

Dysmorphophobie

Peur de dysmorphie, dysmorphesthésie

M Ferreri
M Godefroy
P Nuss
F Ferreri

Résumé. – La dysmorphophobie ou « peur d'une dysmorphie corporelle », ou dysmorphesthésie est un trouble du sentiment esthétique de l'image de soi. La « peur d'une dysmorphie corporelle » (« diagnostic and statistical manual of mental disorders » [DSM IV], et dixième classification internationale des troubles mentaux [CIM 10]), représente une catégorie diagnostique de patients qui souffrent d'un trouble de l'apparence allant du doute obsessionnel à la certitude obsédante d'une disgrâce alléguée associée à des symptômes de type phobie sociale avec conduite d'évitement du regard d'autrui et vécu dépressif. La forme délirante plus rare apparaît, soit d'emblée, soit en prolongement des formes précédentes. Elle correspond au trouble délirant non schizophrénique de type somatique (DSM IV, CIM 10). Le handicap social, souvent sévère, est fonction de l'adhésion du patient à la disgrâce qu'il allègue et à l'importance des troubles associés.

© 2002 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : dysmorphophobie, trouble dysmorphique corporel, body dysmorphic disorder (BDD), dysmorphesthésie, trouble obsessionnel compulsif (TOC), trouble de l'identité, trouble de l'apparence, chirurgie esthétique.

Dysmorphophobie

PEUR DE DYSMORPHIE. DYSMORPHESTHÉSIE

Les patients souffrant de dysmorphophobie s'adressent à des médecins spécialistes en fonction de la nature de leurs plaintes. Il s'agit le plus souvent de plaintes de disgrâce à propos de difformités corporelles souvent du visage, alors qu'il n'existe pas de défaut tangible. Certains demandent, encouragés par la médiatisation de la chirurgie esthétique, que soit modifiée leur apparence par un geste chirurgical.

Le terme de dysmorphophobie a été employé pour la première fois par E Morselli en 1891^[55] pour qualifier la plainte de patients qui exprimaient des idées obsédantes concernant leur apparence. Il reconnaissait ainsi un aspect clinique fréquent, non délirant, représentant les dysmorphophobies « névrotiques ». Elles sont intégrées dans le *diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM IV)^[6], classification nord-américaine, au chapitre des troubles somatoformes, sous le vocable de « peur d'une dysmorphie corporelle ». Le terme de dysmorphophobie a été également utilisé à la suite de Morselli par d'autres auteurs pour qualifier la plainte « délirante » d'autres patients qui allèguent, avec une conviction inébranlable, l'existence d'une disgrâce physique. Cette allégation n'est plus du registre du doute mais de la certitude exprimée avec une certaine quérulence qui correspond aux dysmorphophobies « psychotiques » repérées par le DSM IV dans le cadre des troubles délirants, non schizophréniques de type somatique, plus rares. Toutefois, cette catégorie apparaît très hétérogène, comme nous le verrons.

Maurice Ferreri : Chef du service de psychiatrie et de psychologie médicale.
Michel Godefroy : Attaché de psychiatrie, service de stomatologie (docteur H Woimant).
Philippe Nuss : Praticien hospitalier.
Florian Ferreri : Unité de recherche, interne des Hôpitaux.
Service de psychiatrie, hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75571 Paris cedex 12, France.

Le vocable « dysmorphophobie » est critiqué par l'ensemble des auteurs dans la mesure où il ne s'agit pas d'une phobie, bien que le terme soit consacré par l'usage. La terminologie « peur d'une dysmorphie » est plus appropriée. Toutefois, dans la mesure où la dysmorphie n'est pas réelle, le vocable « crainte d'une dysmorphie » serait légitime. En outre, cette préoccupation morbide s'exprime de façon variable en fonction du degré d'adhésion du sujet à la disgrâce qu'il allègue, adhésion allant du doute à la certitude, si bien que la catégorie diagnostique « peur d'une dysmorphie » apparaît hétérogène. Le terme de dysmorphesthésie est proposé pour signifier qu'il existe une psychopathologie commune à ces troubles de l'apparence représentés par une perturbation du sentiment esthétique de l'image de soi.

Historique

Descriptions cliniques contrastées

Les études sur la « dysmorphophobie » relèvent bien des hésitations quant à la validité du terme et sa place nosographique ; les auteurs ayant, selon leur approche personnelle, et surtout le type de patients étudiés, des positions différentes qui expriment avant tout la variété des tableaux cliniques, avec pour chacun d'eux une dimension sémiologique prévalante qui oriente la nosographie.

SYMPTOMATOLOGIE NÉVROTIQUE

E Morselli (1891)^[55], psychiatre italien, utilise le terme de dysmorphophobie pour désigner une manifestation à caractère obsessionnel : la peur d'être ou de devenir laid. Le patient a conscience de la morbidité de sa crainte mais ne peut s'en départir que dans de rares moments, lorsqu'il est distrait par une activité qui accapare toute son attention.

A Pitres et E Regis (1901)^[65], en France, mentionnent le trouble dans leur ouvrage sur « *Les obsessions et les compulsions* » qui délimite, par son titre, le champ pathologique étudié en insistant sur la dimension compulsive.

P Janet (1903) [42], dans son livre « *Les obsessions et la psychasthénie* », cite ce trouble dans le chapitre « Obsession et honte du corps ». Cette crainte obsédante de laideur diffuse ou focalisée en un point du corps s'accroît lors des acmé obsessives à laquelle s'associe une forte tonalité dépressive marquée par un sentiment de honte et de mésestime de soi. L'auteur signale un aspect intéressant caractérisé par la transition possible de la plainte dysmorphesthésique à d'autres manifestations obsessionnelles et phobiques, notamment la nosophobie avec crainte d'être atteint d'une maladie organique ainsi que la phobie sociale, dont l'éreutophobie est un aspect classique.

E Kraepelin (1898) [44], psychiatre allemand, décrit aussi ce trouble qu'il considère comme obsessionnel non délirant : « Certains malades ne peuvent ôter de leur esprit qu'il y a quelque chose qui frappe ou qui suscite la raillerie, un nez bizarre ou sans forme, des jambes torses, une odeur repoussante, qui attirent l'attention, font rire, suscitent la répulsion de l'entourage. » Cet auteur range sur le même registre que les dysmorphophobies, ce qui est discutable, l'autodysmorphobie, cette crainte obsédante ou, à un degré de plus, cette conviction inébranlable d'être malodorant, d'exhaler des odeurs nauséabondes qui importunent l'entourage. L'association des deux troubles est exceptionnelle.

Ces travaux qui situent la dysmorphophobie dans le cadre des névroses sont restés longtemps isolés puis repris ultérieurement par différents auteurs : H Dietrich (1962) [17], insiste sur le pronostic de « névrose grave ». L Michaux (1968) [53] signale les dimensions obsessionnelles, comme le feront ultérieurement GG Hay (1970) [35], FH Connolly (1978) [12] ; TR Insel (1986) [41] ; RS Stern (1978) [69] ; CS Thomas (1984) [71] ; SM Turner (1984) [73]. C'est ainsi que de longue date, la relation entre dysmorphophobie et trouble obsessionnel a donc été remarquée.

SYMPTOMATOLOGIE DÉLIRANTE

Les préoccupations dysmorphesthésiques lors des psychoses aiguës, transitoires ou celles prémices à une évolution vers un trouble de l'humeur ou une schizophrénie, excluent le diagnostic de « peur de dysmorphie corporelle » qui ne doit pas être rattaché à un trouble mental caractérisé. On sait qu'il existe un trouble profond de l'image du corps dans les psychoses et particulièrement dans la schizophrénie dont témoigne le « signe du miroir » qui peut être un signe prodromique à une évolution schizophrénique.

Les « dysmorphophobies » délirantes s'inscrivent dans un autre cadre nosographique ; il s'agit le plus souvent de délires monothématiques à dimension paranoïaque.

