



HAL
open science

La question de la dysmorphophobie dans l'anorexie mentale à l'adolescence : de l'enjeu diagnostique aux implications thérapeutiques

Éléonor O'Boyle

► **To cite this version:**

Éléonor O'Boyle. La question de la dysmorphophobie dans l'anorexie mentale à l'adolescence : de l'enjeu diagnostique aux implications thérapeutiques. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01226891

HAL Id: dumas-01226891

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01226891>

Submitted on 10 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2014

**THESE POUR LE DOCTORAT EN
MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

O'BOYLE Eleanor

Née le 16 avril 1986 à Strasbourg

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 SEPTEMBRE 2015

La question de la dysmorphophobie dans l'anorexie mentale à
l'adolescence : de l'enjeu diagnostique aux implications
thérapeutiques.

PRESIDENTE DE JURY : PROFESSEUR Priscille GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : DOCTEUR Marc-Antoine PODLIPSKI

Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)

Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (phar)

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)

Neurophysiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Remerciements

Aux membres du Jury :

A Madame le Professeur Priscille GERARDIN,

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse.

Pour votre implication et votre dynamisme dans l'encadrement et la formation des internes.

Pour votre grande disponibilité et votre aide précieuse pour l'obtention de mon futur poste.

Pour votre écoute attentive et l'énergie employée pour améliorer notre enseignement.

Pour votre bonne humeur communicative en stage.

Veillez trouver ici l'expression de mon admiration et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Isabelle AUQUIT-AUCKBUR,

Pour avoir accepté de juger cette thèse.

Pour m'avoir reçu en entretien et pour vous être montrée intéressée et disponible.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Eric MALLET,

Pour votre disponibilité et pour avoir accepté de juger cette thèse.

Pour votre engagement auprès des enfants malades.

Votre dévouement et votre générosité, notamment au sein de la fondation Charles Nicolle, inspirent le futur médecin que j'aspire à être.

Veillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marc-Antoine PODLIPSKI,

Pour avoir encadré chaleureusement cette thèse.

Pour ta disponibilité, ton dynamisme et ton optimisme tout au long de ce travail.

Pour ton enseignement et tous tes précieux conseils que ce soit au sein du stage ou pour ce travail de thèse.

Pour me faire l'honneur de ta confiance et m'offrir la possibilité de m'améliorer et d'évoluer professionnellement.

Pour m'avoir soutenu et conseillé lors de mes recherches de poste.

A Madame le Docteur Claire GEORGIN,

Pour avoir co-dirigé ce travail de thèse.

Pour tes précieux conseils, ton énergie communicative et ta pédagogie lors de mon stage au sein de l'unité.

Pour m'avoir transmis ta passion et ton savoir.

Tu as confirmé mon attrait pour la pédo-psychiatrie et je t'en remercie.

Aux membres des services, médecins et personnels paramédicaux, qui m'ont accueilli pendant mon internat :

A Michel Plusquellec pour vos précieux conseils concernant ce travail,

Aux équipes du CMP d'Yvetot dont Marianne et Elodie, pour vos recommandations de lecture,

Aux équipes de thérapie familiale : Docteur Festa, Docteur Galmel et Sylvie Carré pour votre gentillesse et vos conseils avisés.

Merci aussi à tous ceux qui ont participé à ma formation : aux Docteur Guilin, Docteur Ducreux, Docteur Baguet, Docteur Wiela, Docteur Coulaud Navarre, Docteur, Docteur Gayet, Docteur Tillaux, Docteur Verna, Docteur Vitte, Docteur Sarazin, Docteur Carteillier.

Pour m'avoir transmis vos connaissances et votre passion.

A mes proches :

A mes parents, pour votre amour, votre soutien et votre générosité. Pour avoir toujours cru en moi, et m'avoir soutenu tout au long de ces études. Vous êtes mes modèles et je suis très fière de vous.

