

Symposium AUTREMENT le 24 octobre 2013

Intervention d'Angélique GIMENEZ, psycho praticien en PNL humaniste

Intitulé : Image de soi, recadrage sensoriel et réappropriation

Introduction : Par définition, l'image est une représentation visuelle de quelqu'un ou quelque chose. L'image de soi devrait passer par la **visualisation oculaire** de soi-même. Toute personne a une image d'elle-même quand elle regarde son reflet dans un miroir; elle y voit une projection fidèle de même taille, de même forme, de même couleur, de même grosseur...sauf quand cette personne est atteinte de TCA !

Nous savons que si seuls nos yeux voient, notre cerveau va y ajouter des filtres supplémentaires, cognitifs et sensoriels, et « dénaturer » plus ou moins fortement cette représentation « concrète ». « Ce que je me dis de moi », « mon état interne du moment », vont influencer sur l'intégration neurologique de ma perception sensorielle. L'image « concrète » photographiée par l'œil va être retouchée pour s'en trouver modifiée dans l'intégration finale dans notre cerveau.

Nous allons regarder ce qui se passe de façon générale au niveau des perceptions sensorielles, en quoi et comment elles influencent l'image de soi. Nous verrons ensuite comment cela fonctionne dans le cas des patients TCA, comment cette image est « perturbée » (et perturbante pour beaucoup des soignants et l'entourage). Pour finir, nous aborderons une approche thérapeutique humaniste basée sur le travail sensoriel, dans l'ici et maintenant, soutenu et encadré par une relation de confiance entre patient et praticien.

I- Généralités sur les perceptions sensorielles

L'être humain est doté de capteurs internes et externes lui permettant à la fois d'appréhender le monde, les autres mais aussi lui-même.

Nous parlons usuellement des 5 sens qui sont chacun destinés à obtenir une représentation multi-sensorielle du monde : visuelle, auditive, kinesthésique, olfactive et gustative (VAKOG). Les capteurs externes sensoriels transmettent des informations d'ordres physique ou chimique au cerveau sous forme de potentiel d'action. Nous parlons d'extéroception.

Pour signifier à qui en douterait l'importance de nos 5 sens et leurs fonctions essentielles, citons quelques chiffres : chez l'homme, il existe 135 millions de récepteurs visuels, 5 millions de récepteurs olfactifs, 700 mille récepteurs pour le toucher et 30 mille pour l'ouïe. Tous les messages sensoriels, hormis l'olfactif, passent par le relai du thalamus (sensoriel) pour arriver au niveau du cortex cérébral. A ce stade, le cerveau traite les informations en 3 étapes de façon concentrique : la réception primaire puis la perception consciente de la nature du signal et en périphérie, l'analyse du message sensoriel pour l'identifier et le reconnaître.

Concernant l'odorat, la transmission ne passe pas par le thalamus. Elle arrive directement au niveau du cortex, dans la zone qui gère cortex et émotions (cortex olfactif primaire constitué notamment par le cortex péri-amygdalien et le cortex insulaire).

L'humain est aussi capable d'intéroception, perception et analyse de ses sensations internes liées aux viscères et de proprioception, perception liée aux muscles et aux articulations.

L'intéroception est cette faculté à sentir si nous avons chaud ou froid, si nous sommes rassasiés ou pas, si nos muscles sont tendus... Les études et recherches menées depuis une dizaine d'années sur cette faculté particulière ont montré que les signaux émis par les capteurs de la peau, des viscères et muscles vont vers l'insula, petite aire cérébrale nichée dans le lobe temporal.

La faculté d'intéroception donne la capacité à avoir une vraie conscience de soi, de sa corporalité et nous pourrions dire, permet d'être bien incarné en soi. Perception sensorielle interne, conscience corporelle et perception visuelle externe de soi convergent dans le cerveau.

Si intéro et extéro - ceptions se rapprochent suffisamment, que l'état interne de la personne est calme, le cerveau peut associer l'ensemble des informations et avoir une représentation, une image concordante avec « la réalité » et n'y ajoute pas de filtres « cognitifs péjoratifs » ou des « mémorisations sensorielles désuètes ».

Des études ont été menées en France (Cf. travaux de Madame T. Jiang) et dans d'autres pays nous font prendre conscience aujourd'hui du rôle de cette petite zone du cerveau INSULA. Les travaux plus ou moins connus sur l'intéroception viennent compléter les travaux neurologiques.

