en particulier, a été vécue comme insécurisante et est décrite comme telle par notre patiente depuis le début de la psychothérapie. On retrouve en effet, un moi-peau défaillant en particulier dans sa fonction de contenance et de pare-excitation. Il s'en suit une détresse relationnelle avec carence des investissements affectifs, une grande insécurité intérieure, une ambivalence dans le contact avec autrui faite d'une alternance de dépendance et de mise à distance dans la relation à l'autre.

Au quotidien, nous constatons une porosité au stress avec une anxiété importante de type anxiété d'abandon principalement. Il existe chez notre patiente un état de tension intérieure, avec une tendance au retournement des pulsions agressives contre elle-même. Elle nous laisse entrevoir une faible estime de soi, avec dévalorisation constante de ses actes.

La dermatose a souvent été vécue dans le passé comme un véritable handicap social accompagnée de sentiments de honte et d'impuissance. Malgré tout, l'observance des traitements médicaux et psychothérapeutiques n'a pas toujours été constante laissant apparaître un désir ambivalent de mieux-être et de changement.

L'eczéma, dans ses bénéfices secondaires inconscients, pourrait avoir, dans ce sens, une fonction de protection permettant ainsi une meilleure gestion des tensions émotionnelles.

En ce qui concerne le prurit, omniprésent pour Jade, il nous faut considérer la sensation cutanée d'une part et la mobilisation motrice d'autre part, c'est-à-dire le grattage. La

démangeaison serait une forme de douleur pouvant être considérée comme la projection à la périphérie de la douleur affective ressentie. Par le grattage, se manifesterait la possibilité de décharge motrice de la tension. Ainsi, le corps deviendrait la cible d'une agressivité inconsciente, le grattage exprimant une hostilité censurée par le sur-moi. Jade, à de nombreuses reprises, se gratte au sang et éprouve alors un soulagement. Un mieux-être apparaît par libération de l'angoisse.

Au terme de l'énonciation de ce tableau clinique, nous pensons à nouveau à Didier Anzieu (1985) lorsqu'il émet son hypothèse sur le symptôme cutané : « *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* ». Autrement dit, la profondeur de l'altération de la peau serait proportionnelle à la profondeur de l'atteinte psychique.

2. Problématique et hypothèses

Nous rappelons là, notre problématique de départ ainsi que nos hypothèses de travail.

- Quels sont les effets de l'hypnothérapie dans la prise en charge de la dermatite atopique, tant au niveau psychique que somatique ?

Nous nous questionnons sur l'impact et l'apport de l'hypnose dans la prise en charge de notre patiente Jade, et nous pensons que :

- Au niveau psychique : Les séances d'hypnose auront permis un renforcement du moi se traduisant par une amélioration du sentiment de sécurité intérieure au niveau affectif ainsi qu'une meilleure estime de soi.
- Au niveau somatique : Les séances d'hypnose auront permis une diminution de la gêne cutanée pouvant se traduire par une diminution du prurit et/ou du grattage et un espacement des manifestations cutanées.

3. Analyse des séances d'hypnose

Première séance : le lieu sûr : Comme nous l'avons déjà précédemment mentionné, nous sommes particulièrement vigilante au cadre de la rencontre. En effet, de par notre expérience, le suivi en psychothérapie des sujets carencés au niveau affectif, comme notre patiente, nécessite un cadre thérapeutique prévisible et sûr tant du point de vue de l'espace (bureau

et position du thérapeute), du temps (si possible même jour et même heure, durée de la séance), de la communication non verbale (gestuelle, attitude). Dans la pratique de la communication thérapeutique avec l'hypnose, nous expérimentons quelque chose de très similaire et d'autant plus approprié à la problématique de Jade, pour qui le besoin de sécurité est essentiel.

Le lieu sûr ou lieu de sécurité (safe place) va nous permettre d'installer d'emblée, métaphoriquement, la relation avec le thérapeute sur un mode archaïque pouvant rappeler la relation mère/bébé à la façon d'une enveloppe contenant et protectrice et représentant les bases d'une sécurité intérieure.

Pour Jade, son lieu sûr sera les thermes. Nous sommes assez peu étonnée de ce choix au vu de son symptôme cutané. Le jour de cette séance, les démangeaisons sont criantes et ce lieu nous apparaît comme un lieu d'apaisement pour Jade, un lieu thérapeutique. Elle ne s'est d'ailleurs pas grattée durant ce moment hypnotique. Elle gardera les bénéfices de cette séance les jours suivants. Nous remarquons que l'accès à l'imaginaire dans la transe semble assez aisé et le lieu de sécurité a été trouvé dès cette première expérience.

Du côté du thérapeute : Sans lire le script, mais en se l'ayant approprié ; nous espérons être d'autant plus en synergie avec Jade et nous constatons, pour nous même, une transe légère, agréable, comme un voile posé sur cette nouvelle dyade.