A mes frères et sœurs, Claire, Michael, Aicha, Anna, Niall, Lisa, pour votre amour, votre soutien et vos encouragements.

A toi Thomas, pour ton amour, ton intelligence, ton aide, ta patience, et tes prouesses informatiques.

Merci pour tout ce que tu fais pour moi, et pour ton soutien inconditionnel.

Tu as été mon inspiration et mon moteur me permettant de m'améliorer et d'avancer personnellement et professionnellement.

Merci d'être toi et d'être là pour moi.

A ma belle-famille, Marie-Christine, Thibaut, Julia, Coline, Isabelle, Hervé, Emilie, pour m'avoir chaleureusement accueilli au sein de votre famille, pour vous intéresser à mon travail, pour votre présence lors de la soutenance, et pour votre soutien tout au long de ces années.

A mes Ami(e)s : Marie, Guillaume, Lolo, Poupou, Claire, Anaëlle, Hélène, Vy, Elodie, Laure, Chloé, Sylvia, Marianne, Christina et Mihai, pour votre amitié précieuse et pour avoir toujours été à mes côtés.

A Nicolaï Feuillard pour son aide précieuse pour les illustrations.

Merci à vous tous y compris ceux que j'ai oublié de citer, pour avoir cru en moi et m'avoir épaulé tout au long de mes études.

Liste des abréviations

BDD : *Body Dysmorphic Disorder*

PDC : Peur d'une dysmorphie corporelle

DSM-III-TR : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3th edition, text revision*

DSM-IV-TR : *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th edition, text revision*

DSM-V : *diagnostic and statistical manual of mental disorder, 5th edition*

CIM-10 : classification internationale des maladies, 10^{ème} version

TCA : Trouble du comportement alimentaire

CHU : centre hospitalier universitaire

AM : anorexie mentale

ACT : *acceptance and commitment therapy*

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

SC : schéma corporel

IDC : image du corps

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TOC : trouble-obsessionnel compulsif

EBA : extrastriate body area

FBA : fusiform body area

FFA : fusiform face area

IRM : imagerie par résonance magnétique

IBT : *interference based therapy*

IRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine

ISRS : inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine

Contenu

INTRODUCTION.....	5
LE TROUBLE DYSMORPHOPHOBIQUE (<i>BDD body dysmorphic disorder</i>)	7
I. DEFINITION	7
II. EVOLUTION NOSOGRAPHIQUE HISTORIQUE DU CONCEPT DE DYSMORPHOPHOBIE	7
A. La Dysmorphophobie symptôme ou syndrome ?	7
B. La dysmorphophobie, une fausse phobie ?	8
III. CLINIQUE	14
A. Critères diagnostiques	14
B. Séméiologie.....	16
IV. EPIDEMIOLOGIE	20
A. Prévalence	20
B. Evolution.....	21
V. ETIOPATHOGENIE	23
A. Modèle biologique	23
B. Modèle social	24
C. Modèles psychopathologiques	29
VI. PRISE EN CHARGE.....	37
A. Le traitement médical psychiatrique	37
B. La psychothérapie cognitivo-comportementale	38
C. Traitement non psychiatrique : recours à la chirurgie.....	39
D. Dépistage et recommandation	42
L'ANOREXIE MENTALE.....	46
I. HISTORIQUE	46
A. Introduction : de la mythologie aux premières descriptions cliniques maladie.....	46
B. Les premières descriptions cliniques	47