BJ Logre (1961) [47] assimile la dysmorphophobie à l'hypocondrie, en décrivant l'« hypocondrie esthétique ».

T Corbella et L Rossi (1967) [13] commentent quatre cas dont trois ont subi à des temps différents un test de Rorschach. Ils affirment qu'il s'agit d'une névrose grave qui se situe aux confins des pathologies psychotiques et névrotiques. H Faure (1956) [19] s'interroge sur l'investissement délirant de l'image de soi.

JN Vallat et JM Léger (1971) [74] et T Lemperrière (1971) [46] retiennent aussi la dimension hypocondriaque et insistent sur l'existence, dans certaines formes, d'un véritable délire hypocondriaque particulier par sa focalisation sur une partie externe du corps, avec son risque suicidaire ou de mutilation.

JM Alby (1969) [2] (1979) [3], M Godefroy (1975) [29] soulignent la possibilité d'un passage de la crainte prégnante d'une disgrâce corporelle à un véritable délire persécutif de type paranoïaque ; cette symptomatologie étant mise en évidence dans certaines formes opérées avec risques d'actes agressifs à l'encontre du chirurgien.

A Munro (1982) [56] assimile certains aspects du trouble dysmorphophobique à la psychose hypocondriaque monosymptomatique entrant dans le cadre des délires paranoïaques.

Ces différents tableaux cliniques soulèvent des questions toujours actuelles. La « dysmorphophobie » s'exprime-t-elle sous deux aspects différents, discontinus, délirants versus non délirants, obligeant alors à un repérage nosographique distinct selon deux catégories diagnostiques ? Représente-t-elle, au contraire, une pathologie unitaire, continue, avec possibilité de passage d'une expression à l'autre ?

Les études et classifications actuelles nous aident-elles à résoudre ces questions ?

Approche épidémiologique et classifications

CLASSIFICATION DSM IV (1994) [6]

Le *body dysmorphic disorder* (BDD), traduit par « peur d'une dysmorphie corporelle », est la terminologie qui remplace l'ancienne dénomination « dysmorphophobie ». La préoccupation morbide est appréhendée sous trois aspects désormais habituels dans la classification : la description du trouble, la présence d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social cliniquement significative, son diagnostic exclusif d'autres troubles.

Critères diagnostiques du trouble : 300.70.

– Le critère A comporte la présence d'une ou de plusieurs préoccupations(s) concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique. Si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation doit être manifestement démesurée pour être retenue comme critère diagnostique.

– Le critère B indique que la préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

– Le critère C précise que la préoccupation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple, une anorexie mentale où il existe une insatisfaction concernant les formes et les dimensions du corps).

Il est intéressant de noter l'évolution de l'appréciation du trouble lors du remaniement du DSM III-R en DSM IV.

Le critère B du DSM IV est différent de celui du DSM III-R (1987). En effet, on note la suppression de la référence délirante présente dans le DSM III-R : « la croyance dans le défaut n'est pas d'intensité délirante », qui est remplacée dans le DSM IV par une référence liée au retentissement du trouble : « d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement ». La suppression du terme « délirant » du critère B entraîne davantage d'imprécision du critère A ou « une ou plusieurs préoccupations(s) concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique » sont dès lors peu caractérisées. Il est signalé dans les commentaires du trouble « peur d'une dysmorphie » que les sujets atteints du trouble sont souvent en quête de traitement médicaux, dentaires ou chirurgicaux, qui non seulement, selon les patients, ne diminuent pas leurs préoccupations mais au contraire les renforcent. S'agit-il alors de préoccupations à dimension délirante ?

Cependant, le trouble délirant est toujours repéré, tant dans le DSM III-R que dans le DSM IV, au chapitre troubles délirants chroniques non schizophréniques de type somatique (F. 22.0 - 297.1) « idées délirantes dont le thème est que la personne est atteinte d'une imperfection physique ou d'une affection médicale grave. » Différents troubles trop hétérogènes sont rangés dans cette catégorie puisque coexistent la certitude d'exhaler par les orifices corporels des odeurs pestilentielles ou bien que le corps est envahi par un parasite ou la certitude d'une disgrâce corporelle. Nous reviendrons ultérieurement sur cette hétérogénéité qui augmente la confusion des différents tableaux cliniques.

Le DSM IV ne pose pas la question de la continuité du trouble dans sa forme délirante et non délirante, qui sont classées dans des catégories différentes.

CLASSIFICATION CIM 10 (1993) [11]

La CIM 10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe les dysmorphophobies ou plus justement les dysmorphesthésies dans le cadre du trouble hypocondriaque (F.45.2) par une seule phrase très succincte : « une préoccupation durable concernant l'apparence physique ». Les troubles délirants sur l'apparence sont classés au chapitre autres troubles délirants persistants non schizophréniques évoluant depuis plus de 3 mois (F.22).

La CIM 10, comme le DSM IV, ne pose pas la question de la continuité du trouble qui est également repéré dans deux chapitres différents.

Clinique

SÉMIOLOGIE

La dysmorphophobie, peur ou crainte de dysmorphie corporelle ou dysmorphesthésie, débute le plus souvent après le remaniement psychologique de l'adolescence. Ce sont les interrogations dysmorphesthésiques habituelles à cet âge qui, au lieu de disparaître, se renforcent et envahissent de façon plus ou moins obsédante les pensées du sujet. Il en garde longtemps le secret avec un sentiment de honte. On conçoit qu'une dimension dépressive ou une dépression majeure puisse émailler un tel vécu. Une symptomatologie obsessionnelle, dont l'étiologie est variable, est souvent associée.

La dysmorphesthésie dans son expression la plus fréquente, d'allure névrotique, est une préoccupation morbide représentée par la crainte d'être laid, ou l'idée obsédante de disgrâce corporelle. Cette impression, allant du doute à la certitude suivant les patients, est vécue douloureusement, sous-tendue par une appréciation fautive et péjorative de l'esthétique de l'ensemble ou d'une partie du corps. Elle modifie les rapports du sujet à lui-même et aux autres. Elle intéresse avec prédilection le visage, notamment le nez, le menton, les mâchoires, le front, les oreilles, mais aussi le poids et les seins chez la femme, la taille et le sexe chez l'homme.

Les plaintes obsédantes, bien que focalisées sur l'anomalie supposée, évoluent dans un contexte d'anxiété, de souffrance dépressive qui envahissent le vécu du sujet : péjoration du présent et de l'avenir, autodépréciation avec mésestime de soi et sentiment de honte.

La difformité alléguée permet au patient d'expliquer son inconfort croissant, ses difficultés relationnelles, sa tendance à l'évitement phobique des contacts sociaux. Le handicap professionnel et social est habituel ; il est, dans certains cas, gravement invalidant.

Le champ des intérêts se réduit tandis que la préoccupation morbide gouverne l'activité du dysmorphesthésique : examens répétés devant la glace, documentation sur les possibilités esthétiques, avec d'éventuelles demandes d'un geste chirurgical.

Les dysmorphesthésies délirantes sont plus rares et expriment la certitude d'une disgrâce corporelle alléguée sur un mode de revendication à dimension paranoïaque avec sollicitations pressantes, sthéniques, pour obtenir une intervention chirurgicale esthétique [24].

PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE

Les études nord-américaines sur la « peur d'une dysmorphie », BDD, évaluent la fréquence, la topographie, l'aspect des plaintes, les comorbidités et le retentissement social, afin d'apprécier le handicap mais aussi de tenter de répondre à d'anciennes questions en déterminant, soit le caractère autonome, discontinu du trouble, soit le caractère continu, de transition entre différents aspects sémiologiques, notamment le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et la phobie sociale [37]. Ces études s'intéressent en outre, sur des registres différents à la dimension familiale, à la réponse au traitement, au mode évolutif, ainsi que le niveau du handicap.