Deuxième séance : L'étang : Au regard des éléments amenés par Jade en séance, nous avons souhaité proposer un script dédié spécifiquement au renforcement du moi. En effet, Jade nous laisse voir lors de ce début de séance de façon évidente, une faible estime de soi. Nous avons récemment découvert le script d'Harry E. Stanton (2004) sur le renforcement du moi en cinq étapes. Nous choisissons de remanier ce script afin de l'écourter, de nous l'approprier et de nous en tenir à la métaphore de l'étang. L'intérêt de ce choix est de permettre à Jade d'entrevoir de possibles ressources intérieures qu'elle pourrait mettre en mouvement. Cela semble cependant fastidieux et peut-être encore prématuré à ce stade. Le passage par le lieu sûr s'est montré nécessaire afin de retrouver de la sérénité.

Il est intéressant de voir que cet exercice a agi à la façon d'un espace projectif. La surface de l'étang représente une limite entre le dedans et le dehors (le conscient et l'inconscient) telle une peau psychique. Par analogie, elle est assimilée à l'enveloppe corporelle : « L'étang n'était pas lisse mais pleins de mauvaises herbes, mais c'est normal vu comme ça m'a

gratté. » Au-delà de la représentation mentale, l'éprouvé de la sensorialité est ici au premier plan.

Au terme de cette séance, un mouvement cependant s'opère avec un questionnement concernant le sens de son eczéma, comme une prise de conscience ; lorsqu'elle dit : « (...) je crois que c'est l'expression d'un mal être plus profond. »

Du côté du thérapeute : Les démangeaisons et le grattage sont particulièrement présents, aussi nous tentons avec fébrilité de les assimiler au travail hypnotique en tant qu'approfondissement de la transe.

Troisième séance : la peau : Si nous parlons de peau, nous faisons référence à notre enveloppe corporelle. Nous pouvons dire que le vêtement, de la même façon, vient en prolongement de cette enveloppe, établir une limite protectrice et contenante comme une double peau. Cette double peau, dans sa fonction psycho-affective, en terme de moi-peau, permet de protéger le moi, de le contenir et peut compenser un sentiment intérieur de fragilité, de vulnérabilité. Jade, dans les premières séances montre une image extérieure d'elle-même très « carapacée », le vêtement est sombre et strict. A partir de cette troisième séance, un mouvement s'opère. Est-ce lié au mouvement intérieur perçu précédemment suite à la dernière séance d'hypnose ? Nous ne saurions le dire. En tous les cas, dorénavant, Jade apparaîtra avec des tons colorés dans son habillement et une apparence plus haute en couleur de façon générale.

Nous avons choisi de construire un script autour de la perception de la peau dans une séance interactive. Ce travail, nous semble-t-il, peut éventuellement permettre à Jade de venir modifier la perception de ses sensations cutanées et ainsi renforcer son sentiment de sécurité corporel. Grâce à la situation hypnotique, et à la relation thérapeutique, laisser la possibilité qu'un moi-peau nouveau puisse se tisser dans une co-construction à deux.

Le vécu de Jade est plutôt encourageant lorsqu'elle nous dit : « C'est marrant, je me suis vue comme dans un cocon. Peut-être que je vais éclore ! » Elle a trouvé le moyen de sécuriser son moi et nous laisse entendre qu'elle envisage, d'une certaine façon, la possibilité de naître à elle-même.

Du côté du thérapeute : Nous avons tenté de nous éloigner des scripts traditionnels afin de privilégier une approche personnalisée et adaptée à notre patiente avec toutefois beaucoup de doutes sur notre savoir-faire en tant que novice en hypnose.

Quatrième séance : Les ressources intérieures : Lors de cette séance, pour la première fois, Jade pleure et nous fait part de son sentiment profond de solitude et de vide intérieur. Au travers des échanges avec notre patiente, nous avons déjà identifié à plusieurs reprises ce sentiment de vide dans son discours. Winnicott (1989), nous semble-t-il, a expliqué ce ressenti : « (...) *pour comprendre ce sentiment de vide, ce n'est pas au traumatisme qu'il faut penser, mais au fait que là où quelque chose aurait pu être bénéfique, rien ne s'est produit.* » Cela nous renvoie au vide du regard de la mère tant décrié par Jade.

L'exercice proposé sur « les figures symboliques » s'est déroulé sur un mode conversationnel. Lors de cette mise en situation, Jade trouve en elle ses propres solutions. Cela lui permet de prendre conscience de certaines ressources intérieures jusqu'alors déniées. Elle a pu ainsi expérimenter qu'une partie d'elle sait ce qui est bon pour elle.

Nous enchainons avec une séance d'hypnose plus formelle qui vient consolider la découverte possible d'autres ressources en elle. Forte de l'expérience précédente, Jade vit ce moment hypnotique sur un mode positif avec une expérience relationnelle satisfaisante qui l'encourage, semble-t-il, à persévérer sur cette voie du changement : « Ca m'a donné envie de recommencer. » En cette fin de séance, nous entrevoyons un désir nouveau la guidant peut-être vers une plus grande autonomie psychique.

Du côté du thérapeute : Au tout début de cette séance, nous nous sommes sentie particulièrement sollicitée émotionnellement. Ce vide crié par la patiente nous a fait nous ressentir nous-même comme une enfant confrontée au vide du regard de cette mère. A la fin de la séance, nous ne pouvons pas nous empêcher d'éprouver une certaine satisfaction devant la note positive finale laissée par l'expérience hypnotique.

