

## APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT OBESE ET ARTHROSIQUE

Coline RONDEAU  
Psychologue – CHU Grenoble-Alpes

La prise en charge globale du patient obèse et arthrosique est complexe du fait des pathologies elles-mêmes mais aussi à cause de l'accordage nécessaire entre les différents acteurs du soin.

La vignette clinique illustrera les problématiques en jeu ainsi que les possibilités d'accompagnement.

*Stéphanie, 45 ans, consulte pour une prise en charge chirurgicale de son obésité (IMC= 41,1kg/m<sup>2</sup>). Elle souffre d'une discopathie dégénérative, d'arthrose de hanche, d'apnée du sommeil. Un épisode dépressif est apparu suite à la réactualisation de traumatismes infantiles pour lesquels elle s'est engagée dans une psychothérapie pendant plusieurs années. Une consommation excessive d'alcool et un tabagisme actif sont constatés.*

*Stéphanie est alors en arrêt de travail suite aux douleurs lombaires. Elle ne fait plus d'activité physique. Elle se plaint d'ennui et d'isolement.*

### L'OBESITE, UNE MALADIE COMPLEXE

Cette maladie aux complications métaboliques et cardiovasculaires s'accompagne le plus souvent de troubles du comportement alimentaire et de fragilités psychologiques et/ou psychiatriques.

*Stéphanie évoque un passé marqué par des carences affectives parentales et des ruptures de liens, en particulier un déménagement quand elle avait 10 ans, qui l'a privée du soutien affectif structurant de ses grands-parents. La patiente a subi des abus sexuels de l'âge de 5 à 15 ans. Ce traumatisme longtemps dénié a refait surface au début de l'âge adulte, au moment où elle a pris son autonomie, déclenchant une décompensation dépressive.*

On observe, en effet, que plus de la moitié des patients obèses présente un dysfonctionnement psychiatrique (1). Une grande vulnérabilité mentale de cette population est constatée avec comme pathologies fréquentes : la dépression, l'anxiété, les phobies. Concernant la dépression, sur 98 patients opérés, 32% présentent des antécédents dépressifs (2). Malgré la réponse chirurgicale et la perte de poids associée, le risque suicidaire ne diminue pas (3). La problématique du lien, trouble précoce de la constitution de l'identité, amène à investir le corps comme une défense narcissique contre l'angoisse, par défaut d'élaboration mentale suffisante. Le corps qui grossit sert de protection. Après l'opération, la perte de poids rapide peut conduire à un effondrement des défenses antérieures.

Dans un contexte culturel qui valorise l'individu dans sa réussite et la perfection du corps, la personne obèse va susciter de fortes réactions de rejet renforçant son déficit narcissique. « L'obésité devient un des facteurs de discrimination sociale les plus puissants de notre société vouée au culte de l'apparence, de la santé, de la beauté plastique » (4). Plus largement, au niveau sociétal, on constate que l'obésité est corrélée au niveau socio-économique. Elle touche davantage les classes sociales défavorisées (5).

*Le comportement alimentaire de Stéphanie s'est dérégulé lorsqu'elle a commencé à travailler en tant que saisonnière, activité peu compatible avec un rythme alimentaire adapté à ses besoins. Du fait d'une prise de poids progressive, elle a mis en place des régimes très restrictifs avec effet yo-yo et vomissements pour contrôler son poids. Une restriction cognitive s'est installée de manière durable. Stéphanie se restreint toute la journée puis « se lâche » de manière compulsive lors de son unique repas le soir, terminant sa journée avec un vécu d'échec et de dévalorisation.*

La restriction cognitive peut se définir comme « l'ensemble des comportements alimentaires, des croyances, des interprétations et des cognitions concernant la nourriture et la façon de se nourrir, découlant d'une intention de maîtriser son poids par le contrôle mental du comportement alimentaire » (6). Quatre stades de restriction peuvent être repérés (légère, modérée, sévère et décompensée) allant de perceptions et émotions non prises en compte jusqu'à l'absence de perception et l'envahissement par les émotions extra-alimentaires (6). Un cercle vicieux se met alors en place avec un vécu de frustration important dans les périodes restrictives puis une forte culpabilité et baisse de l'estime de soi lors des compulsions alimentaires, réengageant le comportement restrictif.