■ Fréquence des plaintes

KA Phillips (1992) [63, 64] est un des auteurs américains qui s'est le plus intéressé au trouble BDD. Elle note, sur une cohorte de 130 patients atteints de BDD, la prévalence de la fréquence des plaintes au niveau du visage : 181 %, dont chevelure 50 %, nez 38 %, lèvres 20 %, dents 7 %, oreilles 7 %, forme de la tête 7 %, front 4 %, ensemble de la figure 3 %, sourcils 2 %, muscles de la face 2 %. Les plaintes somatomorphes touchent aussi d'autres parties du corps, notamment : peau 65 %, genoux 18 %, seins 12 %, pénis 9 %, poids 8 %, taille 4 %, fesses 3 %.

Ces chiffres sont donnés à titre indicatif puisqu'ils correspondent à l'ensemble des plaintes cumulées et non pas à la singularité des plaintes de chaque patient.

Le retentissement fonctionnel de ces plaintes apparaît important puisque l'on retrouve 13 % de patients en invalidité, 58 % des patients ont été hospitalisés en psychiatrie, 29 % ont effectué une tentative de suicide, et 98 % ont une altération du fonctionnement social ou professionnel. L'évaluation standardisée de la qualité de vie des patients souffrant de BDD a été récemment évaluée à l'aide de la *36-item short-form health survey* (SF-36). La qualité de vie des patients souffrant de BDD est considérée comme très mauvaise, principalement lorsque est présente une dimension délirante [62].

■ Crainte de dysmorphie corporelle et trouble obsessionnel compulsif

La récurrence des idées qui assiègent la pensée du patient a pu faire associer le BDD au TOC. En effet, la répétition des préoccupations, l'intrusion des idées de disgrâce, les comportements compulsifs : miroir (73 %) [64], les vérifications manuelles de la malformation supposée, le peignage intempestif et répété [38] sont autant de manifestations de nature obsessionnelle et compulsive. En outre, le handicap social qui est lié surtout à la durée des rituels, l'âge de début (15-30 ans), la réponse aux antidépresseurs à composante sérotoninergique, le cours évolutif rappellent également le TOC. Certains auteurs [39], s'appuyant sur l'existence chez le patient BDD de troubles comme la trichotillomanie, le syndrome de Gilles-de-La-Tourette, l'anorexie [66], les troubles de l'alimentation, considèrent aussi que le BDD appartient au spectre neuro-comportemental du TOC. L'analyse de mémoire verbale et non verbale des patients répondant aux critères diagnostiques de BDD à l'aide de la figure de Rey et du *California verbal learning test* (CVLT) a pu mettre en évidence une atteinte des stratégies organisationnelles des compétences mnésiques chez ces patients se rapprochant de celles retrouvées dans le TOC [16].

■ Crainte de dysmorphie corporelle et phobie sociale

L'autre aspect sémiologique décrit et réévalué par les auteurs américains correspond à la dimension phobique sociale [52]. Les aspects symptomatiques prévalants sont représentés par l'évitement social et professionnel retrouvé chez 97 % des patients étudiés par KA Phillips, évitement qui est essentiellement lié à l'anxiété situationnelle, réactivée par le regard d'autrui.

■ Crainte de dysmorphie corporelle, trouble autonome

La description de ces différentes dimensions clinique, phobique et obsessionnelle met en évidence deux aspects. Elle soulève d'abord la question de l'autonomie du trouble « peur d'une dysmorphie corporelle ». Elle témoigne ensuite de l'importance de la comorbidité qui entache la pertinence de cette catégorie du DSM IV, puisque le trouble est aussi systématiquement associé à un TOC, une phobie sociale, et dans une moindre mesure, un trouble psychotique. Certains auteurs considèrent que, bien qu'il s'apparente au trouble obsessionnel, il convient de distinguer le BDD comme une entité à part. Ils notent à ce propos que le cours évolutif est fréquemment hypocondriaque, évolution clinique rare dans le TOC pour lequel il existe un niveau d'introspection supérieur au BDD et globalement une « égodystonicité » [63, 64]. Par ailleurs, alors que le trait obsessionnel de la personnalité obsessionnelle ne paraît pas corrélé au TOC, il est fréquemment retrouvé dans le BDD : le trait obsessionnel serait-il corrélé au BDD alors que l'état ne le serait pas ? Pour NC Andreassen et J Bardach (1977) [4], il convient de distinguer, parmi les demandeurs de chirurgie présentant un BDD, des *clusters* récurrents comme le fait d'être jeune, perfectionniste, avec des traits obsessionnels, schizoïdes et narcissiques.

■ Crainte de dysmorphie corporelle et comorbidité

L'approche longitudinale centrée sur la comorbidité [63] note une prévalence de 93 % d'épisodes dépressifs majeurs sur la vie entière de ces patients, notamment 17 % de tentatives de suicide dans les antécédents. Les épisodes dépressifs sont décrits comme étant de longue durée, précédant de 1 an à quelques mois la plainte dysmorphesthésique, dans 43 % des cas, ou lui succédant dans 57 % des cas. La difficulté est de repérer l'existence d'un état dépressif à

expression dysmorphesthésique prévalante. Il existerait une correspondance statistique entre l'intensité dépressive et les symptômes dysmorphesthésiques.

■ Crainte de dysmorphie et conscience du trouble

Certains auteurs ont voulu différencier les BDD pour lesquels le sujet est critique de son état morbide avec ceux où il existe une absence totale de critique du trouble représentée par les formes délirantes, psychotiques. KA Phillips n'a pas pu différencier, à l'aide de ce critère, ces deux troubles classés différemment dans le DSM IV, car elle a remarqué le passage possible, au fil du temps, d'un diagnostic de TOC à un trouble délirant. Faut-il, comme le suggèrent certains, arguant du fait de l'existence clinique d'un aspect délirant et récurrent, dire que le BDD appartient au trouble schizo-obsessionnel ? Seuls quelques patients peuvent, à notre avis, répondre à cette dénomination qui correspond à la dimension délirante du trouble classée par le DSM IV au chapitre « trouble délirant chronique non schizophrénique, de type somatique ». Cette dernière est à différencier de la pathologie schizophrénique avec préoccupation obsessionnelle sur une disgrâce alléguée d'une partie du corps. Quant à la référence à l'hypocondrie, elle est soulignée, comme nous l'avons vu, par BJ Logre (1961)^[47] et par A Munro (1982)^[56] et actuellement B Vitiello (1990)^[75] qui retient ce diagnostic d'hypocondrie et rejette celui de TOC. Nous avons remarqué que certains patients qui, au début de leur pathologie, auraient été classés dans le cadre de trouble obsessionnel, ont évolué vers une dimension délirante, notamment lorsque la personnalité avait des traits de caractère paranoïaque et que des gestes chirurgicaux intempestifs avaient été effectués, comme l'avait déjà signalé JM Alby (1969)^[2].

Ces différentes études précisent l'importance de la comorbidité et par là même réduisent la possibilité d'un trouble autonome, bien que l'évolution particulière du trouble est davantage en faveur de cette autonomie. Elles retrouvent, sans y répondre définitivement, les questions initialement soulignées par les premiers auteurs : aspect névrotique ou psychotique, trouble non délirant ou trouble délirant, continuité ou discontinuité du trouble et, lors de la continuité, la possibilité de passage d'un trouble non délirant à un trouble délirant et vice versa, comme nous le mentionnons plus loin, avec les délires thymiques (ou affectifs) que nous avons observés chez des patients demandant un geste chirurgical esthétique.

Il apparaît que la catégorie « peur d'une dysmorphie corporelle » regroupe des descriptions hétérogènes, dont la disgrâce alléguée, bien qu'elle touche l'apparence du corps, se situe sur des registres psychopathologiques différents. Un patient qui se plaint de sa chevelure clairsemée et de golfes temporaux dégarnis trop précocement est éloigné d'un patient qui demande, avec sthénicité, une augmentation de la prééminence de ses pommettes jugée insuffisante. Bien que les deux demandes touchent le visage, nous pensons qu'elles se distinguent par un fait majeur : l'une intéresse la surface cutanée et l'autre le massif osseux sous-cutané. Cette notion de localisation externe ou interne est plus pertinente que la localisation simplement topographique sur le corps.

