

LA PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE

ANNIE TAILLON, B.SC., ÉTUDIANTE M.SC. PSYCHOLOGIE

Qu'est-ce que c'est?

La peur d'une dysmorphie corporelle (PDC) est une préoccupation concernant un défaut de l'apparence physique. Ce défaut peut être imaginaire, et si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée. N'importe quelle partie du corps peut être l'objet de la préoccupation, mais les plaintes concernent généralement les imperfections du visage ou de la tête, plus particulièrement la peau, les cheveux, ou le nez. Par exemple, l'individu peut avoir l'impression que sa peau a une couleur anormale, ou encore que son nez est absolument affreux. La préoccupation peut aussi concerner le corps en entier, la personne se considérant trop petite ou insuffisamment musclée. Cette forme particulière du trouble porte le nom de « dysmorphie musculaire ». Sauf pour de rares exceptions, la perception du défaut n'est pas partagée par les membres de l'entourage de l'individu.

Au tout début des années 1800, les médecins allemands appelaient cette condition « hypocondrie de la beauté » - la honte secrète de ne pas être séduisant. C'est en 1891 que le psychiatre italien Enrique Morselli a introduit le terme de « dysmorphophobie » en s'inspirant du

terme grec *dysmorphophobia*, qui signifie « peur de la laideur ». Morselli décrivait à l'époque plusieurs des symptômes qui sont encore aujourd'hui considérés comme des éléments du trouble, comme les idées surévaluées et les comportements compulsifs. Ce n'est que depuis 1987, avec la publication du DSM-III-R, que le trouble porte le nom de « peur d'une dysmorphie corporelle ».

La PDC est aujourd'hui classée dans la catégorie des troubles somatoformes du DSM-IV-TR. Il existe également une forme délirante du trouble, celle-ci étant classifiée dans la catégorie des troubles psychotiques (trouble délirant, type somatique). Les experts dans le domaine postulent toutefois que les deux variantes (non délirante et délirante) reflètent en réalité un seul et même trouble, sur un continuum d'insight. Malgré la classification actuelle du trouble dans la catégorie des troubles somatoformes, des études récentes suggèrent que la PDC devrait être considérée comme faisant partie du spectre obsessionnel-compulsif (OC), puisque sa présentation clinique, notamment au niveau de la présence d'obsessions et de compulsions, des caractéristiques démographiques, de l'histoire familiale et

de la réponse au traitement, est très similaire à celle du TOC.

La PDC affecte autant les hommes que les femmes, et apparaît généralement à l'adolescence. La plupart des personnes atteintes souffrent d'au moins un autre trouble de l'axe 1, les plus fréquents étant la dépression majeure, la phobie sociale, le TOC et l'abus de substance. La prévalence du trouble est estimée à environ 1% dans la population générale, alors qu'elle serait d'environ 10% chez les gens ayant recours à des traitements dermatologiques et d'environ 13% chez ceux ayant recours à la chirurgie esthétique.

Symptômes

La plupart des gens atteints de PDC ressentent une souffrance intense à cause de leur difformité présumée. Le trouble est d'ailleurs associé à des niveaux élevés de stress perçu, d'hospitalisations, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide (25%). Les personnes atteintes de PDC passent souvent plusieurs heures par jour à penser à leur « défaut », au point que ces pensées peuvent dominer leur existence. Les idées de référence en rapport avec le défaut imaginaire sont fréquentes, c'est-à-dire que les gens croient souvent que les personnes autour d'eux remarquent leur

défaut, ou bien qu'ils en parlent ou s'en moquent. Le sentiment de honte semble très courant chez les personnes atteintes de PDC. En plus d'avoir honte de leur apparence, ils se sentent souvent égoïstes de se préoccuper à ce point de choses aussi « banales ». Ils ont donc honte d'avoir honte.

Les comportements répétitifs ainsi que les comportements d'évitement sont également chose courante. Notons par exemple la tendance à se regarder dans des surfaces réfléchissantes, à chercher constamment de la réassurance chez son entourage, à camoufler le défaut à l'aide de vêtements ou de produits cosmétiques, à éviter les situations sociales ou de performance, ainsi qu'à gratter sa peau de façon compulsive. Finalement, il n'est pas rare que les gens atteints du trouble entreprennent des démarches dans des cliniques de chirurgie esthétique. Or, ce genre de traitement n'a souvent aucun impact sur la condition de la personne, et dans certains cas il peut même entraîner une aggravation du problème.