Cinquième séance : Les mains de Rossi : Cette séance est conditionnée par une rencontre précédente sans hypnose. Sa peau la gêne moins, Jade nous le fait savoir ; et en même temps, elle redoute que des changements s'opèrent en elle trop rapidement : « J'ai compris que le problème, ce n'est pas mon eczéma. Il n'est que l'expression de mon mal-être (...) Il ne faudrait pas que ma peau aille mieux trop vite, ça me ferait bizarre et ça va me faire peur. Je ne sais pas vivre sans mes démangeaisons. » Nous mesurons combien il est important de bien partir de ses besoins et de respecter son rythme intérieur afin de ne pas bousculer ses mécanismes de défenses inconscients. Aussi nous lui proposons la technique des mains de Rossi (2008) qui permet à Jade de trouver en elle-même et à son rythme, les ressources et les

outils pour mettre en œuvre le processus nécessaire à la résolution de sa problématique choisie.

Pourquoi les mains ? La mobilisation des ressources par le travail avec les mains crée l'activation neuronale de toutes les zones du cerveau impliquées dans le processus de changement (Kaiser, 2015) Cette technique utilise les recherches récentes portant sur la place des neurones miroir. Pour rappel, les neurones miroirs s'activent aussi bien quand on exécute une action que lorsqu'on regarde quelqu'un exécuter cette même action. Le fait que le cerveau réagisse de la même façon pourrait expliquer l'apprentissage par l'imitation, ainsi que la compréhension de l'intention voire interviendrait dans l'empathie.

Ce travail avec les mains a aussi permis une implication personnelle de notre patiente avec toute sa corporalité. Cette séance aura été bénéfique vu le retour fait par Jade à notre rencontre suivante.

Du côté du thérapeute : Cette situation hypnotique créé un jeu de miroirs ; placement des mains en miroir et placement du thérapeute en miroir de la patiente. Nous sommes ainsi directement impliquée dans cet éprouvé corporel hypnotique sans toutefois exercer d'influence dans le processus thérapeutique. Il nous a été nécessaire durant cette séance, d'être dans une observation minutieuse des changements d'état de Jade afin de garantir un travail confortable et en toute sécurité.

Sixième séance : La maison (1) : Jade nous a fait part lors d'une précédente séance, de rêves récurrents, anciens et s'étant manifestés sur plusieurs mois. Il s'agit de rêves d'habitats, appartement ou maison, toujours très abîmés, peu sécurisants. Nous nous sommes donc inspirée de la dimension symbolique inconsciente de la maison pour lui proposer cette métaphore en vue de renforcer le mouvement, déjà en cours et identifié au fur et à mesure de nos séances, d'une amélioration de son image corporelle, et plus globalement d'une image d'elle-même « renarcissisée ».

Note théorique sur psychisme et habitat : l'inconscient de la maison : Comme nous l'avons déjà abordé dans notre partie théorique, à la naissance, la psyché du bébé est en quête d'un espace à habiter, terme déjà employé par Winnicott (1971) pour décrire le processus « *d'habitation du corps par la psyché* ». La présence psychique maternelle, ainsi que le corps à corps mère-bébé, vont constituer un objet contenant, que le bébé va introjecter, pour se créer sa propre peau psychique, qui délimite un intérieur et un extérieur, tout ceci à partir des

sensations de la surface corporelle. Cette première image d'enveloppe va lui donner une sécurité narcissique de base, à l'origine du sentiment d'existence. Cette sécurité de base permet la formation du moi, qui sera bientôt enveloppé du moi-peau grâce aux processus d'identification. Ce dernier prendra une configuration d'enveloppe, qui sépare et relie le monde interne et externe. Le corps peut alors, servir de contenant primaire ou de repère spatial sécurisant, à partir duquel il va construire son identité et établir des relations d'objet. Par la suite, le sujet étendra, par projection, cette même relation de contenance aux autres objets spatiaux et en particulier, l'habitat réel, qui va s'offrir comme la projection externe d'un moi-peau périphérique (Cuynet, 2001). La représentation que nous allons avoir de notre habitat, est définie par Eiguer (2004) comme un habitat intérieur : nous projetons notre image du corps sur l'habitat réel, puis, rétroactivement, nous l'introjectons pour en avoir une image interne. Ainsi, l'aménagement de notre espace, le vécu imaginaire et affectif avec lui, est le reflet de notre image inconsciente du corps. Dans le rêve, nous retrouvons ces mêmes projections inconscientes. Pour Freud, rêver de maison serait la projection de l'organisation interne du moi. Pour Jung, la vision de la maison dans les rêves aurait à voir avec une source potentielle de transformation interne. Les productions imaginaires lors de l'état hypnotique pourraient s'apparenter au rêve en tant qu'espace projectif d'un paysage intérieur. Le moi-peau, en particulier, dans sa fonction de contenance pourra transparaître au travers du matériel hypnotique recueilli avec la métaphore de la maison. Ceci demanderait, bien entendu, à être développé de façon plus approfondie dans un travail de recherche ultérieur.

Au niveau clinique, alors que Jade présente une insécurité affective de base, nous pensons que ce script va lui permettre d'être actrice d'une amélioration de son habitat intérieur. Elle pourra y apporter des changements et ainsi venir renforcer son sentiment de sécurité.