Craintes dysmorphiques du visage et demandes de chirurgie esthétique

Dès les premières demandes de chirurgie esthétique, certains chirurgiens, en particulier D Morel-Fatio (1961)^[54], souligne « plus qu'aucune autre spécialité de notre art, la chirurgie esthétique s'adresse à la " personne ". Ce n'est pas une chirurgie morphologique, c'est une chirurgie de l'individu en tant que tout. » Dans cette perspective, les études psychologiques montrent que plus que leur personnalité, diverse, les patients sont en majorité inquiets, hypersensibles, insatisfaits, préoccupés d'eux-mêmes et de leur image physique et morale^[3].

JL Grignon (1977)^[34] développe la notion de « service rendu » qui s'inscrit dans une démarche globale en insérant la demande du sujet dans sa dimension événementielle et apprécie les résultats opératoires et psychologiques dans leur potentiel dynamisant^[31].

Dans une consultation maxillofaciale de chirurgie plastique et réparatrice, la majorité des patients sont satisfaits des soins prodigués. Cependant, 10 % des cas sont repérés par le chirurgien comme « suspects » et sont adressés au psychiatre. Ces patients expriment des préoccupations obsessionnelles dans un contexte d'angoisse, d'autodépréciation. Ils ont le sentiment d'être l'objet de regards insistants, focalisés sur leur disgrâce alléguée et souffrent d'une gêne liée au regard d'autrui et souvent d'une honte d'être vus.

Pour certains, la perception de l'environnement est proche d'un délire sensitif de relation, centré sur la difformité supposée. Les mimiques du visage étant le premier élément de communication dans la relation orale, le patient interprète les mimiques d'autrui comme désobligeantes à son encontre. Ainsi, les notions d'obsession et de phobie dans cet aspect de la pathologie dysmorphesthésique méritent d'être précisées chez ces patients « suspects » qui demandent un geste de chirurgie esthétique, considéré comme seul remède possible. La symptomatologie n'est pas obsessionnelle, au sens strict. En effet, ces patients ont la certitude de l'existence d'une difformité et n'ont pas de critique de leur état morbide. La pathologie phobique est elle-même différente d'une symptomatologie phobique habituelle puisqu'elle est engendrée par l'interprétation pathologique du regard d'autrui et de sa mimique qui seraient moqueurs, désobligeants, voire malveillants. Nous employons le terme de dysmorphesthésie, plus approprié.

DYSMORPHESTHÉSIES OBSESSIONNELLES

La plainte d'allure obsessionnelle est centrée sur une ou deux malformations alléguées, le plus souvent du nez, dont est souligné le manque de symétrie, mais aussi des lèvres et du menton, dont est précisé « l'insuffisance » ou le « trop de force », voire du front et des oreilles. Ces idées obsessionnelles ne sont pas critiquées en tant que telles, même si le patient reconnaît « qu'elles le préoccupent de trop ». Elles coexistent parfois avec d'autres éléments obsessionnels de vérification ou de propreté qui sont en eux-mêmes peu handicapants et plus souvent accompagnés d'un certain degré d'évitement dans le cadre d'une phobie sociale. Les plaintes évoluent sur une personnalité habituellement dominée par des traits obsessionnels avec perfectionnisme, installés souvent depuis l'enfance, ou au contraire les préoccupations sont apparues à l'adolescence lors de manifestations dysmorphesthésiques banales à cet âge mais se sont pérennisées et centrées sur des troubles de l'apparence jugés perfectibles par un geste esthétique chirurgical. La demande de ce geste surgit le plus souvent lorsque s'accroissent les préoccupations dysmorphesthésiques qui deviennent davantage prégnantes, réactivées par des difficultés relationnelles affectives. Le trouble réalise alors une dysmorphesthésie à symptomatologie obsessionnelle prévalante, dans la majorité des cas, sensible aux antidépresseurs sérotoninergiques ou possédant une dimension sérotoninergique.

DYSMORPHESTHÉSIES SENSITIVES AVEC « PHOBIES SOCIALES »

Ces patients, au narcissisme aigu, contenu, à la personnalité sensitive, ont la conviction qu'une grande partie de leurs difficultés existentielles sont liées à un défaut allégué de l'apparence. Ils ont toujours été préoccupés par leur image corporelle qu'ils jugent ingrate, peu ou pas valorisante, sans qu'existe une dimension obsessionnelle de type obsessionnel. C'est la symptomatologie de type « phobie sociale » avec des conduites d'évitement qui domine le tableau clinique. Ces patients se disent jugés, évalués, critiqués, dans les rapports sociaux habituels, mésestimés et non reconnus à leur juste valeur. Ils ont longtemps hésité à consulter un chirurgien plasticien mais se sont persuadés progressivement que leurs difficultés d'insertion sociale sont liées, pour la plus grande part, à leur disgrâce physique, même s'ils admettent parfois, transitoirement, qu'ils dévalorisent, peut-être abusivement, leur aspect physique. Une promotion professionnelle espérée et déçue, des difficultés relationnelles amplifiées, une rupture sentimentale récente les ont poussés à consulter en chirurgie spécialisée. Leur personnalité aux traits narcissiques est dominée par une labilité émotive, une hypervigilance, une hyperesthésie dans les relations

vécues sur un mode sensitif. L'abord est essentiellement psychothérapeutique. Il peut être conforté par des antidépresseurs sérotoninergiques, d'autant qu'une humeur dépressive est souvent associée, notamment lorsque les plaintes s'aggravent.

Il existe une expression mixte des plaintes représentant des dysmorphesthésies phobo-obsédantes, en sachant que selon les situations, les tensions et les conflits liés à l'environnement, certains patients peuvent être tantôt à prévalence de type phobique, tantôt à prévalence obsédante, l'élément majeur de la demande de chirurgie esthétique restant la personnalité « sensitive » avec une vive blessure narcissique et une ambition contenue et contrariée.

DYSMORPHESTHÉSIES THYMODÉLIRANTES AIGÜES

Certains des patients dysmorphesthésiques sensitifs précédents expriment ou ont exprimé, lors de ces difficultés, des plaintes qui deviennent franchement délirantes, avec une dimension projective, interprétative, alléguant que des collègues de travail ou de voisinage se moquent d'eux à travers des railleries malveillantes suscitées par leur disgrâce physique alléguée. Cette dimension délirante prévalante persécutive, interprétative et hallucinatoire, notamment des hallucinations psychiques, est vécue avec une tonalité dépressive de l'humeur. L'erreur est de méconnaître la dimension dépressive de cette pathologie délirante aiguë qui, en fait, représente un équivalent dépressif. C'est pour insister sur ce fait que le terme de thymodélirant a été introduit. Ces dysmorphesthésies répondent aux antidépresseurs à la posologie usuelle utilisée dans les états dépressifs, en particulier à la clomipramine et vraisemblablement les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRSS) ; le délai de réponse est retardé, de l'ordre de 4 à 6 semaines.

Certains des patients dysmorphesthésiques obsessionnels développent des états dépressifs délirants mélancoliformes, avec risque suicidaire important.

DYSMORPHESTHÉSIES DÉLIRANTES CHRONIQUES

Des patients, peu fréquents, développent un délire monomorphe durable, centré sur une disgrâce corporelle alléguée, le plus souvent du nez, des pommettes, du menton, qui susciterait des propos malveillants de certaines personnes. Ces difformités seraient le handicap majeur perturbant gravement les relations sociales. La demande de geste chirurgical pressant est exprimée sur un mode de revendication paranoïaque. Le chirurgien qui temporise ou refuse une nouvelle intervention apparaît rapidement comme un persécuteur.