### **L'ARTHROSE, UNE MALADIE CHRONIQUE MULTIDIMENSIONNELLE**

*Suite à des douleurs lombaires, Stéphanie a stoppé progressivement toute activité physique au cours des 3 dernières années, ne pouvant plus pratiquer intensivement le sport comme elle en avait l'habitude. La douleur s'installe de manière chronique et les capacités fonctionnelles et relationnelles de Stéphanie sont mises à mal. Des croyances erronées et anticipations anxieuses associées à la douleur sont repérées dans le discours et le comportement de la patiente : « Je ne peux plus marcher car cela va déclencher les douleurs » ; « Je suis condamnée à être un légume devant les écrans ». Un vécu de catastrophisme s'exprime.*

La douleur est une expérience complexe dans laquelle on détermine 4 composantes : une composante sensori-discriminative (qui concerne l'information nociceptive), une composante affective-émotionnelle (le vécu émotionnel de la douleur), une composante cognitive (les processus mentaux qui vont commenter l'expérience douloureuse) et enfin une composante comportementale (expression verbale et non verbale) (7). Dans le cas de la douleur chronique, la douleur perd sa qualité de signal d'alarme protecteur et devient une douleur-maladie aux conséquences néfastes pour la qualité de vie (8).

L'expérience douloureuse chronique va conduire le patient à une hypervigilance pour ne pas reproduire un geste ou acte susceptible de déclencher la douleur, ceci pouvant aller jusqu'à un évitement de tout mouvement (kinésiophobie) ou même une réduction croissante de tout engagement dans des activités au sens large. Les forces musculaires se réduisent et le handicap augmente. La dimension psychologique prend le contrôle au point qu'elle peut initier des problèmes qui vont devenir plus importants que la cause initiale (9).

### **OBESITE ET ARTHROSE : CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES**

Le patient obèse et arthrosique est au cœur d'injonctions contradictoires :

- pour maigrir il faut pratiquer une activité physique mais la douleur chronique l'en empêche
- pour diminuer la douleur il faut maigrir

Un cercle vicieux s'installe et place le sujet dans une posture d'immobilité et d'impuissance à trouver une amélioration. La mésestime de soi et la culpabilité se renforcent tout comme les problèmes de poids et d'arthrose.

De plus, des troubles de la conscience de soi vont conduire à une déconnexion psycho-sensorielle. Les clivages au niveau du corps, la dysrégulation émotionnelle, le déficit des sensations alimentaires par effet de restriction cognitive et au contraire, l'amplification des sensations douloureuses par effet de focalisation de l'attention expriment cette déconnexion.

L'image corporelle qui se construit à partir des expériences perceptives et affectives est constitutive de l'identité. Pour qu'elle conduise à la satisfaction du sujet, il est nécessaire que l'écart entre cette représentation et le modèle culturel proposé soit faible. L'importance accordée au fait de correspondre à ce modèle, soit par le sujet, soit par le groupe social auquel il appartient, va jouer également un rôle important quant à la satisfaction. Narcissisme, image de soi et estime de soi passent beaucoup par le corps dans les sociétés de consommation. La personne obèse a une image corporelle floue. Bien souvent l'évitement l'amène à ignorer les contours de son corps réel et les clivages sont nombreux.

La dysrégulation émotionnelle s'exprime par l'alexithymie (difficulté à ressentir, nommer et accepter ses émotions), la difficulté à faire face aux émotions négatives et le contrôle progressif pris par les émotions extra-alimentaires (tristesse, stress, angoisse...). Un cercle vicieux s'installe mettant en évidence un trouble du réconfort. Face à des émotions intenses, l'alimentation tend à apporter du réconfort à court terme, dans une fonction antidépressive. Cependant, à moyen et long terme, ce comportement est source des pensées négatives qui s'expriment sous la forme de dévalorisation et culpabilité, renforçant la mauvaise estime de soi.

Les sensations sont perturbées du fait de la faible conscience corporelle (intéroceptive et viscérale) et la capture de l'attention par la douleur. Les notions de satiété et de faim ainsi que l'homéostasie énergétique sont vagues ou inexistantes.