Lors des échanges, elle nous fait part de la présence de ce « guide intérieur ». Cela nous apparaît être un élément nouveau d'un mouvement de soi vers soi.

Du côté du thérapeute : Dans le déroulé du moment hypnotique, nous avons conscience d'avoir été trop vite en ne laissant pas suffisamment de temps à notre patiente pour visiter cette maison. Aussi, nous lui proposons d'y retourner lors de séances d'autohypnose. Nous sommes, par ailleurs, agréablement surprise de la note positive qui apparaît lors de cette séance avec un désir apparent, de la part de Jade, d'aller de l'avant et d'amener des changements significatifs dans sa vie, à son rythme.

Septième séance : La maison (2) : Jade a pratiqué l'autohypnose à plusieurs reprises afin de retrouver cette maison qu'elle définit actuellement comme son nouveau *lieu sûr*. Elle souhaite une nouvelle séance d'hypnose en lien avec cet endroit imaginaire qu'elle s'est approprié.

Nous pensons alors qu'il peut être judicieux de proposer une séance interactive afin de l'accompagner dans cette aventure intérieure.

L'expérience hypnotique de Jade laisse entrevoir plusieurs étapes dans son cheminement. Tout d'abord, une phase d'exploration durant laquelle elle procède à des aménagements, des modifications - entre autres, la rénovation des murs, ce qui nous évoque par analogie une seconde peau. Arrive un moment de tension lorsqu'elle se refuse à franchir certains lieux dans la maison - escalier, porte du fond, puis une phase de réassurance - sensorialité régressive avec le souvenir de l'odeur du café de sa grand-mère. Puis enfin une phase de sécurisation - lumière du couloir et clôture en bois.

Nous percevons bien, par analogie, le mouvement interne de Jade, avec ses avancées, ses tâtonnements, mais aussi ses peurs liées à certains lieux, encore méconnus et obscurs, de sa psyché. Son besoin de se consolider et de se sentir en sécurité.

Du côté du thérapeute : Nous avons, à ce stade de la thérapie, tout à fait conscience du besoin toujours impérieux d'un appui auxiliaire pour notre patiente, malgré l'instauration des prémices d'un lien avec un *guide intérieur*. La bonne qualité de l'alliance thérapeutique a permis un début d'autonomisation mais Jade doit encore prendre confiance en elle pour petit à petit se distancier du regard de l'autre. Avec cette séance d'hypnose, notre intention était bien de proposer un espace transitionnel, à la façon d'une aire de jeu, afin que notre patiente trouve une créativité en elle qui lui permette progressivement d'accéder à plus d'autonomie psychique. Ce mouvement vers un accès progressif au processus d'autonomisation pourra se renforcer par des séances régulières d'autohypnose.

De plus, avec la *métaphore de la maison*, nous pensons qu'un véritable travail identitaire peut s'opérer et ainsi aller dans le sens d'un renfort des assises narcissiques de Jade.

4. Confrontation des observations et des résultats aux échelles d'évaluation, à la problématique

De retour à notre problématique et nos hypothèses, nous pouvons énoncer que les effets de l'hypnothérapie dans la prise en charge de Jade sont très encourageants au vu de l'analyse de nos données cliniques au fil des séances.

- Au niveau psychique : Il est acceptable d'avancer que l'amélioration du sentiment de sécurité intérieure est à l'œuvre et que l'estime de soi semble, elle aussi, être en voie d'amélioration. Dans la réalité de son quotidien, nous constatons plus d'aisance dans sa vie sociale. Elle a fait de nouvelles rencontres et participe à des sorties en groupe. Au niveau professionnel, elle nous a relaté une expérience de présentation orale qui s'est bien déroulée avec un sentiment nouveau de confiance en elle.

Nous pouvons, ici, mettre en perspective le résultat à l'échelle d'Estime de Soi de Rosenberg. Jade a obtenu un score de **30**, au terme de ce travail de mémoire, au bout de quatre mois de suivi en hypnothérapie. Le score en début de suivi était de **24**. On constate bien une légère amélioration de l'estime de soi qui doit encore, malgré tout, être mise au travail. Le renforcement du moi espéré pour Jade est bien en voie de constitution.

- Au niveau somatique : Depuis le début de l'hypnothérapie, Jade n'a pas refait de nouvelles poussées d'eczéma généralisées alors que le traitement médical en cours n'est pas correctement respecté. Elle a, en effet contre avis médical, espacé ses injections de Dupilumab. A ses dires, sa peau va mieux. Le prurit est toujours présent, surtout au niveau du visage. Il semble moins handicapant au quotidien. Le grattage est mieux contrôlé lui aussi. Jade nous dit qu'elle se gratte beaucoup par automatisme voire par compulsion. Elle s'en est rendu compte grâce aux séances d'hypnose, durant lesquelles elle trouve que la sensation de démangeaison est différente. Elle arrive, dans ces moments-là, à résister à l'envie de se gratter. Dans son quotidien, elle tente, là aussi, d'aborder cet inconfort cutané différemment.

Nous pouvons donc avancer que ce travail en hypnothérapie a enclenché une diminution de la gêne cutanée pouvant se traduire par une gestion différente du prurit et du grattage, et un espacement des manifestations cutanées. Il semble, en effet, que Jade ait pu se réapproprié autrement son vécu corporel.