C.	Evolution des conceptions étiologiques.....	48
II.	CLINIQUE	50
A.	Critères diagnostiques.....	50
B.	Séméiologie.....	53
III.	EPIDEMIOLOGIE	61
A.	Sexe et âge	61
B.	Critères socio-démographiques.....	62
C.	Prévalence	62
D.	Incidence	63
E.	Morbidités	63
F.	Mortalité.....	65
IV.	ETIOPATHOGENIE	66
A.	Modèle socio-culturel	66
B.	Modèle Biologique.....	67
C.	Modèles psycho-pathologiques.....	68
V.	PRISE EN CHARGE.....	80
A.	Prise en charge en ambulatoire	80
B.	Hospitalisation	80
C.	Psychothérapie	83
D.	Les traitements médicaux.....	87
E.	Description du dispositif rouennais de soins à l'attention des adolescentes anorexiques.....	88
LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS, CONSTRUCTION DANS L'ENFANCE ET REMANIEMENT A L'ADOLESCENCE.....		91
I.	LE SCHEMA CORPOREL	91
A.	Définition	91
B.	La taxonomie dyadique : schéma corporel et image du corps	91
C.	La taxonomie triadique	92

D.	Les corrélats neuronaux	93
II.	L'IMAGE DU CORPS	94
A.	L'image du corps des psychanalystes	94
B.	L'image du corps vu par les psychomotriciens.....	108
C.	Vulnérabilité et insécurité interne	116
D.	Image du corps des cognitivistes	119
III.	ADOLESCENCE ET IMAGE DU CORPS	122
A.	Modifications physiques à l'adolescence.....	123
B.	Modifications psychiques à l'adolescence.....	124
C.	Les moyens d'appropriation du nouveau corps	127
D.	Mécanismes de défense : moyens de mise à distance du corps	128
DISCUSSION : DE L'ENJEU DIAGNOSTIQUE AUX IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES DE LA DYSMORPHOPHOBIE DANS L'ANOREXIE MENTALE		132
I.	COMPARAISON DIAGNOSTIC ET CLINIQUE DES DEUX PATHOLOGIES ...	132
A.	Comparaison des critères diagnostiques	132
B.	Comparaison des caractéristiques démographiques.....	133
C.	Comparaison clinique	134
D.	Comorbidité	140
E.	Aspect cognitif et traits de personnalité.....	141
II.	IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES	145
A.	Le traitement pharmacologique	145
B.	Traitement de l'image du corps dans l'anorexie inspiré des théories sur l'image du corps et du BDD.....	146
ILLUSTRATION CLINIQUE		175
I.	ANAMNESE.....	175
II.	ANTECEDENTS MEDICAUX.....	175
III.	BIOGRAPHIE	176

A.	La Mère	176
B.	Le Père	176
C.	La Sœur	177
IV.	CLINIQUE	177
V.	DISCUSSION ET HYPOTHESE	178
A.	Enjeu diagnostique de la dysmorphophobie	178
B.	Hypothèses psychopathologiques sur les troubles de l'image du corps et le rôle des préoccupations corporelles	179
C.	La question de la psychose et le corps contenant.....	181
D.	Les implications thérapeutiques.....	182
	CONCLUSION	184
	BIBLIOGRAPHIE	186

INTRODUCTION

L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique grave affectant le plus souvent des jeunes filles adolescentes. Elle constitue un problème majeur de santé publique dans les pays occidentaux.

La problématique centrale est un trouble de l'image du corps ou dysmorphophobie entraînant une insatisfaction corporelle à l'origine de régimes drastiques chez ces jeunes filles. Cette restriction volontaire peut avoir bien des conséquences sur le pronostic vital de ces jeunes adolescentes du fait des complications somatiques engendrées et des comorbidités psychiatriques associées. En plus d'être à l'origine d'une restriction calorique extrême, la dysmorphophobie et la peur intense de prendre du poids constituent un facteur de mauvais pronostic. Comment comprendre un tel phénomène et surtout comment y remédier afin d'améliorer le devenir de ces patientes ?

Afin d'optimiser les soins, il paraît indispensable d'accorder une attention toute particulière au trouble de la représentation du corps tant sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique. Il s'agira de pouvoir développer un travail axé sur le corps et penser la relation corps psychisme tout au long de la prise en charge. Aussi, ce travail permettrait également d'accompagner les patientes lors de la reprise pondérale.