*Lorsqu'elle arrive dans le service, Stéphanie est totalement coupée des sensations alimentaires de faim et de satiété. « Je ne sais pas si j'ai faim et si j'ai assez mangé ». Le corps est ressenti surtout à partir de la douleur qui la conduit à une focalisation attentionnelle. La tristesse est au premier plan.*

## PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE

Comment réduire la déconnexion psychosensorielle à l'œuvre chez le patient obèse et arthrosique ? Comment lui permettre de développer des stratégies de coping plus actives ?

### Honte et modalités de soutien

Nous avons évoqué la sensibilité narcissique de ces patients dont l'histoire a conduit à l'apparition de fragilités dans la construction de leur identité. La problématique de la honte est difficile à aborder car elle est elle-même sujet à honte dans une société où il faut réussir, être fort et sûr de soi. La « honte d'avoir honte » crée chez le patient un verrouillage supplémentaire qui peut conduire à des réponses inadaptées de la part des intervenants malgré la volonté consciente d'apporter du soutien au patient. Il importe donc à chacun d'être particulièrement vigilant au risque de jugement. L'écoute attentive du patient inclut une dimension « en creux » (écouter ce qui ne se dit pas). Elle nécessite aussi une écoute de soi ainsi qu'une écoute de ce qui se joue dans la dyade patient-soignant afin de vérifier si l'intention du professionnel est bien comprise par le patient. Parfois un simple questionnement comme « Etes-vous conscient de ce qui se passe en vous quand vous mangez ? » peut être reçu comme un reproche implicite de ne pas être capable de sentir. Cette attention des soignants est une nécessité de base pour créer des conditions favorables aux soins, contribuant à construire l'alliance thérapeutique. La honte souligne un déficit de soutien qu'il s'agit avant tout d'accompagner dans la prise en charge.

« La honte est plus légère quand l'entourage cherche à comprendre et non pas à juger » (10).

*Stéphanie dit qu'elle se sent « un cobaye » après avoir subi différents examens médicaux. Que se passe-t-il en elle quand elle exprime ce vécu ? Elle a sans doute besoin d'en dire un peu plus et de trouver une écoute soutenante.*

### Le recadrage pour sortir de l'impasse

« Recadrer signifie modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, ou le point de vue selon lequel elle est vécue, en la plaçant dans un autre cadre, qui correspond aussi bien, et même mieux, aux « faits » de cette situation concrète, dont le sens, par conséquent, change complètement (11).

On a tendance à envisager la solution à une difficulté en faisant appel à son opposé, ce qui est adapté dans les cas simples : changement de niveau 1 (11). Dans les cas complexes, si on reste à ce niveau, on s'enferme dans une dichotomie qui produit un renforcement du problème et finit par devenir le problème lui-même. Il s'agit donc de se placer ailleurs que dans le choix précédent pour sortir de l'échec par un changement de perspective : changement de niveau 2 (11).

*Stéphanie avait cessé toute activité physique en réponse à la douleur chronique et s'astreignait à une restriction cognitive sévère pour maigrir. Se faisant, la prise de poids augmentait et le problème ne faisait que s'amplifier, ce qui illustre un changement de niveau 1 : la solution apportée devient un problème.*

*Lorsque Stéphanie commence le parcours de soin à l'hôpital et qu'elle est amenée à se déplacer pour différents rendez-vous, elle est étonnée de constater qu'elle peut marcher sans douleur. Les anticipations anxieuses s'atténuent. Elle commence alors à entrevoir des possibilités de changements réels, elle décide de marcher plus et de reprendre une activité sportive adaptée. Avec l'aide de la diététicienne, elle apprend à remplacer les comportements de restriction/lâchage par une attention à ses sensations alimentaires. Elle reprend un travail psychothérapeutique qui lui permet de sortir progressivement d'un positionnement de victime. Les symptômes dépressifs s'atténuent. L'ensemble de ces transformations représente un changement de niveau 2 : Stéphanie sort du piège des injonctions contradictoires exposées plus haut. Elle devient active dans le processus de soins proposés.*

### **Les outils et techniques**

Le patient bénéficiera de prises en charge individuelles pour élaborer ses difficultés particulières mais aussi de groupe dans lesquels il pourra vivre un sentiment d'appartenance, les deux formes étant complémentaires. Citons, par exemple, les groupes de parole, d'affirmation de soi, de méditation de Pleine Conscience, les thérapies psychocorporelles...