En 2004, le neuroscientifique Hugo Critchley et ses collègues, à l'université de Sussex en Angleterre, ont mis au point une méthode pour quantifier cette expérience interne (et donc par nature, non consciente : peu d'entre nous se posent la question : « suis-je bien capable de sentir en moi ? » car un sujet qui « fonctionne » bien n'a pas conscience que d'autres fonctionnent autrement et sont peut être incapables de se « sentir », bien sentir la faim, la fatigue...). Les scientifiques ont demandé à des sujets, assis posément, d'estimer le nombre de battements de leur cœur, juste là, en pleine conscience tandis que les chercheurs enregistraient leur fréquence cardiaque. Ils ont ensuite comparés les résultats à d'autres types d'expériences permettant d'évaluer leur capacité d'intéroception, notamment à partir de l'imagerie cérébrale et du suivi du fonctionnement de l'insula. Ceux qui avaient le mieux évalué leurs battements cardiaques avaient aussi le meilleur score aux tests d'intéroception et l'enregistrement de leur activité cérébrale au niveau de l'insula validait cette bonne conscience de soi.

Ils ont établi un test simple et une formule pour évaluer la capacité d'intéroception. Le sujet évalue le nombre de ces battements cardiaques par minutes. Ensuite, il prend son pouls sur au moins deux mesures et fait la moyenne. La capacité d'intéroception est ensuite calculée par différence entre la fréquence estimée et le pouls moyen mesuré selon une formule intégrant l'erreur entre ces deux valeurs (Capacité Intéroception = $1 - \frac{(F \text{ estimée} - \text{Pouls moyen mesuré})}{\text{Pouls moyen mesuré}}$). Si le résultat est supérieur à 0,80 la capacité d'intéroception est bonne. En dessous de 0,59, elle est mauvaise.

De telles études montrent l'intérêt pour cette capacité « interne » de l'humain. Elles montrent la prise de conscience du milieu scientifique et médical de ce lien intérieur-extérieur, de l'importance des perceptions internes autant que des perceptions sensorielles des capteurs externes et le lien entre les deux, l'état interne influant sur l'intégration des perceptions externes, les réajustant.

Je soumetts ici mes réflexions personnelles à ce jour en tant que maître-praticien en hypnose éricksonienne et que psychotraumatologue travaillant sur la résolution des troubles dissociatifs. A une certaine époque, les travaux sur l'hypnose interpellaient déjà sur cette possibilité de l'humain de faire évoluer des perceptions internes en travaillant les connexions externes (l'hypnose focalise sur un sens externe, déconnecte peu à peu la conscience de la réalité extérieure pour remanier la réalité intérieure puis reconnecter différemment avec l'extérieur). Les choses étaient présentées différemment mais évoquaient déjà ce lien intérieur/extérieur et l'usage de l'association/dissociation sensorielle.

Les troubles dissociatifs, que nous travaillons à résoudre en traumatologie, peuvent être traduits comme une déconnexion entre perception extérieure et perception interne, dissociation de la réalité sensorielle externe et des ressentis internes (perceptions viscérales, musculaires...). Par exemple, pour une situation traumatogène donnée, ne rien sentir devant une personne qui vient d'être écrasée, sous nos yeux, peut être jugé « anormal » : le sujet s'est dissocié. La vision extérieure et le vécu intéroceptif sont « disjoints ». Bien évidemment, c'est une mesure de sauvegarde mais au long cours, la dissociation peut devenir pathologique, état permanent empêchant de ressentir et évaluer avec justesse le monde extérieur et y prendre part. L'intéroception serait donc évolutive en fonction des facteurs extérieurs et des situations auxquelles un sujet est soumis en termes extéroceptifs...

Je laisse cela à votre réflexion et aux futures avancées neurobiologiques. Je rappelle néanmoins qu'un enfant qui vit dans un milieu serein et auquel on dit et l'on montre (par le regard notamment) qui a une belle image corporelle a de meilleures chances d'avoir une bonne image de lui dans tous les sens du terme et se sentir « bien dans sa peau ».

II-Distorsions des perceptions dans les TCA

Pour rester dans un premier temps sur des faits concrets et à caractère « scientifique », citons une étude publiée en 2008 concernant les travaux du neuropsychiatre Perminder Sachdev et ses collègues à l'université de New South Wales en Australie. Ils ont demandé à 10 femmes souffrant d'anorexie et à dix femmes sans pathologie de regarder des images d'elles mêmes et d'autres femmes; un IRM a lieu en même temps. Quand des femmes sans pathologie se regardent, l'insula s'active alors qu'elle ne s'active pas dans le cas des patientes souffrant d'anorexie. Si l'on présente des photos d'autres femmes à toutes ces femmes, l'insula ne s'active pas. La non activation de l'insula en cas de visualisation externe d'image de soi, insula dont on a montré qu'elle intervient également dans la conscience de soi et l'intéroception, conforte cette idée que les personnes souffrant d'anorexie (et d'autres TCA) sont incapables de se voir telle qu'elles sont, notamment parce que le lien entre le visuel extérieur et la perception interne ne se fait pas...Le stade du miroir, avec cette intégration : « l'autre dans le miroir (ou sur la photo), c'est moi et je peux m'en réjouir, m'en sentir heureux car j'existe » est défailante.