Si les travaux sur la représentation du corps chez l'anorexique sont nombreux dans les domaines de la neuropsychologie et la psychologie cognitive, ceux s'intéressant à la psychopathologie sont plus rares. Dans ce contexte, ce travail de thèse n'a pour ambition que de tenter d'appréhender un peu mieux les mécanismes sous-tendant ces distorsions corporelles en proposant un regard psychopathologique.

Pour cela, nous avons effectué une revue de la littérature à partir d'articles tirés des bases de données Pubmed, Science-direct, Cairn sans limite sur la période définie. Nous nous sommes également inspirés d'ouvrage de référence sur l'anorexie mentale et « *le body dysmorphic disorder* ».

La structuration de la thèse s'est faite en trois temps : dans un premier temps nous avons voulu faire le point, sur le symptôme dysmorphophobique devenu au fil du temps un syndrome individualisé dénommé le « *body dysmorphic disorder* », ainsi que sur l'anorexie

mentale en reprenant les généralités en terme d'épidémiologie, de clinique, d'étiopathogénie, et de prise en charge.

Dans un deuxième temps nous avons abordé la question du corps et de sa construction brièvement d'un point de vue neurologique avec le schéma corporel, et selon une approche psychopathologique avec l'image du corps. Nous avons ensuite explicité les différents remaniements tant psychiques que physique en jeu à l'adolescence, pouvant faire de cette période une période privilégié de décompensation d'une problématique corporelle dont les sous- bassements remontent à l'enfance.

Enfin, dans un troisième temps nous avons confronté les deux pathologies afin de s'interroger sur la question de la dysmorphophobie dans l'anorexie mentale. Dysmorphophobie qui renvoie à deux pathologies différentes en terme de nosographie mais se ressemblant sur de nombreux points. Faut-il les considérer comme une et même pathologie ? Que peut apporter la connaissance du « *Body Dysmorphic Disorder* » ? Le terme dysmorphophobie est il approprié ? Nous verrons que se poser de telles questions incite à éclairer la psychopathologie à l'origine de ces troubles et permet d'ouvrir sur des perspectives cliniques et thérapeutiques que nous avons décrites puis illustré à l'aide d'un cas clinique.

Les illustrations placées à certains endroits précis dans la thèse, ont été choisies en concertation avec un diplômé en histoire de l'art avec pour objectif de donner « corps » à cette thèse en mettant en avant quelques œuvres majeures symptomatique de la perception de l'image du corps chez les artistes.

LE TROUBLE DYSMORPHOPHOBIQUE

(BDD body dysmorphic disorder)

I. DEFINITION

Le mot dysmorphophobie est dérivé du grec « *dysmorfia* » qui signifie anomalie de la forme du corps. Dysmorphophobie signifie donc « phobie de la difformité ou de la laideur ». Le terme « *dysmorfia* » est apparu pour la première fois dans « *histoires d’Hérodote* » et fait référence au mythe « de la plus laide fille dans Sparte », qui, touchée par la main d’une déesse devint plus tard la plus belle des femmes de la ville dont elle épousa le roi Ariston. (1)(2). Le « *body dysmorphic disorder* » (BDD), a remplacé le terme ancien dysmorphophobie et se caractérise par une préoccupation anxieuse concernant un défaut physique, imaginaire ou très léger, disproportionnée d’avec son objet et responsable d’une souffrance ou d’un handicap significatifs. C’est un trouble mental depuis la quatrième édition du « *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* » (DSM). La traduction française officielle « Peur d’une dysmorphie corporelle » (PDC) peut prêter à confusion car les patients atteints de BDD ne craignent pas d’avoir un défaut corporel mais en sont convaincus. Le cœur de la pathologie est la **préoccupation, et non la peur** concernant le présumé défaut (3). On le définit aussi par « un trouble du sentiment esthétique de l’image de soi » (4).