Le résultat au DLQI vient valider ce propos en termes de qualité de vie. En effet, le score de Jade au bout de quatre mois de suivi est de 14/30 alors que le score précédent, avant le début du suivi, était de 22/30. Cela nous indique que la dermatose de Jade a toujours un effet important sur sa qualité de vie mais de façon moindre. Peut-être, ce résultat va-t-il dans le sens d'une meilleure adaptation de notre patiente à sa pathologie cutanée ?

Nous avons fait part des résultats à notre patiente. Ceux-ci semblent en accord avec son ressenti subjectif. Nous décidons ensemble de poursuivre les séances.

Et pour résumer, comme nous le dit très bien Jade :

« Tout est lié, si ma tête va mieux, ma peau ira mieux ; mais si ma peau va mieux trop vite, cela n'ira pas. Il faut que je me laisse le temps de changer dans ma tête »

5. Point éthique

Plusieurs questionnements s'imposent à nous à l'issue de ce travail autour de la question de *notre posture de thérapeute* en hypnothérapie.

- Le besoin de sécurité de Jade nous a renvoyé, à maintes reprises, à notre propre insécurité d'hypnothérapeute novice avec le souci constant d'être au diapason dans l'avancée de la découverte de ses ressources intérieures. Nous avons pu ressentir, en miroir, une ambivalence entre le désir d'un changement et la crainte que ce changement survienne trop vite et bouscule ses défenses psychiques. Nous savions déjà, dans le travail de collaboration au quotidien avec les dermatologues, que dans la prise en charge de certains patients pour qui la dermatose est la manifestation visible de problématiques psychiques, il est important de ne pas gommer trop vite ces marques cutanées. En effet, il peut être bon de laisser quelques lésions présentes sur le corps du patient, à la façon d'un symptôme cicatriciel d'une problématique psychique incomplètement résolue. Avec cette nouvelle approche hypnotique, nos fantasmes sont venus percuter la réalité de Jade. Comme si l'hypnose pouvait être un accélérateur de guérison qui passerait outre le besoin de notre patiente, lorsqu'elle nous dit : « Il ne faudrait pas que ma peau aille mieux trop vite, ça me ferait bizarre et ça va me faire peur. Je ne sais pas vivre sans mes démangeaisons. »

- Autre particularité de notre posture d'hypnothérapeute qui a pu représenter un élément nouveau et questionnant dans notre pratique. Il nous a fallu trouver, au-delà des mots, une

juste place dans l'entrée en scène de la sensorialité au sein de la relation thérapeutique. Le corps étant directement convoqué aussi du côté du thérapeute. Brigitte Lutz (2007) résume très bien notre ressenti, lorsqu'elle énonce que pour le thérapeute : « *Il s'agit d'apprendre à lire ce que nous percevons pendant la séance comme une mise en résonnance dans notre organisme de ce qui se joue inconsciemment pour le patient.* » Ce matériel non élaboré par la parole, flotte dans le champ transférentiel et se manifeste dans le corps du thérapeute. En hypnothérapie, cela est particulièrement fort et dense. Il va s'agir, pour nous hypnothérapeute, de décrypter finement notre contre-transfert afin d'adapter au mieux nos propositions de scripts, suggestions à nos patients. Cela renvoie, nous semble-t-il, partiellement, au travail de thèse d'Antoine Bioy (2005) qui conclut à l'existence, dans l'hypnose, d'un transfert immédiat de type empathique qui permet de construire les suggestions à partir du contre-transfert du thérapeute.

- Autre point lié à notre posture. L'irruption dans un nouveau champ de conscience modifiée est venue questionner notre présence à l'Autre. Nous nous sommes trouvée, à divers moments, dans une position de recherche de sens. Nous nous sommes alors sentie encore bien loin de ce que prône François Roustang (2015), lorsqu'il dit : « (...) *qu'il n'est pas nécessaire de traduire en mots ce qu'il s'est passé et de lui donner un sens.* » ou encore : « *il s'agit d'une invitation à un dialogue de corps à corps sans pensées, dans le silence de la transe, là où tout se reconstruit, se réactualise* » Pourtant, à certains moments, il nous a été difficile de laisser de côté nos représentations mentales pour être uniquement dans le champ sensoriel. « *On pourrait définir la notion de présence à l'autre comme le fait d'être simplement là (...) plus de question, plus de souhait de comprendre, de bien faire, de désir pour l'autre de guérir.* » (Bioy, 2017) ou encore : « (...) *la présence comme un être ensemble dans une sensorialité exacerbée.* » (Bioy, 2019).

Ces propos nous laisse entrevoir tout le chemin qu'il nous reste encore à parcourir, pour une posture toujours à réajuster...

CONCLUSION

A travers l'étude de ce cas clinique, nous avons pu expérimenter l'apport bénéfique de l'hypnose en psychothérapie dans le cadre de la dermatite atopique. Nous avons déjà fait l'expérience de la rencontre du corps dans nos suivis en psychothérapie de relaxation pour des malades souffrant de leur peau. Nous avons pu, alors, constater l'importance de ce détour par la corporalité pour aborder la problématique psychique derrière le symptôme cutané. Avec la pratique de l'hypnose, de nombreux points nous semblent innovants et nous positionnent dans une approche radicalement différente de nos patients.