Ces dysmorphesthésies délirantes chroniques apparaissent tantôt d'emblée chez un sujet à la personnalité de type paranoïaque, tantôt chez une personnalité devenue sthénique dont la rigidité et la dimension projective préalable ont été amplifiées après une longue période de dysmorphesthésie sensitive, émaillée de ruptures affectives et de deux à trois interventions qui, bien que de bonne qualité esthétique, sont vécues par le patient comme des échecs. Cette évolution rappelle certaines hypocondries délirantes multi-investigées et parfois opérées. Ces dysmorphesthésies répondent peu aux antidépresseurs et aux neuroleptiques qui peuvent toutefois, notamment les antipsychotiques atypiques prescrits à doses faibles et prolongées, réduire l'intensité des idées délirantes. Des conduites sociales d'évitement sont habituelles, l'apparition d'un état dépressif est fréquent, prenant parfois l'aspect d'un état mélancoliforme répondant, pour sa part, aux antidépresseurs.

L'étude de ces patients confirme qu'il existe deux aspects majeurs de dysmorphesthésie, l'un non délirant, prévalent, à spectre obsessionnel compulsif, l'autre délirant, moins fréquent. Elle souligne le passage possible, dans certains cas, d'un aspect à l'autre et l'intérêt d'un abord psychothérapeutique qui peut être conforté par l'utilisation d'antidépresseurs sérotoninergiques.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DE CONSULTATION

L'étude de 45 « cas suspects », adressés par le chirurgien au psychiatre, permet de préciser les caractéristiques des patients et de préciser la fréquence respectivement [25].

– Il a été relevé deux prévalences en fonction de l'âge et de la demande de chirurgie esthétique. La réfection du visage, notamment du nez, était le fait de sujets jeunes, le plus souvent célibataires, tandis que les demandes de *lifting* regroupaient essentiellement des femmes d'âge moyen.

– Il faut noter l'importance de la dimension dépressive qui a été reconnue chez 60,3 % des patients dont les préoccupations dysmorphesthésiques obsédantes évoluent dans le cadre d'un état dépressif, souvent installé de longue durée, dont le diagnostic est plus ou moins difficile en fonction de l'importance des plaintes psychiques, thymiques spécifiques. Ce groupe qui constitue près de la moitié des patients « suspects » est composé d'un tiers d'hommes et de deux tiers de femmes qui demandent essentiellement un *lifting*, geste chirurgical intéressant la surface cutanée.

– 37,7 % des patients, autant de femmes que d'hommes, souffrent de « dysmorphesthésie obsessionnelle », plus que de « peur de dysmorphie ». Ces patients ont le sentiment d'une malformation entraînant leur inconfort relationnel, malformation qu'ils souhaitent, parfois de façon urgente, corriger par un geste chirurgical.

Deux dimensions symptomatiques apparaissent dominantes : la dimension obsédante prévalante et la dimension « sensitive », associées à des plaintes d'allure phobique, moins fréquentes mais davantage sujettes à des efflorescences délirantes transitoires. Ces deux aspects dominants sont souvent associés, s'exprimant par une pathologie phobo-obsessionnelle. La sévérité est plus importante et le handicap davantage prononcé chez les patients dont la plainte d'allure « phobique sociale » est associée à une personnalité sensitive.

– Enfin, 2 % des patients représentent une dernière dimension délirante chronique à dimension paranoïaque prévalente.

Psychopathologie

DIMENSION RELATIONNELLE DU CORPS

C'est le mérite de P Schilder d'avoir, pendant plus de 20 ans, avec minutie, tenté une synthèse dans son ouvrage « *L'image du corps* » (1935) [67] à partir de données psychiatriques centrées sur la dépersonnalisation, neurologiques, marquées par les conduites motrices symboliques, psychanalytiques où interviennent le Moi freudien [26, 27, 28], psychologiques avec la théorie de la forme de W Kolher (1929) [43], philosophiques, *Ile Körper und Leib* de E Husserl (1930) [36].

Le concept image du corps se veut unificateur ; il constitue une synthèse controversée mais heuristique entre les différentes approches qui isolent le corps neurologique, libidinal, symbolique phénoménal.

Si la perception est indissociable de l'action selon la théorie de la « forme », de la « Gestalt » de W Kolher, cette assertion se retrouve dans les réactions de posture et du tonus musculaire qui sont liées à l'émotion et représentent une fonction de communication dès l'origine, notamment dans la conduite d'attachement [10] décrite à la suite des travaux des éthologues, notamment de K Lorenz (1970) [48] qui a précisé le phénomène d'empreinte. Cette réaction posturale peut être appréhendée chez le nourrisson au travers du fond tonique permanent et des réactions toniques corporelles, réactions tonicoémotionnelles de H Wallon (1963) [76], qui sont liées aux réactions émotionnelles et expriment les relations affectives de l'enfant dans son « dialogue tonique » avec sa mère [1].

CORPS FANTASMÉ

Le corps du nourrisson apparaît, selon l'abord freudien, comme un ensemble de zones érogènes privilégiées, l'enfant étant capable d'érotiser n'importe quelle partie de son corps, d'où l'expression « l'enfant est un pervers polymorphe ». Il doit, avant d'accéder à cette possibilité, passer par le stade du narcissisme primaire où son corps ne fait qu'un avec le monde environnant, notamment la relation maternelle, les contacts, les caresses corporelles, la manipulation du *holding* et du *handing* [80]. Cette période

indifférenciée précède la différenciation du corps et du monde, qui s'élabore lors de l'instauration des relations objectales du narcissisme secondaire. L'organisation de l'image du corps dépend de l'intégration au cours du temps de l'éprouvé sensorimoteur et de l'évolution ontogénique des pulsions libidinales et agressives. « Tout ce qu'il peut y avoir de particulier dans la structure libidinale se reflète dans la structure du modèle postural du corps. Les individus chez qui domine telle ou telle pulsion partielle, sentiront, comme au centre de leur image, tel point du corps. »^[67].

En l'absence de pensées, au début de la naissance, c'est le corps qui établit les relations originelles à partir des « éprouvés corporels impensables »^[8], que la mère doit rendre intelligibles en leur donnant sens pour que l'enfant intériorise progressivement cette activité relationnelle et soit capable de penser en reliant les éléments psychiques entre eux.

Le corps a une mémoire et une histoire : son aménagement libidinal est continuité et changement. Il s'enrichit en permanence des expériences qu'il éprouve. Le corps est une représentation psychique dont la distorsion apparaît lors des plaintes dysmorphesthésiques^[24].

CORPS ET IDENTITÉ

La complexité de l'évolution psychoaffective, qu'elle soit expliquée à la naissance, par le contact cutané, par le phénomène d'attachement, puis par des modèles d'intégration ou de différenciation de l'enfant du monde extérieur, et d'abord de sa première relation avec sa mère, s'effectue en grande partie par le jeu des identifications^[5, 7].

L'image du corps, son investissement narcissique, le sentiment esthétique de sa beauté, le sentiment d'identité, l'estime de soi s'élaborent par des remaniements successifs qui sont autant de changements dans une continuité ontogénique qui inscrit le sujet dans sa propre histoire.

L'image et la mémoire du corps ont valeur de témoin de la permanence du Soi et représentent en tant que telles la référence au sentiment d'identité. « Le Moi est avant tout corporel. »^[26]. La constitution du Soi, ou personation, est une suite toujours inachevée de processus d'intégration, de différenciation, d'identification ou de projection, qui nécessite une référence du sujet lui-même que recouvre le « Je », premier sens subjectif du Soi, dont on sait les premières révélations dans les miroirs successifs : le premier miroir, le regard de la mère qui renvoie à l'enfant sa propre image au travers des sentiments qu'elle éprouve et les sentiments qu'elle perçoit de son bébé ; le deuxième miroir, la silhouette d'autrui, appréhendée par l'enfant comme la reconnaissance d'autrui qui renvoie à l'enfant un analogue de son image spéculaire qui anticipe longtemps à l'avance le troisième miroir, plus tardif, constitué par la reconnaissance de sa propre image virtuelle, spéculaire, dans le miroir décrit par H Wallon (1933)^[76] et développé par J Lacan (1949)^[45], marquant la reconnaissance par l'enfant, vers l'âge de 2 ans, de sa propre identité au travers de la reconnaissance narcissique du corps^[9, 14, 81].