Sans aller très loin dans le fonctionnement des neurones-miroirs, rappelons que ceux-ci passent par une double fonction « voir l'autre (ou soi dans le miroir) et ressentir en termes moteurs ce que je perçois » (le système des neurones miroir donne un « copie motrice »). Nous avons là aussi une zone de recherche pour les TCA. Sans aller très loin, on comprend aisément la difficulté à se voir des patients TCA.

Ils ont développé une grande capacité de dissociation pour ne pas sentir (souffrance, émotions) et de fait, la compétence naturelle des neurones-miroir à voir et intégrer l'action en termes moteurs (à être empathiques peut on dire aussi) est perturbée et moins efficace.

Allons maintenant vers des faits plus empiriques. Dans les pathologies TCA, nous retrouvons un fond commun au moins à l'anorexie, la boulimie et l'obésité : l'incapacité du patient à se voir tel qu'il est, tel que les autres peuvent le percevoir à un temps « t ».

La mémoire des images d'elle ou lui au passé, quand il/elle était plus gros, semble se superposer à l'image du présent et empêcher le sujet de se voir maintenant. Les patients le verbalisent aisément. La dimension « mémoire » et se que l'on se dit de soi, que l'on a tant entendu (« je suis grosse », « tu as des grosses fesses »), dimension cognitive, perturbe donc incontestablement l'intégration de l'image « réellement enregistrée » par les capteurs visuels.

De nombreux patients passent un certain temps devant le miroir, non pas par narcissisme, mais en recherche de repères qui leur permettraient de se voir comme ils le sont. Certains se « touchent » pour vérifier qu'ils sentent bien leurs os sous la peau à un endroit bien précis, mesurent leur tour de cuisses, se pèsent plusieurs fois pour tenter de trouver des éléments plus fiables, au fond, que leur perception visuelle d'eux-mêmes.

A défaut de pouvoir avoir une vision d'ensemble d'eux, ils focalisent sur des points pour tenter d'avoir des repères et malheureusement, la maladie « anorexie » en profite souvent pour leur confirmer : « tu vois, ton tour de cuisse est vraiment gros !!! ». Beaucoup de patients développent d'ailleurs une sorte de dysmorpho- phobie, rejet spécifique de certaines parties du corps. Plutôt que d'être totalement perdus dans la perception entière de leur corps, peut être que cette focalisation phobique (une phobie est une peur obsessionnelle), leur permet de se concentrer sur une zone qui prend un caractère obsessionnel mais permet au moins d'avoir un point d'accroche et se sentir moins perdus. Au-delà de ce que l'on dit usuellement sur ces parties du corps « obsessionalisées », parties qui évoquent la féminité (or, dans l'anorexie masculine, on trouve les mêmes zones de focalisation que chez les femmes et, a contrario chez la femme, les seins ne sont pas souvent cités comme zone phobique), ce sont des parties « larges et bien délimitées » du corps : ventre, fesses, cuisses, dont la proportion les rend suffisamment visibles et dont on peut avoir une certaine perception interne et externe (« je sens mes fesses ou les os de mes fesses », « je sens mon ventre plus ou moins gonflé et je le vois bien plus ou moins creux avec les os des hanches qui saillaient ou pas », « je peux ou pas faire le tour de mes cuisses avec mes mains, voir mon genou saillir ou pas... »). Les patients cherchent assez naturellement à cadrer la zone pour tenter d'avoir des repères, une zone obsessionnelle certes mais de référence et joignent une perception kinesthésique (ressenti interne et externe) au visuel pour mieux « se représenter eux mêmes ».

Les patients cherchent également des points de repères par rapport aux autres, perdus pour eux-mêmes : « suis-je plus ou moins grosse que cette personne ? », et malheureusement, la maladie « anorexie » leur dit souvent (et souvent à tort) : « tu vois, tu es plus grosse qu'elle !!! ». Si les patients semblent voir les autres avec justesse, la comparaison n'est pas un bon système car chaque humain a son propre « gabarit » et, surtout, parce qu'il faut pouvoir se voir pour pouvoir se comparer. Le système de comparaison ne fait qu'accentuer la perte de représentation de ses propres frontières corporelles ! Nous voyons là encore que le patient se cherche et que cette quête de « ma représentation » est cruciale pour pouvoir s'accepter et se sentir bien un jour.