II. EVOLUTION NOSOGRAPHIQUE HISTORIQUE DU CONCEPT DE DYSMORPHOPHOBIE

A. La Dysmorphophobie symptôme ou syndrome ?

Le tableau 1 résume les principales évolutions du concept de dysmorphophobie. La dysmorphophobie était, jusqu’à la fin des années 1980, un syndrome mal défini, sans traitement reconnu. Le terme a ensuite été remplacé par « *Body dysmorphic disorder* » traduit par « peur d’une dysmorphie corporelle » en Français, qui représente aujourd’hui une maladie à part entière, et bien définie (5).

La dysmorphophobie a été décrite pour la première fois en 1871 par Enrico Morselli. Elle a fait son apparition plusieurs fois dans la littérature psychiatrique européenne, mais avec de grandes divergences sur sa signification pathologique.

En effet, après être longtemps rattachée à la névrose, la catégorie nosographique à laquelle appartient la dysmorphophobie fait ensuite l'objet de nombreux débats. Certains réfutent la théorie de la névrose, et la considèrent ensuite comme une maladie délirante. Si elle peut appartenir à des registres aussi différents que celui de l'obsession, la schizophrénie, l'hypochondrie délirante, elle ne peut donc être une maladie en soi. Il ne peut s'agir que d'un syndrome sans identité propre. C'est pourquoi, elle a longtemps été privée du statut de maladie.

Il faudra attendre le début des années soixante pour que les premières études psychiatrico-chirurgicales remettent en cause sa classification et que les auteurs critiquent l'association de ce trouble à une catégorie particulière. Emerge alors l'idée que ce trouble est une entité indépendante, assignable à aucune catégorie psychiatrique (3)(6).

Dans cette lignée, les travaux d'Andreasen et Bardach en 1977, font évoluer la dysmorphophobie vers une entité autonome. Leur publication porte sur des cas observés en chirurgie esthétique présentant une dysmorphophobie. Ils concluent que des recherches supplémentaires doivent être faites afin de déterminer si le syndrome dysmorphophobique est un symptôme cachant une pathologie psychiatrique autre (schizophrénie, trouble obsessionnel) ou une pathologie à part entière avec une psychopathologie spécifique (7).

Munro, en 1980 considère la pathologie comme autonome, mais l'intègre dans le champ de la psychose. C'est Thomas, en 1984, qui l'individualise en la distinguant des syndromes dysmorphophobiques liés à d'autres pathologies psychiatriques (8). Ce point de vue est consacré par la troisième édition révisée du DSM (DSM-III-R) en 1987.

Par la suite, un nombre croissant de travaux, parmi lesquels il faut distinguer ceux de Katharine Phillips, dont le BDD est devenu le thème principal de recherche depuis sa première revue de la question en 1991, ont fait progresser de façon considérable la connaissance du BDD (9).

B. La dysmorphophobie, une fausse phobie ?

La dysmorphophobie a fait l'objet d'une autre grande polémique celle sur sa terminologie impliquant une appartenance à la famille des phobies. Or, les dysmorphophobies ne semblent pas relever du fonctionnement classique des phobies se caractérisant par une projection à l'extérieur de l'objet d'angoisse permettant des stratégies de fuite et d'évitement.

Le sujet dysmorphophobique ne situe pas hors de son corps l'objet phobogène mais se l'approprie, il chercherait à se fuir lui-même (4).

Suite à ces débats, certains auteurs ont proposé des alternatives. Ils proposeront les termes de « dysmorphoesthésie » (sentiment de difformité), « d'angoisse de dysmorphie » ou de « névrose dysmorphique ». Ces propositions ne seront pas retenues puisque c'est le terme « dysmorphophobie » qui est resté le terme de référence pour la littérature scientifique (4).