Tout d'abord, la dimension accordée à l'imaginaire et à la créativité dans la relation thérapeutique, ainsi que la mise à l'écart de la mentalisation et de la recherche de sens ; nous permettent de sortir de la plainte et de l'approche classique mettant l'accent sur le déficit et le manque. Cet intérêt porté avant tout aux besoins du patient et à la mobilisation de ses ressources est devenu central pour nous et tellement revitalisant pour notre pratique. Nous apprécions cette notion d'inconscient – réservoir lumineux, dépositaire de toutes nos ressources intérieures. La transe « à fleur de peau » en deçà du langage, elle aussi, est un élément nouveau qui nous ouvre des horizons fabuleux permettant une redécouverte de la sensorialité et de la conscience du corps. La pratique de l'autohypnose comme prolongement à la thérapie et support d'une possible autonomisation pour nos patients, a trouvée, elle aussi, grâce à nos yeux.

Il nous reste à habiter pleinement ces nouvelles postures au quotidien dans la rencontre hypnotique singulière avec nos patients.

Quant au symptôme cutané, il convient de ne pas tenter de le supprimer. Il nous faut considérer qu'il représente avant tout « un arrêt sur image » à un moment donné dans la vie du patient. Il va donc s'agir de s'en décentrer et de plutôt tenter de remettre progressivement le sujet en mouvement dans sa relation aux autres et à lui-même et ceci à son rythme. A cette condition, nous pouvons alors espérer, dans le meilleur des cas, que la symptomatologie cutanée s'améliore.

Nous souhaitons conclure par une attention particulière à « la métaphore de la maison » que nous avons utilisé avec Jade et depuis, avec d'autres patients souffrant de problèmes de peau. Nous aimerions, à l'avenir, ouvrir des perspectives de recherche clinique en hypnose en lien avec cet outil selon la théorie du moi-peau et des enveloppes psychiques. Cette métaphore

nous semble, en effet, particulièrement adaptée pour des patients dermatologiques chez qui la fonction de contenance peut être détériorée et qui manifestent une insécurité affective de base. Chaque patient pouvant s'approprier l'outil dans une créativité propre à chacun et ainsi créer son espace intérieur de sécurité selon ses besoins. Nous pouvons penser qu'un retour à une sensorialité rassurante, éprouvée corporellement grâce à cette expérience, peut créer un espace intérieur sécurisant pouvant permettre d'explorer ensuite le monde extérieur.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu D. Le Moi Peau. Paris : Dunod ; 1985

Anzieu D. Une peau pour les pensées : entretiens avec Gilbert Tarral. Paris : Apsygée ; 1991

Bioy A. La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. Bulletin de psychologie 2005 ; 477 : 391-393

Bioy A. La relation in Bioy A et Célestin-Lhopiteau I. Aide-mémoire, Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Paris : Dunod ; 2014. p. 15-20

Bioy A. L'hypnose. Que sais-je ? Paris : PUF ; 2017

Bioy A. Relations et alliances in Bioy A et Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Paris : Dunod ; 2017. p. 61-77

Bioy A. Présences in Bioy A et Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Paris : Dunod ; 2017. p. 79-94

Bioy A. Au-delà de la présence d'esprit...Tranes Présence 2019 ; 7 : 41-43

Bolgert M. Approche psychosomatique des dermatoses. Rev Med Psychosom 1970 ; 12 : 56-64

Bowlby J. Attachement et perte in L'attachement tome 1. Paris : PUF ; 1978

Chrostowska-Plak D, Reich A, Szepietowski JC. Relationship between itch and psychological status of patients with atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013 ; 27(2) : 239-42

Consoli SG. La peau captive. Rev Méd Psychosom 1985 ; 2 : 13-24

Consoli SG. La Tendresse. Paris : Odile Jacob ; 2003

Consoli SG. Psychosomatique en dermatologie (psychodermatologie). Thérapeutique Dermatologique 2012 ; 2

Constantini JF, De Castro PF. Aspects psychodynamiques liés à la dermatite atopique : adaptation et traitement. Santé Magazine 2013 ; 7 : 1-13

Corrin E. De l'hypnose pour panser le corps in Bioy A et Michaux D. Traité d'hypnothérapie. Paris : Dunod ; 2007. p. 305-331

Cuynet P, Mariage A. La maison et le corps. Image du corps et habitat, Perspectives psychiatriques 2001 ; 5 : 364-370.