C'est avec une image du corps suffisamment établie, aimée, ou au contraire fragile, mal assurée, que le sujet évolue ultérieurement dans la multiplicité des identifications et des projections. Selon la force de cette image, la qualité du Soi, s'édifiera un sentiment d'identité précaire ou robuste au travers du jeu des identifications.

Cette évolution se poursuit avec une image du corps bien établie ou déjà fragilisée au cours des périodes de changements biologiques et psychiques, avec remaniement du Soi, du sentiment d'identité et de l'image du corps au cours des crises que constituent l'adolescence, la ménopause, la grossesse, l'accouchement ou de crises événementielles.

L'adolescence constitue en effet une deuxième opportunité pour remanier certaines difficultés laissées en suspens pendant la phase de latence, à condition que les relations et les identifications puissent se faire dans un milieu suffisamment bon. La réponse des parents à l'attitude souvent provocante de l'adolescent, qui les remet d'une certaine façon en question, va faciliter l'élaboration du sentiment d'identité, l'acceptation de l'image de soi et l'indépendance, ou au

contraire réactiver des failles, des conflits. Des remaniements se produisent aussi lors d'événements de la vie, traumatismes somatiques (maladies, interventions chirurgicales) ou psychiques, qui dépassent les capacités adaptatives habituelles du sujet et induisent un changement désiré ou non qu'il faut aménager. La capacité de faire face à la situation est facilitée par la force du sentiment d'identité, d'estime de soi et de son image liée au narcissisme^[67, 68] ou, sur un registre phénoménologique, « l'existence d'une cohérence intime entre le corps que j'ai et le corps que je suis. »^[70].

ESTHÉTIQUE DU CORPS ET ESTIME DE SOI

L'amour de soi au travers de l'appréciation de sa propre apparence, de l'estime de son image corporelle, est rapporté à des références idéales et esthétiques. Les premières images idéalisées sont liées à l'identification aux figures parentales valorisées, témoignant du désir de l'enfant de partager ou de s'approprier les qualités parentales afin d'éloigner le sentiment de sa propre insuffisance.

Ultérieurement, ces images idéales sont celles de proches, d'artistes, de sportifs dont il faut se rapprocher. Ainsi, la représentation esthétique de son propre corps est confortée par l'amour de soi sous-tendu par un idéal qui est confronté à la réalité des relations humaines où l'amour de soi est réfracté par l'amour de l'autre.

L'image du corps est aussi modelée par le socius et toute relation sociale est aussi une relation entre deux corps qui se regardent, qui se désirent, qui se jugent. Regards et jugements sont aussi ceux de la société, de sa culture, de ses modes, de ses mythes, qui se lisent dans le corps et l'habillement des sujets.

Dans sa quête d'identification avec les autres, dans sa confrontation avec un modèle idéal d'un parent, d'un ami, souvent d'un artiste, le sujet est constamment sollicité par les médias, la publicité qui propose, sous de séduisantes apparences, des modèles de beauté qui allient aisance relationnelle, conquête et réussite. Chaque sujet est confronté à un corps-esthétique de référence, fantasmé, idéalisé, inaccessible. Toute déviance à ce modèle de beauté peut apparaître comme dévalorisante, d'autant qu'à la beauté s'attache une fascination avec une connotation morale de bonté et de dynamisme dans la réussite^[51].

Lorsque cet amour de l'autre apparaît comme une exigence indispensable de réussite, quand la représentation de l'image sociale du Soi domine les investissements du sujet et dirige son action dans un effort démesuré d'adaptation pour paraître, le sujet se trouve en situation de fragilité.

DISTORSION DU SENTIMENT ESTHÉTIQUE DE L'IMAGE DE SOI

Qu'une perturbation entache le développement de l'élaboration de la représentation du corps, de son investissement narcissique et esthétique, corrélé plus tardivement avec une image idéale, apparaîtra un manque, une fêlure, une « paille », comme le disait un de nos patients en se référant à un produit mal usiné. Il exprimait par cette métaphore que la disgrâce éprouvée, ce défaut allégué de l'esthétique de la surface du corps venait en fait de la profondeur, de l'élaboration psychique du corps, dont une dimension particulière est constituée par la représentation de sa propre apparence. Son appréciation affective correspond au sentiment esthétique de l'image de soi^[25].

La fragilité de ce sentiment est variable. Plus elle apparaît précocement dans le développement de l'enfant, plus sa réactivation à l'âge adulte se révèle perturbatrice, d'autant que le sujet a dû affronter les différentes étapes du développement avec une crainte, voire une certitude, de défaut esthétique.

La perturbation du sentiment esthétique de l'image de soi est souvent précoce. À la période fondamentale où le nourrisson établit les premières relations objectales lors de l'élaboration du narcissisme secondaire, le passage qui conduit à l'élaboration du Moi corporel différencié de celui de la mère s'accompagne d'un véritable « éblouissement esthétique ». Cet éblouissement naît de la représentation fantasmée de l'enfant de son propre corps au travers du regard de sa mère qui, par son expression, lui renvoie son amour

et ce sentiment aigu esthétique qui fait qu'elle considère son enfant comme beau, comme le plus bel enfant du monde [172].

Une distorsion, une carence de ces différents temps lors de l'élaboration de ce sentiment esthétique qui participe au narcissisme et au processus d'identité, peuvent altérer durablement la perception et la représentation de sa propre apparence. On retrouve constamment dans le vécu et l'histoire des dysmorphesthésiques une grande pauvreté dans la description de leur passé affectif, que ce soit par carence ou par insuffisance des relations primordiales.

Que la perception de cette image sociale vienne à se ternir, le sujet aura volontiers recours à la chirurgie esthétique pour modifier une apparence jugée de longue date insuffisante mais supportée ou restaurée, une image défaillante, pour qu'elle puisse s'intégrer comme un élément majeur de réussite, future, retrouvée et accrue [21, 22].

La peur de « dysmorphie » ou mieux, d'un point de vue psychopathologique, la dysmorphesthésie est bien une perturbation du sentiment esthétique de l'image de soi. Si elle empreinte dans son expression à la pathologie obsessionnelle ou phobique d'allure névrotique, en fait, elle est une pathologie du narcissisme au travers de l'éprouvé de sa propre apparence réfléchi par le regard d'autrui.

Traitement

La « peur de dysmorphie corporelle » recouvre des patients qui, s'ils souffrent tous d'un trouble de l'apparence, ont un handicap social variable en fonction du degré d'adhésion à la disgrâce qu'ils allèguent, allant du doute obsessionnel à la certitude obsédante. On conçoit que l'abord thérapeutique relationnel est à aménager en fonction de chaque patient. Les patients, de plus en plus fréquents, qui demandent un geste chirurgical esthétique pour rectifier une malformation supposée sous-cutanée, en particulier osseuse, impliquent un abord différent des patients qui expriment une demande obsessionnelle et emploient un cosmétique pour masquer une disgrâce, en attendant un éventuel geste dermatologique cutané jugé réparateur. Les troubles de l'apparence se situent entre deux pôles cliniques représentés par les patients qui expriment un doute obsessionnel avec critique de l'état morbide mais qui sont assiégés par des préoccupations de disgrâce qui touchent essentiellement le revêtement cutané, et les patients qui ont une certitude obsédante de difformité sans critique de l'état morbide avec une dimension projective, proche d'un délire à minima de relation type Kreshmer, dont la particularité est d'être centrée sur le visage.