Année	Auteur	Catégorie nosographique associée	Définition/caractéristiques	Réf *
1891	Morselli (psychiatre italien)	Trouble névrotique Dysmorphophobie névrotique	<p>Manifestation à caractère obsessionnelle défini par « un sentiment subjectif de laideur ou défaut physique que le patient ressent notable pour les autres, alors que son apparence physique se situe dans les limites de la normale ».</p> <p>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.</p>	(4)
1892	Kaan	Trouble névrotique « Kontakt neurose »	Il souligne les sentiments de gêne en présence d'autrui et la qualifie de peur du ridicule en soulignant la honte en présence d'autrui.	(4)
1901	A.Pitres E.Régis, E.Kraepelin	Névrose obsessionnelle	Ils mentionnent le trouble dans leur ouvrage « les obsessions et les compulsions » et insistent sur la dimension compulsive	(10)
1903	Janet	Dysmorphophobie névrotique et ou délirante	La définit dans le chapitre « obsession et honte du corps » comme une crainte obsédante de laideur diffuse ou focalisée en un point du corps qui 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. La honte du corps peut être relative au corps tout entier ou se manifester en une foule de petits délires particuliers. Il peut y avoir une transition possible à d'autres manifestations obsessionnelles et phobiques, notamment la nosophobie, l'hyponcondrie, l'éreutophobie, la phobie sociale.	(4)

1915	Kraepelin (psychiatre allemand)	Névrose obsessionnelle non délirante	« 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.	(4)
1942	Korkina (psychiatre russe)	Trouble de type schizophrénique	L'auteur a décrit 41 cas de patients dysmorphophobiques ayant l'idée de la présence d'un défaut physique. Il ne précise pas l'intensité délirante de la préoccupation mais a retrouvé 35 schizophrènes parmi les 41 cas.	(2)
1962	Dietrich		Apparaît pour la première fois le concept de syndrome dysmorphophobique associant une idée prévalente de difformité, une crainte de causer un embarras esthétique. Le syndrome relève d'étiologies variées, mais prend racine le plus souvent dans une personnalité particulière qu'il qualifie de structure obsessionnelle aux tendances paranoïde.	(4)
1967	Corbella et Rossi	Entité nouvelle et autonome « aux confins de la névrose et de la psychose »		(4)
1967	Selvini	Psychose monosymptomatique « Paranoïa enkystée dans le corps »	les troubles psychopathologiques du vécu corporel comme l'anorexie mentale, l'hypochondrie et la dysmorphophobie seraient, selon cet auteur « l'expression directe de la relation affective soit libidinale, soit agressive avec l'objet incorporé dans ses mauvais aspects. »	(4)

1971	JN Vallat JM léger Lemperière	Délire hypochondriaque	Existence d'un véritable délire hypochondriaque particulier par sa focalisation sur une partie externe du corps.	(4)
1971	Tomkiewicz Finder Schönfeld (endocrinologue)	Symptôme banal et transitoire au moment de l'adolescence	Ils considèrent la dysmorphophobie comme le retentissement psychique de troubles morphologiques résultant de déviations minime par rapport à la courbe de croissance.	(11)
1971	Schachter Koupernik	Conviction délire de la dysmorphie rattachée à la psychose	Complexe de dysmorphie : « disgrâce corporelle concrète mais majorée, sinon considérablement survalorisée, vécue comme une souffrance morale, une humiliation psychique constante.» Délires de dysmorphie : « la disgrâce est, ou bien exclusivement perçue par le malade ou érigée en une défiguration monstrueuse pour ne pas dire incompatible avec la dignité humaine (...) Ces derniers patients contestent activement leur prétendue difformité par de multiples appels à des médecins ou des chirurgiens qui sont sollicités d'intervenir ou de réintervenir afin de corriger cette disgrâce qui mine leur vie entière. »	(12) (13)
1977	Andreasen(psychiatre) et Bardach(chirurgien esthétique)	Entité autonome Laideur imaginaire	à partir de six cas observés en chirurgie esthétique. Les auteurs concluaient que des recherches devaient être faites pour déterminer la place du syndrome dysmorphophobique dans la pathologie, ainsi que son évolution	(7)
1980	Munro	Hypocondrie délirante	La « psychose hypochondriaque monosymptomatique » ressemble aux psychoses obsessionnelles par leur peur de contaminer, d'incommoder ou d'appeurer les autres par un aspect dégoûtant de leur personne. Les patients possèdent une idée dysmorphique surévaluée qui évolue vers un délire de dysmorphose.	(14)