Eiguer A. L'inconscient de la maison. Paris : Dunod ; 2004

Frankel FH, Misch RC. Hypnosis in a case of long-standing psoriasis in a person with character problems. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 1973 ; 50 : 332-363

Freud S. Le Moi et le Ca. Essais de psychanalyse. Paris : Payot ; 1923

Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acbe, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998 ; 139 : 846-85

Hartland J. Hypnosis in dermatology. British Journal of Clinical Hypnosis 1970 ; 1 : 2-7

Huser F. La peau seulement. Hors-série littéraire. Paris : Gallimard ; 2011

Kaiser K. Induction rapide : la technique des mains de Rossi. Hypnose & Thérapies brèves 2015 ; hors-série n°9 : 126-137

King RM, Wilson GV. Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. J Psychosom Res 1991 ; 35 : 697-706

Kline MV. Psoriasis and hypnotherapy: a case report. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 1954 ; 2 : 318-322

Lutz B. Approche corporelle et hypnothérapie in Bioy A et Michaux D. Traité d'hypnothérapie. Paris : Dunod ; 2007. p. 185-211

Maillard H. L'hypnose en dermatologie. Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie 2009 ; 188 : 37-42

Marty P, De M^{re} Uzan M. La pensée opératoire. Rev Fr Psychanalytique 1963 ; 17: 345-355

Ménard A. Affirmation de soi et confiance en soi in Bioy A et Célestin-Lhopiteau I. Aide-mémoire, Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions. Paris : Dunod ; 2014. p. 280-285

Mirvish I. Hypnotherapy for the child with chronic eczema. A case report. South Africa Medical Journal. 1978 ; 54 : 410-412

Misery L. Relations entre cellules nerveuses et cellules cutanées. Psychiatries 1997 ; 120/1 : 8-11

Misery L, Roguedas M. Atopie et stress. Ann Dermatol Venereol 2004 ; 131 : 1008-11

Montagu A. La peau et le toucher : un premier langage. Paris : Seuil ; 1979

Motoda K. A case report of the counter-conditioning treatment of an eczema patient by hypnosis. Japanese Journal of Hypnosis 1971 ; 15 : 46-49

Orion E, Wolf R. Psychological factors in skin diseases : stress and skin : facts and controversies. Clin Dermatol 2013 ; 31(6) : 701-11

Pomey-Rey D. La peau et ses états d'âme. Paris : Hachette Littérature ; 1999

Rossi EL, Rossi KL. La nouvelle approche neuroscientifique de la psychothérapie, de l'hypnose thérapeutique et de la réadaptation : Un dialogue créatif avec nos gènes. The Milton H. Erickson Institute of the California Central Coast : ebook ; 2008

Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris : Minuit ; 1994

Roustang F. Jamais contre, d'abord. La présence d'un corps. Paris : Odile Jacob ; 2005

Sage T. Structure d'attachement dans la dermatite atopique. Dijon : Thèse Psychologie Clinique ; 2011

Sage T. Hypnose et dermatologie. Dermato Mag 2013 ; 1 : 40-42

Sage T. Dimension psychosomatique : exemple de la dermatologie in Bioy A et Célestin-Lhopiteau I. Hypnothérapie et hypnose médicale. Paris : Dunod ; 2014. p. 228-233

Sage T. Exemple de prise en charge en dermatologie : la dermatite atopique in Bioy A et al. 15 cas pratiques en hypnose médicale et hypnoalgésie. Paris : Dunod ; 2017. p. 224-242

Sage T. Des exercices pour transformer votre pratique. Transes La Conscience 2017 ; 1 : 85

Save-Pédebos J, Bobet R, Morel P. Fonctionnement psychoaffectif d'adultes atteints de dermatite atopique. *Prat Psychol* 2013 ; 19 : 29-39

Scott MJ. Hypnosis in dermatologic therapy. *Psychosomatics* 1964 ; 7 : 233-235

Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. *Arch of dermatol.* 2000 ; 136 : 393-399

Shenefelt PD. Use of hypnosis, meditation and biofeedback in dermatology. *Clinics of Dermatology* 2017 ; 35 : 285-291

Shenefelt PD. Mindfulness-based cognitive hypnotherapy and skin disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis* 2018 ; 61 : 34-44

Sokel B, Christie D, Kent A, Lansdown R, A comparison of hypnotherapy and biofeedback in the treatment of childhood atopic eczema. *Contemporary Hypnosis* 1993 ; 10 : 145-154

Spanos NP, Stenstrom RJ, Johnston JC. Hypnosis, placebo and suggestion in the treatment of warts. *Psychosomatic Medicine* 1988 ; 52 : 109-114

Spitz RA. De la naissance à la parole, la première année de la vie. Paris : PUF ; 1974

Stanton HE. Renforcement du moi: une technique en cinq étapes in Corydon Hammond D. *Métaphores et suggestions hypnotiques.* Bruxelles : Satas ; 2004. p. 118-119

Stewart AC, Thomas SE. Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *British Journal of Dermatology* 1995 ; 132 : 778-783

Tausk F, Whitmore SE. A pilot study of hypnosis in the treatment of patients with psoriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1999 ; 68 : 221-225

Twerski A, Naar R. Hypnotherapy in a case of refractory dermatitis. *American Journal of Clinical Hypnosis.* 1974 ; 202-205

Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire in *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : Petite Bibliothèque Payot ; 1956. p. 168-74

Winnicott DW. Le corps et le self. *Nouvelle revue de psychanalyse. Lieux du corps* 1971 ; 3 : 37-48

Winnicott DW. La crainte de l'effondrement in La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Paris : Gallimard ; 1989. p. 214

Zacharie R, Oster H, Bjerring P, Kragballe K. Effects of psychologic intervention on psoriasis : a preliminary report. Journal of the American Academy of Dermatology 1996 ; 34 : 1008-1115

1. DLQI – Dermatology Life Quality Index

L'index de Qualité de Vie (ou DLQI) est un questionnaire simple et pratique dont le but est d'évaluer l'impact d'une maladie de peau et de son traitement sur la qualité de vie des personnes atteintes par une telle maladie.