ABORD PSYCHODYNAMIQUE ET DEMANDE « SUSPECTE » DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Le développement et l'amélioration des techniques chirurgicales, largement diffusés par les médias, ont encore contribué à accroître les demandes de chirurgie esthétique. La dimension psychologique de telles demandes est perçue de longue date, notamment dans les bons résultats [15, 18], mais plus encore chez les patients insatisfaits [49]. En effet, bien que les résultats soient excellents, des chirurgiens ont constaté que des patients considèrent l'intervention comme un échec et que certains développent des récriminations, des rancunes, mais aussi des revendications paranoïaques à l'encontre du chirurgien qui les ont opérés, et plus encore, dans certains cas, à l'adresse de celui qui refuse d'intervenir de nouveau. Ces faits rares, qui, en quelque sorte, renvoient le patient au psychiatre, font du même coup entrer celui-ci dans le monde des plasticiens.

Si la réfection est perçue comme un atout en plus sans qu'il soit l'élément prédominant pour « être à l'aise avec soi-même et avec les autres », le geste chirurgical n'est pas d'emblée contre-indiqué.

Si, au contraire, le changement apparaît indispensable pour trouver ou recouvrer le sens de l'existence, de liens sociaux et la réussite, il témoigne alors d'une demande « suspecte », pathologique, qui représente environ 10 % des demandes dans un service de chirurgie maxillofaciale plastique et réparatrice.

Devant la demande parfois pressante et ambiguë qui recouvre des difficultés que le sujet ne peut aborder et tente de les résoudre par la

magie du geste chirurgical, il s'agit de proposer et de faire admettre la nécessité d'un délai d'attente [2, 3]. Le psychiatre doit se situer dans un espace neutre. Il aide le sujet à mieux appréhender ses difficultés, excluant ainsi toute tentative de considérer la relation à deux thérapeutes comme une relation compétitive et parfois antagoniste [22, 31]. Ce temps de réflexion est mis à profit pour offrir une prise de conscience de certains conflits et de manques tout en aménageant un soutien psychologique ou un aménagement psychothérapeutique, psychodynamique, structuré, en fonction de la problématique du patient [23].

Quelle que soit l'expression de la pathologie de l'apparence, l'aménagement des soins implique un double abord, psychothérapeutique nécessaire, plus ou moins délicat en fonction de la conscience du trouble et de la personnalité, et envisager, selon les patients, un traitement médicamenteux, d'utilisation de plus en plus fréquente, dominé par la prescription d'antidépresseurs à dimension sérotoninergique, tricyclique ou IRSS. La posologie est plus élevée que celle indiquée dans les états dépressifs et la réponse retardée de l'ordre de 8 semaines avec la clomipramine.

THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE

Les thérapies cognitives et comportementales des patients souffrant de BDD, « peur de dysmorphie corporelle », sont centrées sur la réduction des perturbations cognitives et des symptômes. Elles ont pour étayage deux types d'approche. La première approche est issue de l'analyse de la cognition chez ces patients [16], que nous avons précisée et qui vise à améliorer les performances perturbées par l'atteinte de l'encodage de la mémoire verbale et non verbale, mise en évidence par l'altération du CVLT et de la figure de Rey. La deuxième approche s'appuie sur la similitude entre la peur de dysmorphie et le TOC, en centrant les thérapies sur les symptômes, les répétitions et les croyances erronées. En outre, la comorbidité dépressive fréquente [61] bénéficie de ce type d'approche thérapeutique.

TROUBLES DYSMORPHIQUES ET RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES

Une étude comparant la clomipramine, antidépresseur sérotoninergique et noradrénergique, versus la désipramine, antidépresseur noradrénergique, chez 29 patients randomisés, montre la supériorité de la clomipramine sur les préoccupations obsessionnelles, les comportements répétitifs, l'impression clinique globale. Cette efficacité thérapeutique est indépendante de la présence et de la gravité des troubles comorbides tels que les TOC, d'un état dépressif, d'une phobie sociale mais aussi elle est indépendante de l'existence ou non d'un *insight*, c'est-à-dire de la conscience ou non du trouble [39], notion qui reste imprécise dans la catégorie « peur d'une dysmorphie corporelle » du DSM IV.

Si les données quantitatives ont l'intérêt de mettre en exergue l'importance des troubles comorbides et l'effet bénéfique de certains antidépresseurs comme des approches cognitivocomportementales, il faut garder à l'esprit que l'abord psychothérapeutique s'adresse aussi à un patient singulier, souffrant d'une perturbation du sentiment esthétique de l'image de soi qui mérite une approche individualisée.

Conclusion

Les troubles de l'apparence, qu'ils soient qualifiés, selon les classifications ou les études de dysmorphophobie, de « peur de dysmorphie corporelle », regroupent des patients hétérogènes dont la symptomatologie évolue dans le temps. Ils souffrent tous d'une perturbation du sentiment esthétique de l'image de soi qui nous fait proposer le terme unificateur de dysmorphesthésie.

Ce trouble, de gravité variable, est fonction du degré d'adhésion du patient à la disgrâce qu'il allègue. Le degré de certitude est corrélé habituellement au niveau de sévérité du retentissement social. Le trouble s'exprime le plus souvent par des préoccupations d'allure obsessionnelle prévalente ou par des comportements de type phobie sociale et des conduites d'évitement handicapantes.

Une personnalité « sensitive » est retrouvée chez les patients demandant avec insistance un geste chirurgical. Toutefois, tant que la prise en charge thérapeutique n'aboutit pas à une élaboration des difficultés du patient pour qu'il admette qu'il peut être accepté avec son apparence actuelle, l'intervention n'apportant qu'une satisfaction de surcroît, le travail psychique est encore insuffisamment avancé et est à poursuivre.

Les dysmorphesthésies délirantes, d'emblée ou secondaires, sont plus rares.

Quelle que soit l'expression de la pathologie, elle implique d'envisager une double prise en charge psychothérapeutique, indispensable, et médicamenteuse, souvent nécessaire, dominée par les antidépresseurs sérotoninergiques prévalents ou à dimension sérotoninergique.