1986	Thomas	Trouble Somatoforme	distingue la « Body dysmorphic disorder », des autres troubles de l'image dysmorphophobiques associés à d'autres pathologies psychiatriques, consacré dans le DSM3R	(8)
1987-1992	V.Mirabel et Y.Thoret M.Godefroy	Paranoïa	« Le sujet présente une préoccupation morbide qu'il entraîne à apprécier de façon fausse et péjorative tout ou partie de son apparence corporelle. Il s'agit d'un avatar du sentiment esthétique, profondément pathologique, ou le sujet s'isole progressivement de son entourage, délirant sur celui-ci, accusant son aspect physique d'être responsable de ses divers échecs. »	(15)
1994	A.Birraux	Problématique fétichique	« L'adolescent pour parer à son insécurité, en appelle ainsi à des stratégies fétichiques pour se prémunir contre d'hypothétiques dangers. L'insécurité intérieure est moins liée à la crainte d'une castration « pour de vrai » qu'à l'évidence d'un effondrement du moi qui ne peut exister à distance du corps maternel. »	(16)
2004	Jeammet	Etat dépressif de l'adolescent	« La dysmorphophobie renvoie à un trouble des relations objectales précoces, à une perturbation de l'investissement du corps propre et à un défaut de l'organisation narcissique et de la régulation de l'estime de soi. Son devenir se fait au prix d'un passage dépressif où l'on retrouve à la fois la dimension objectale avec la culpabilité liée à l'intégration de l'ambivalence dans la configuration oedipienne et la dimension narcissique avec la honte et la dépréciation de l'estime de soi. »	(17)
	Hollander K.Philipps	Spectre des Tocs	Les individus présentant un BDD ont des obsessions suivies de compulsions se rapprochant de la symptomatologie du TOC. Aussi, les scores sur les échelles de TOC sont similaires pour ces deux types de patients.	(18)

Tableau 1 : Evolution des catégories nosographiques et des concepts historiques du BDD

III. CLINIQUE

A. Critères diagnostiques

Il existe deux classifications internationales utilisées dans la recherche et la pratique clinique : la classification internationale des maladies dans sa dixième version CIM10 et la classification psychiatrique officielle Nord-Américaine, « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* » (DSM). Cette dernière est la plus utilisée actuellement, même si la dernière version à savoir la 5^{ème} édition est parue en 2013 en version anglaise.

1. Classification DSM

a) DSM III-R (1987) et DSM-IV (1994)

Encore parue sous le terme « Dymorphophobie » et mentionnée comme « un trouble somatoforme atypique » dans la troisième version du DSM, elle est remplacée par l'appellation « *Body Dysmorphic Disorder* » traduite par « Peur d'une dysmorphie corporelle » dans la troisième version revisitée (DSM-III-R). Elle fait alors partie des troubles somatoformes qui ont des symptômes corporels pour manifestation principales. Dans le DSM-IV, la situation nosographique reste la même et les critères sont résumés dans le tableau 2 (19)(20).

b) DSM-IV-TR (2000)

Dans les anciens DSM, la continuité du trouble dans sa forme délirante et non délirante ne se pose pas. Ces classifications antérieures prévoient que l'on peut porter les deux diagnostics, celui de BDD et de trouble délirant de type somatique, dans les cas de BDD délirant. Le DSM-IV-TR revisite ces notions, et précise qu'un diagnostic additionnel de trouble délirant de type somatique, peut être posé quand le BDD est « d'intensité délirante » (20).