Les symptômes à recueillir sont ceux présents *au cours des 7 derniers jours*.

• *Passation* :

1. Votre peau vous a-t-elle *démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)* ?

3 Enormément - 2 Beaucoup - 1 Un peu - 0 Pas du tout

2. Vous êtes-vous senti(e) *gêné(e) ou complexé(e)* par votre problème de peau ?

3 Enormément – 2 Beaucoup – 1 Un peu – 0 Pas du tout

3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour *faire des courses*, vous occuper de votre *maison* ou pour *jardiner* ?

3 Enormément – 2 Beaucoup – 1 Un peu – 0 Pas du tout - 0 Non concerné(e)

4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le *choix de vos vêtements* que vous portiez ?

3 Enormément - 2 Beaucoup - 1 Un peu – 0 Pas du tout – 0 Non concerné(e)

5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos *activités avec les autres* ou vos *loisirs* ?

3 Enormément – 2 Beaucoup - 1 Un peu - 0 Pas du tout – 0 Non concerné(e)

6. Avez-vous eu du mal à faire du *sport* à cause de votre problème de peau ?

3 Enormément - 2 Beaucoup - 1 Un peu – 0 Pas du tout – 0 Non concerné(e)

7. Votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de **travailler** ou **étudier** ?

3 Oui – 0 Non – 0 Non concerné(e)

→ Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?

2 Beaucoup – 1 Un peu – 0 Pas du tout – 0 Non concerné(e)

8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e)**, vos **amis** ou votre **famille** ?

3 Enormément – 2 Beaucoup – 1 Un peu – 0 Pas du tout – 0 Non concerné(e)

9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre **vie sexuelle difficile** ?

3 Enormément – 2 Beaucoup – 1 Un peu – 0 Pas du tout – 0 Non concerné(e)

10. Le **traitement** que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?

3 Enormément – 2 Beaucoup – 1 Un peu – 0 Pas du tout – 0 Non concerné(e)

Score final DLQI : (0-30)

● Interprétation :

Signification des scores :

- * 0-1= aucun effet sur la vie du patient.
- * 2-5 = faible effet sur la vie du patient.
- * 6-10 = effet modéré sur la vie du patient.
- * 11-20 = effet important sur la vie du patient.
- * 21-30 = effet extrêmement important sur la vie du patient.

● Références :

Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994;19:210-6.

Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology : a practical guide. Br. J. Dermatol. 1997 ; 136 (3) : 407-18.

2. Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Le test (ou « échelle ») d'estime de soi de Rosenberg est un des plus connus et des plus utilisés dans le domaine de l'évaluation de l'estime de soi. Publié en 1965, il n'a cessé d'être un outil de référence. Il est constitué de 10 items dont 5 évaluent l'estime de soi positive et 5 l'estime de soi négative.

Indiquez la réponse qui vous semble correcte pour chacune des dix affirmations suivantes, selon votre accord avec l'énoncé :

- Tout à fait en désaccord = 1
- Plutôt en désaccord = 2
- Plutôt en accord = 3
- Tout à fait en accord = 4

1. Je sens que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités
3. En général, j'ai tendance à penser que je suis un raté
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même
9. Parfois, je me sens vraiment inutile
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

Dermatite atopique et hypnothérapie

A propos d'un cas clinique

► Résumé : Ce travail s'appuie sur l'analyse d'une étude de cas visant à démontrer l'intérêt de l'hypnothérapie dans la prise en charge de la dermatite atopique. Un détour par la littérature nous permet de mettre en évidence les liens qui existent entre la peau et la psyché ainsi que les modalités de l'articulation du psychisme et du somatique dans la maladie cutanée et plus particulièrement dans la dermatite atopique. Une revue théorique concernant les travaux sur l'hypnose en dermatologie est ensuite présentée. Nos hypothèses de travail sur l'apport de l'hypnothérapie concernent, au niveau psychique, le renforcement du moi, des assises narcissiques, se traduisant par une amélioration de la sécurité intérieure au niveau affectif et une meilleure estime de soi. Au niveau somatique, nous avançons une diminution de la gêne cutanée. Dans le cadre de cette vignette clinique, l'expérience hypnotique se montre concluante au bout de quatre mois de suivi soit sept séances d'hypnose. Deux échelles d'évaluation (DLQI et Estime de Soi de Rosenberg) ont été utilisées et corroborent ces résultats. Parmi les scripts employés, nous retenons tout particulièrement l'intérêt de *la métaphore de la maison*. Une perspective de recherche clinique en hypnose en lien avec cet outil selon la théorie du moi-peau et des enveloppes psychiques serait pertinente. Cette métaphore nous semble, en effet, particulièrement adaptée pour des patients dermatologiques chez qui la fonction de contenance peut être détériorée et qui manifestent une insécurité affective de base.

► Mots-clefs : peau – psychisme – psychodermatologie - dermatite atopique - hypnothérapie