Diagnostic

Il est rare que les gens consultent un thérapeute spécifiquement en raison de symptômes de PDC. Lorsqu'ils décident d'entreprendre un traitement psychologique, ils le font souvent pour régler un autre trouble dont ils souffrent, comme le TOC ou encore la dépression. La PDC est d'ailleurs souvent confondue avec d'autres troubles qui partagent avec elle certaines similarités. Une personne atteinte

de PDC qui refuse de sortir de chez elle en raison de son apparence physique pourrait par exemple recevoir un diagnostic de phobie sociale. Puisque la PDC se présente souvent en comorbidité avec les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, les cliniciens spécialisés dans le traitement de ces problématiques auraient particulièrement avantage à évaluer la présence de PDC chez leurs patients.

Différents outils de mesure, tels que le *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ), le *Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module*, le *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE) et le *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for BDD* (BDD-YBOCS), peuvent aider les cliniciens à évaluer la présence ou encore la sévérité de PDC chez leurs clients. La *Overvalued Ideas Scale* (OVIS), ainsi que des mesures d'anxiété et de dépression, peuvent également s'avérer utiles.

Trattement

Le traitement de la PDC est en général basé sur les approches de traitement du TOC.

Dans l'ensemble, les études démontrent que l'exposition avec prévention de la réponse (*in vivo* ou en imagination), est

Bien que connue depuis plus d'une centaine d'années, la peur d'une dysmorphie corporelle demeure encore aujourd'hui un phénomène relativement peu étudié

efficace. On peut par exemple proposer à une cliente qui utilise des produits cosmétiques de façon exagérée pour camoufler ses défauts présumés de cesser d'utiliser exagérément de tels produits, et ce dans des situations à risque d'anxiété de

plus en plus élevé. Des études concluent également à l'efficacité de la thérapie cognitive, ainsi qu'à la combinaison de la thérapie comportementale et cognitive. Il semblerait toutefois que les individus avec faible insight seraient plus résistants au traitement par thérapie comportementale traditionnelle. Dans de tels cas, une thérapie cognitive axée sur la diminution des doutes obsessionnels et des erreurs de raisonnement serait vraisemblablement bénéfique. Finalement, comme c'est le cas pour le TOC, l'implication des membres de la famille ou des amis proches peut accélérer les progrès thérapeutiques du client.

Des études pharmacologiques ont démontré l'efficacité d'antidépresseurs de nouvelle génération appelés « inhibiteurs sélectifs à recapture de sérotonine » (ISRS) dans le traitement de la PDC. Les résultats les plus concluants ont été obtenus avec l'escitalopram (Lexapro) et le citalopram (Celexa), mais des études plus poussées sont nécessaires pour appuyer ces informations.

L'amélioration de la condition des clients traités avec les ISRS se traduit habituellement par une baisse de la préoccupation concernant le défaut

présupposé, ainsi que par une augmentation de la capacité à résister et à contrôler les pensées et les comportements associés au trouble (ex. : idées de référence, camouflage). La souffrance associée au trouble a tendance à diminuer, alors que le

fonctionnement général et la qualité de vie se voient plutôt améliorés. À noter que les antidépresseurs traditionnels ne sont pas considérés comme étant efficaces dans le traitement de la PDC.

Bien que connue depuis plus d'une centaine d'années, la peur d'une dysmorphie corporelle demeure encore aujourd'hui un phénomène relativement

peu étudié, si on le compare à d'autres troubles de l'image corporelle ou du spectre OC qui reçoivent beaucoup d'attention dans la littérature scientifique, comme par exemple l'anorexie nerveuse ou la trichotillomanie. Considérant le niveau de souffrance intense généralement associé à la PDC, ainsi que la faible motivation à entreprendre et à poursuivre une thérapie des gens qui en sont atteints, de plus

amples recherches dans le domaine sont souhaitables. L'éducation et la sensibilisation des différents spécialistes susceptibles d'être sollicités par des gens atteints (psychiatres, psychologues, chirurgiens plasticiens, dermatologues) est également nécessaire à l'amélioration des diagnostics et des traitements proposés.