III- Axes de soin pour une meilleure perception, recadrage sensoriel

Constat fait ci-avant de cette distorsion perceptuelle (image visuelle largement perturbée par un auditif négatif sur soi et un kinesthésique interne désajusté) et de cette intéroception déficiente qui ne vient pas supporter la valorisation personnelle, il faut accompagner le patient à retrouver de meilleures sensations et de meilleurs liens intérieur/extérieur.

Les faits à la fois expérientiels et plus scientifiques cités ci-avant montrent que nous pouvons aider un patient TCA à retrouver (ou trouver) l'image de soi en l'accompagnant à retrouver une conscience sensorielle de lui-même, en l'aidant à réassocier ses sensations internes et externes pour se sentir « être ». Progressivement ensuite, quand le patient pourra davantage ressentir et penser son ressenti, le verbaliser, nous travaillerons à prendre une conscience cette fois-ci plus intellectuelle et émotionnelle, intégrée dans le système cognitif et « humoral » (façon simplifiée d'évoquer sans le développer le fonctionnement du système limbique) de lui-même.

Demander à un patient de se regarder en photo, dans un miroir, en film ou se situer par rapport à d'autres ne donnera pas de résultats favorables avant de longs mois d'accompagnement thérapeutique. Se voir peut même être un véritable moment de « supplice » et ré-ancrer honte et dégoût de soi ! Les praticiens vont devoir montrer que l'on peut sentir sans être submergé de kinesthésique négatif et que verbaliser ses ressentis les « contient ». Un parrainage du patient à ressentir et se sentir à nouveau, à redévelopper sa perception kinesthésique et sensorielle au sens plus large (stimulation du Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif, autrement dit VAKOG interne et externe) sera nécessaire. Très concrètement, à travers chaque mot, laisser la personne retrouver sa représentation sensorielle, et bien évidemment commencer par des mots à consonance positive, réassocier le patient à des expériences qui lui ont procuré du bien être.

« Et quand tu penses à ton chien, que tu le caresses, comment c'est pour toi ?... »

Progressivement le patient s'installe dans l'expérience, l'image apparaît, il voit le chien, entend sa respiration, se dit qu'il est bien, sent la chaleur dans sa main...

« Et toi, comment te sens –tu ? ». Il se sent bien. « Bien comment ? ». « Je ne sais pas, comme cela, juste détendu... ». « Et comment te vois –tu ? ». « Je ne sais pas trop, mon visage est souriant, je me vois avec le sourire et ma main dans le pelage soyeux... ».

Le praticien, va être un guide à mieux sentir, se sentir et peu à peu rendre au patient sa faculté à être présent à lui-même en encadrant cette réappropriation. Il sera là si des expériences négatives et des émotions douloureuses « montent » et, soit les interrompra dans un premier temps avec la stratégie habituelle du patient à se dissocier de ses sensations / émotions, soit épaulera son patient à sentir « juste avec la bonne dose de sensations et d'émotions » quand le patient aura suffisamment développé de forces (et physiques –poids notamment, et psychologiques) pour les gérer. Il va aider ainsi le patient à retrouver de bonnes sensations dont il était privé, autant que des mauvaises. Le patient va découvrir que bonnes et mauvaises donnent un équilibre et que sentir présente un intérêt : être pleinement vivant.

Le praticien travaillera les sensations en stimulant le plus de sens possibles simultanément (**synesthésie**), stimulera VAKOG interne et externe pour faciliter ce lien intérieur/extérieur (favorisant la **somesthésie**) et créera des **ancrages** (mémoires sensorielles activées d'un mot ou d'un geste). Il travaillera en modifiant le regard sur soi, jusque là parcellaire, en changeant les parcelles investiguées (des zones plus appréciées du corps) et en élargissant la taille des zones visualisées ; il fera varier la taille de « découpage perceptuel » pour réintégrer une vision plus globale et saine du corps.

Il fera de multiples façons des **recadrages** : techniques d'action qui consistent à modifier la perception sensorielle par stimulation du VAKOG, actualisation des ressentis et des pensées autour des ces ressentis pour une nouvelle intégration intellectuelle, transformée, recadrée dans le temps présent, dans un contexte où le patient est serein et plus ressource.