Références

- [1] Ajuriaguerra J. L'enfant et son corps. *Inf Psychiatr* 1971 ; 5 : 26-36
- [2] Alby JM, Mallat CF, Morel Fatio D. De quelques aspects du syndrome dysmorphophobique particulièrement en rapport avec la chirurgie plastique. *Confront Psychiatr* 1969 ; 4 : 27-48
- [3] Alby JM, Ferreri M. Le psychiatre à l'hôpital général. *Psychol Méd* 1979 ; 11 : 1349-1353
- [4] Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia symptom of disease? *Am J Psychiatry* 1977 ; 134 : 673-676
- [5] Anzieu D. Le Moi-Peau. Paris : Bordas, 1985
- [6] APA American psychiatric association DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 1996 : 1-1056
- [7] Bick E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoce (1968). In : Exploration dans le monde de l'autisme. Paris : Payot, 1980
- [8] Bion WR. Elements of psychoanalysis. London : Heinemann, 1963
- [9] Boulanger JB, Baileguier G. Les étapes de la reconnaissance de soi devant le miroir. *Enfance* 1967 ; 2 : 91-116
- [10] Bowlby J. Attachement et perte. 2 vol. Paris : PUF, 1978
- [11] CIM10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Description, cliniques et directives pour le diagnostic. Paris-Genève : Masson-OMS, 1993
- [12] Connolly FH, Gipson M. Dysmorphophobia. A long-term study. *Br J Psychiatry* 1978 ; 132 : 568-570
- [13] Corbella T, Rossi L. La dysmorphophobie, ses aspects cliniques et nosographiques. *Acta Neurol Psychiatr Belg* 1967 ; 9 : 690-699
- [14] Corraze J. Image spéculaire du corps. Toulouse : Privat, 1980
- [15] Crisp AH. Dysmorphophobia and the search for cosmetic surgery. *Br Med J* 1981 ; 282 : 1099-1100
- [16] Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc* 2000 ; 6 : 673-681
- [17] Dietrich H. Dysmorphophobia. *Arch Psychiatry Nerv* 1962 ; 203 : 511-518
- [18] Edgerton MT, Webb WL, Slaughter R, Meyer E. Surgical results and psychosocial changes following rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1964 ; 33 : 503-522
- [19] Faure H. Investissement délirant de l'image de soi. *Évol Psychiatr* 1956 ; 3 : 545-578
- [20] Fedida P. Psychanalyse et chirurgie plastique. *Ann Chir Plast Esthét* 1986 ; 31 : 393-397
- [21] Ferreri M. Être et paraître : La dysmorphophobie. *Psychiatrie Méd* 1983 ; 2 : 19-27
- [22] Ferreri M. Le dysmorphophobique et son corps. *Psychiatrie Prat Méd* 1984 ; 8 : 5-7
- [23] Ferreri M. De l'apparence aux dysmorphesthésies. In : Haroche M éd. Psychiatrie et philosophie. Paris : Plon, 1990 : 69-114
- [24] Ferreri M, Godefroy M, Mirabel V, Alby JM. Les dysmorphophobies. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-146-A-10, 1990 : 1-10
- [25] Ferreri M, Godefroy M, Slama F, Nuss PH. Identité esthétique et dysmorphesthésie. *Confront Psychiatr* 1998 ; 39 : 301-321
- [26] Freud S. Pour introduire le narcissisme. In : La vie sexuelle (1914). Paris : PUF, 1973
- [27] Freud S. Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905). Paris : Gallimard, 1962
- [28] Freud S. Le Moi et le Ça : essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1980 : 177-195
- [29] Godefroy M. La demande de chirurgie plastique et reconstructrice du nez. Implications et conséquences. *Psychol Méd* 1975 ; 7 : 1195-1416
- [30] Godefroy M. À propos de la chirurgie plastique et correctrice : demande apparente et structure mentale. *Psychol Méd* 1977 ; 9 : 1505-1510
- [31] Godefroy M. Service rendu en chirurgie plastique. *Psychiatrie Méd* 1985 ; 5 : 6-9
- [32] Godefroy M, Ferreri M, Alby JM. Demande de chirurgie esthétique et symptôme hystérique. *Psy Fr* 1988 ; (n°spécial) : 93-95
- [33] Godefroy M, Ferreri M, Alby JM. Chirurgie plastique et esthétique. In : Porot Méd. Psychologie des maladies. Paris : Masson, 1989 : 86-89
- [34] Grignon JL. La chirurgie esthétique. Paris : Laffont, 1977
- [35] Hay GG. Dysmorphophobia. *Br J Psychiatry* 1970 ; 116 : 399-406
- [36] Husserl E. Méditations cartésiennes (1930). Paris : Vrin, 1963 : 1-136
- [37] Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder in psychiatry. Washington DC : American Psychiatric Press, 1995
- [38] Hollander E, Phillips KA. Body image and experience disorders: body dysmorphic and depersonalization disorders. In : Hollander E ed. Obsessive-compulsive-related disorders. Washington DC : American Psychiatric Press, 1993
- [39] Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 1033-1039
- [40] ICD10 (CIM 10). Classification internationale des maladies mentales. Genève : OMS, 1993
- [41] Insel TR, Askiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 1527-1533
- [42] Janet P. Les obsessions et la psychasthénie. Paris : Alcan, 1903
- [43] Kohler W. Psychologie de la forme (1929). Paris : Gallimard, 1972 : 1-373
- [44] Kraepelin E. Traité de psychiatrie (1899). Paris : Seuil, 1980
- [45] Lacan J. Le stade du miroir comme formation de la fonction Je. *Rev Fr Psychanal* 1966 ; 93-100
- [46] Lemperiere T. Les dysmorphophobies. In : Les nouveaux aspects de la psychiatrie. Paris : Roche, 1977 : 39-45
- [47] Logre BJ. L'hypocondrie esthétique. In : Psychiatrie clinique. Paris : PUF, 1961
- [48] Lorenz K. Évolution et modification du comportement. L'inné et l'acquis. Paris : Payot, 1970
- [49] Mac Gregor FC. Patient dissatisfaction with results of technically satisfactory surgery. *Aesthetic Plast Surg* 1981 ; 5 : 27-32
- [50] McKay D. Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behav Modif* 1999 ; 23 : 620-629
- [51] Maisonneuve A, Bruchon-Schweitzer M. Modèles du corps et psychologie esthétique. Paris : PUF, 1981 : 1-206
- [52] Marks IM. Cure and care of neurosis: theory and practice of behavioral psychotherapy. New York : John Wiley, 1980
- [53] Michaux L. Les phobies. Paris : Hachette, 1968
- [54] Morel-Fatio D. Problèmes psychologiques et morphologiques de la chirurgie de la face. *Ann Otolaryngol* 1961 ; 78 : 658-669
- [55] Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Boll Accad Med Genova* 1891 ; 6 : 110-119
- [56] Munro A, Chmara J. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: a diagnostic checklist based on 50 cases of the disorder. *Can J Psychiatry* 1982 ; 27 : 374-376
- [57] Nicoletis C. Chirurgie des disgrâces corporelles. In : Approche psychosomatique de la pratique médicale et chirurgicale. Toulouse : Privat, 1975 : 265-268
- [58] Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 1138-1149
- [59] Phillips KA. Body dysmorphic disorder: diagnostic and treatment of imagined ugliness. *J Clin Psychiatry* 1996 ; 57 (suppl 8) : 61-65
- [60] Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *Psychiatric Times* 1996 ; XIII : 25-28
- [61] Phillips KA. Body dysmorphic disorder and depression: theoretical considerations and treatment strategies. *Psychiatr Q* 1999 ; 70 : 313-331
- [62] Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2000 ; 188 : 170-175
- [63] Phillips KA, McElroy SL. Obsessive-compulsive disorder in relation to body dysmorphic disorder. (letter). Reply to J Tanquary. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 : 1284
- [64] Phillips KA, McElroy SL, Keck PE. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 302-308
- [65] Pitres A, Regis E. Les obsessions et les impulsions. Paris : Doin, 1902 : 1-402
- [66] Rabe-Jablonska Jolanta J, Sobow Tomasz M. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *Eur Psychiatry* 2000 ; 15 : 302-305
- [67] Schilder P. L'image du corps (1935). Paris : Gallimard, 1968
- [68] Sivadon P, FernandezZoila A. Corps en thérapeutique. Paris : PUF, 1988
- [69] Stern RS, Cobb JP. Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1978 ; 132 : 233-239
- [70] Tatossian A. Phénoménologie du corps. In : Corps en psychiatrie. Paris : Masson, 1982
- [71] Thomas CS. Dysmorphophobia: a question of definition. *Br J Psychiatry* 1984 ; 144 : 513-516
- [72] Thoret Y, Godefroy M. Satisfaction esthétique et psychiatrie. *Évol Psychiatr* 1987 ; 52 : 147-161
- [73] Turner SM, Jacob RG, Morrison R. Somatoform and factitious disorders in comprehensive. In : Adams HE, Suther PB eds. Handbook of psychopathology. New York : Plenum press, 1984 : 307-345
- [74] Vallat JN, Léger JM, Destruhaut J. Dysmorphophobie. Syndrome ou symptôme ? *Ann Méd Psychol* 1971 ; 2 : 45-66
- [75] Vitiello B, DeLeon J. Dysmorphophobia mid-diagnosed as obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics* 1990 ; 31 : 220-222
- [76] Wallon H. Comment se développe chez l'enfant la notion de corps propre. *Enfance* 1963 ; 2 : 12-15
- [77] Wallon H, Lurcat L. Espace postural et espace environnemental. *Enfance* 1962 ; 1 : 1-33
- [78] Wilhelm S, Otto MW, Lohr B, Deckersbach T. Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: a case series. *Behav Res Ther* 1999 ; 37 : 71-75
- [79] Winnicott DW. Le corps et le self. *Nouv Rev Psychanal* 1971 ; 2 : 37-48
- [80] Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1978
- [81] Zazzo R. Image spéculaire et conscience de soi. In : Psychologie expérimentale et comparée. Paris : PUF, 1977 : 325-333