### **La méditation de Pleine Conscience**

Ce concept, à l'origine inscrit dans une perspective religieuse et spirituelle, a été étudié sous l'angle scientifique depuis les années 80 dans un objectif d'adaptation à la prise en charge thérapeutique. Pour sortir des ruminations du passé et des anticipations anxieuses qui figent, l'attention à l'instant présent permet d'ouvrir le champ perceptif. Il s'agit de « diriger son attention d'une certaine manière, c'est-à-dire délibérément, au moment présent, sans jugement de valeur » (12).

Il existe de nombreuses études portant sur les bénéfices de la Pleine Conscience. Une réduction des compulsions alimentaires, une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, une meilleure régulation émotionnelle et une baisse des affects dépressifs sont repérées en post-opératoire d'une chirurgie bariatrique (13). La première étude scientifique portant sur le programme MBSR montre une diminution significative de la douleur chez des participants atteints de douleurs chroniques : diminution de plus de 33 % de leur douleur sur un index algique chez 65 % d'entre eux, diminution de plus de 50 % chez la moitié d'entre eux. (14). Une étude plus récente évalue une réduction de 27 % de l'intensité de la douleur et de 44 % de son effet émotionnel (15).

Le programme Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) se décline en 8 séances hebdomadaires de 2h30 et une journée de pratiques intensives, avec aussi des pratiques quotidiennes à domicile. Il s'agit de favoriser la prise de conscience des pensées (en particulier les injonctions et pensées dysfonctionnelles), émotions et sensations, sans jugement. Cela peut permettre de réduire les anticipations anxieuses et la part émotionnelle de la douleur. L'acceptation active permet de diminuer l'intensité de la douleur et de la détresse émotionnelle au profit d'une meilleure qualité de vie (16). Le repérage des stratégies d'évitement de l'expérience présente (alimentation et douleur) ouvre le champ attentionnel. La prise en compte des comportements alimentaires amène à considérer le mode « pilote automatique », l'alimentation émotionnelle, l'alimentation provoquée par l'exposition et les compulsions alimentaires.

La pratique de la pleine conscience implique une perspective de changement de niveau 2 par expansion de l'espace d'attention. Cela entraîne une décentration du sujet pour permettre une re-perception. Le pratiquant est amené à porter un regard neuf sur lui-même et son environnement, en explorant ses habitudes de pensées, croyances, comportements, émotions, favorisant une prise de distance et une reconsidération de l'expérience. Par exemple, dans le cas de la douleur, la re-perception permet une désidentification : le pratiquant réalise qu'il n'est pas sa douleur, changeant sa relation à ses pensées au lieu d'essayer de les modifier. Pratiquer la pleine conscience conduit à un « état de liberté psychologique, qui arrive lorsque l'attention est tranquille et réjouie, sans attachement envers un quelconque point de vue » (17). Un changement de niveau 2 peut se produire dans cette liberté nouvelle.

*Stéphanie s'est engagée très positivement dans ces pratiques. Voici l'évolution observée chez cette patiente pour qui la chirurgie bariatrique a été différée jusqu'à ce qu'elle soit sortie de sa problématique dépressive, qu'elle ait pu commencer à être en contact avec ses sensations de faim et de satiété et limiter ses comportements de restriction cognitive. Ce processus a nécessité un an et demi de préparation.*

*Le suivi à 3 mois postopératoire indique une perte de 33 kg et une majoration de la douleur à la hanche.*

*Le suivi à 4 mois et demi post-opératoire met en évidence une perte de 34 kg avec une amélioration des sensations de faim et de satiété et une diminution de la restriction. La patiente fait 2h d'activité physique trois fois par semaine*

*Le suivi à 6 mois post-opératoire montre une perte de 42 kg. L'activité physique est régulière et soutenue, régulée par la douleur de la hanche. La consommation de tabac et d'alcool est arrêtée. Peu après, la patiente est opérée de la hanche et reprend une activité physique régulière après 3 semaines de rééducation.*