Sans pouvoir développer largement ici la façon de travailler en psychothérapie neurolinguistique et dans certaines autres thérapies humanistes, le travail thérapeutique va se baser sur un travail bien plus expérientiel et sensoriel que sur un travail analytique. Par dissociation et association aux expériences, en stimulant à partir du langage (des mots) le ressenti sensoriel et en l'actualisant avec une réalité « plus positive aujourd'hui », on permet aux patients à la fois de ré-intégrer la capacité à penser et sentir, à se représenter une expérience, un mot, eux-mêmes et on ré-accède aux expériences profondes encodées neurobiologiquement pour pouvoir les revisiter et les recadrer. L'aide vient du thérapeute compétent (bien formé à ses pratiques), solide et bienveillant, qui parraine le patient et lui transmet une part de sa force et lui apprend qu'il sait aussi faire cela... et qu'il pourra le faire seul un jour.

On ne change pas l'histoire du patient, on l'aide à transformer l'encodage sensoriel, la perception émotionnelle et l'interprétation intellectuelle qui en a faite à un temps donné. Ce faisant, on favorise une intégration favorable corps-esprit et un bon usage de cette double compétence humaine à sentir et penser, à percevoir intérieurement et extérieurement en associant mentalement réalité extérieure et vécu interne.

IV- Réappropriation de l'image de soi

S'approprier sera souvent plus juste pour les patients TCA car peu d'entre eux ont eu une perception juste d'eux-mêmes. Pour beaucoup la maladie s'est déclenchée adolescents alors même que l'humain traverse cette phase-clé du développement : intégrer mentalement et intérioriser ce corps nouveau d'adulte naissant. Certains patients disent qu'ils ne se sont jamais aimés physiquement (et généralement ils ne s'aimaient pas « tout court ») aussi loin qu'ils se souviennent.

D'autres disent qu'ils se sont toujours sentis gros même s'ils reconnaissent en regardant des photos d'eux petits, maintenant adultes, que cet enfant était bien voire même parfois menu. Nous voyons bien que déjà à cette époque, la perception visuelle externe était entachée d'une perception interne « erronée ». Cette intéroception qui existait donc alors semble déjà perturbée, peut être bien par des croyances fausses sur soi, les mots des autres, l'image parentale (les modèles parentaux sont peut être déjà défailants dans leur compétence intéroceptive et dans l'amour d'eux-mêmes, l'illustration d'un bon narcissisme personnel), ou peut être déjà naturellement défailante (dysfonctionnement de l'insula et neurones-miroir de façon innée ou acquise précocement par manque de miroir parental, les yeux des parents, insuffisamment porteurs d'un message « tu es beau/belle et bien proportionné(e) ainsi »).

Accompagner le patient à s'approprier une juste image de soi va donc signifier, l'accompagner à :

- développer la capacité à se sentir et ressentir au mieux (et à sentir ses besoins, faim, soif...), développer la capacité à s'associer à ses sensations au sens large et son intéroception (au mieux – sur ce point des études ont montré qu'après guérison du TCA, l'insula des ex-malades reste moins réactive que chez les sujets sains)

- à trouver des repères visuels personnels, en vision « large, de son corps dans son intégralité, de la tête aux pieds » et en abandonnant le « système de comparaison » (qui est un « programme » naturel de traitement de l'information et d'intégration du monde externe pour l'humain)
- remettre dans le passé les images de soi passées pour laisser place à une visualisation plus objective actuelle, enrichie de ressources (réactivées par le thérapeute)
- travailler sur les croyances sur soi (ce que le patient dit d'elle et qu'elle entend sur elle) à la fois sur le plan physique et psychique pour actualiser le système de pensée (les cognitions) sur soi
- développer un lien de grande confiance avec son thérapeute pour que celui-ci parraine cette réappropriation et montre lui-même, comme auraient dû le faire les parents, une bonne image de lui dans tous les sens du terme
- trouver un thérapeute et des relations (thérapeutiques) qui envoient un message précis, factuel et positif sur ce qu'il voit extérieurement du patient (pour l'aider à prendre conscience de lui) et sur ce qu'ils perçoivent intérieurement de la personne, en soulignant la bonne concordance ou la discordance entre intérieur et extérieur. Avec délicatesse, dire au patient combien sa maigreur corporelle reflète peu sa générosité intérieure, sa force de vie, combien son surpoids illustre mal sa légèreté, son humour naturel...

Le travail du thérapeute sera donc un long travail de précision, d'ajustement intérieur/extérieur, de fine observation pour savoir quand faire sentir ou pas, et de parrainage pour faire émerger une pleine conscience de soi et une image ajustée. Le patient ne se trouvera peut être jamais beau/belle mais il sera reconnaître que ce corps est le lien, cette image la sienne et se sentir suffisamment en lien avec lui-même pour accepter de vivre avec cette identité-là, soi.