*Le suivi à 7 mois précise un maintien de la perte de poids et une alimentation qui se fait sur deux repas par jour et une collation (au lieu d'un unique repas le soir).*

*Le suivi à 1 an postopératoire souligne la perte de 53 kg dont 1 seul de masse musculaire. L'IMC est à 28. Stéphanie reprend le travail, poursuit les activités physiques (1h30 trois fois par semaine), reprend une consommation modérée de tabac.*

*Stéphanie est sortie de l'obésité, les douleurs ont diminué, sa qualité de vie est meilleure, elle est à nouveau insérée dans la vie sociale, elle a des projets. Son état psychologique s'est nettement amélioré.*

## CONCLUSION

Face à la problématique de l'arthrose associée à l'obésité il ne peut y avoir de réponse thérapeutique simple. La prise en charge psychologique s'inscrit dans une approche multidisciplinaire envisagée dans un changement de perspective - passage d'un changement de niveau 1 à un changement de niveau 2 - pour ouvrir un éventail de réponses adaptées à chaque patient, dans le souci de le rendre acteur de son évolution. La prise en charge globale doit répondre au figement du patient en lui permettant de sortir d'injonctions contradictoires qui ne font qu'accentuer le non-changement, tout en étant attentif à créer un climat de bienveillance (la honte agissant à bas bruit). Elle prend en compte le lien corps-esprit dans une approche bio-psycho-sociale et nécessite un suivi au long cours pour maintenir la dynamique engagée. Il faut néanmoins souligner que ces accompagnements ne mènent pas toujours à une évolution aussi positive que celle exposée dans la vignette clinique. Des limites sont constatées aussi bien au niveau des professionnels (travail en lien, formation, moyens dont ils disposent) qu'au niveau des patients (capacités cognitives et de mobilisation psychologique).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Faith, M. S., Matz P. E., & Jorge, M. A. (2002) Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res*, 53, 935-942.
2. Terra, J. L., (1997) The psychiatrist's point of view on the treatment of morbid obesity by gastroplasty, *Annales de chirurgie*, 51(2), 177-82.
3. Heneghan, H. M., Heinberg, L., Windover, A., Rogula, T., & Schauer, P. R. (2012) Weighing the evidence for an association between obesity and suicide risk. *Surgery for obesity and related diseases*, 8 (1), 98-107.
4. Appart, A., Tordeurs, D., & Reynaert, C. (2007) La prise en charge du patient obèse: aspects psychologiques. *Louvain Médical*, 126(5), 153-159.
5. Enquête nationale sur l'obésité et le surpoids - ObEpi-Roche, 2012
6. Apfeldorfer, G., & Zermati, JP. (2009) Traitement de la restriction cognitive, est-ce simple ? *Obésité*, 4 (2), 91-96.
7. Hart, R. P., Wade, J. B., & Martelli, M. F. (2003) Cognitive Impairment in patients with chronic pain : the significance of stress. *Current pain and headache reports*, 7(2), 116-226.
8. Calvino, B., & Grilo, R. M. (2006). Le contrôle central de la douleur. *Revue de rhumatisme*, 73(1), 10-16.
9. Boureau, F. (2004). *Contrôler votre douleur : apprendre à faire face à une douleur rebelle*. Paris : Payot.

10. Cyrulnik, B. (2010). *Mourir de dire la honte*. Paris : Odile Jacob.
11. Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1975). *Changements paradoxes et psychothérapie*. Paris : Editions du Seuil.
12. Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Bruxelles : De Boeck.
13. Leahey, T. M., Crowther, J. H., Irwin, S. R. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and behavioral practice*, 15(4), 364-375.
14. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical consideration and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
15. Zeidan, F., Johnson S. K., Gordon, N. S., & Goolkasian, P. (2010). Effects of briefhand sham mindfulness meditation on mood ans cardiovascular variables, *Journal Altern Complement Med*, 16(8), 867-873.
16. Dany, L. (2012). Le profil cognitvo-comportemental des patients douloureux chroniques dans un centre de la douleur chronique. In F. Laroche, & P. Roussel (Eds). *Douleurs chroniques et thérapies comportementales et cognitives* (pp.39-49). Paris : In Press
17. Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(4), 291-312.