c) DSM-V (2013)

Le BDD apparaît dans la catégorie des troubles Obsessionnels-Compulsifs, avec l'existence de comportements compulsifs suite à des pensées obsédantes et répétitives concernant un défaut physique imaginaire. Aussi, le trouble englobe désormais la variante délirante puisqu'il faut préciser la sévérité du trouble par l'évaluation du niveau de conscience et la présence de croyance délirante. Le BDD non délirant et le BDD délirant deviennent avec cette classification, deux formes de sévérité différente, de la même pathologie. Enfin, le DSM-V distingue un autre sous type de BDD, le « *muscle dysmorphia* » que nous détaillerons plus loin (21).

Critères	DSM-IV (20)	DSM-V : modifications (21)
Critère A	Présence d'une ou de plusieurs préoccupation(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.	Pour être plus accepté par les patients, « les défauts perçus » remplacent « les défauts imaginaire ».
Critère B	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.	Ce critère est remplacé par la présence de comportements compulsifs répétés et excessifs en réponse aux préoccupations concernant l'apparence. En effet, la personne peut par exemple vérifier son apparence dans le miroir, rechercher une réassurance, bronzer pour foncer la peau, se mutiler la peau, ou s'auto-soigner (8). Les compulsions peuvent aussi prendre la forme d'actes mentaux consistant à comparer son apparence avec celle des autres.
Critère C	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).	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.
Critère D		Les préoccupations ne se limitent pas qu'au poids comme dans le trouble alimentaire compulsif.
Critères additionnels		Spécifier : <ul style="list-style-type: none"> • L'insight : est-il faible, modéré ou absent avec la présence d'une idée délirante ? • La présence d'un « <i>muscle dysmorphia</i> »

Tableau 2 : Tableau comparatif des DSM IV et V

2. Classification internationale des maladies : 10^{ème} version (CIM 10) (1993)

Dans la CIM 10, le BDD n'est pas individualisé. Il est encore évoqué sous le terme dysmorphophobie et classé parmi les **troubles hypocondriaques** (F.45.2). Il est défini de manière succincte comme : « une préoccupation durable concernant un défaut ou une disgrâce physique supposée de l'apparence physique ». Le BDD reste donc à ce jour, pour la CIM 10, une forme d'hypocondrie et les troubles délirants sur l'apparence sont classés parmi les troubles délirants persistants non schizophréniques (22).

B. Séméiologie

Le « *Body Dismorphic Disorder* » se caractérise par une préoccupation anxieuse pour un défaut physique imaginaire ou très léger, dont découlent des comportements compulsifs. Ces préoccupations ont des retentissements majeurs sur l'existence de la personne (3)(19)(23).

1. Préoccupations anxieuses

- Les pensées : elles se caractérisent par des pensées obsédantes concernant le défaut, son existence, son état du moment, ses conséquences négatives, la façon d'arriver à ce qu'il disparaisse, la façon de le camoufler en attendant. Les patients ne peuvent en général lutter contre, ni s'en détacher. Leur durée est variable et doit être de minimum une heure pour pouvoir parler de BDD (9). Elle peut atteindre 3 à 8 heures par jour (19).
- Le défaut : il est qualifié d'imaginaire ou très léger car il existe une disproportion entre l'importance des préoccupations et la réalité du défaut, les patients le considérant comme répugnant, dégoûtant, honteux, parfois monstrueux. Il peut s'agir de n'importe quelle partie du corps, le plus souvent il s'agit de parties visibles, en surface, comme le visage ou la chevelure.

Une ou plusieurs parties du corps peuvent être concernées simultanément ou successivement. La préoccupation peut se focaliser sur :

- La peau (rides, boutons, cicatrices, taches vasculaires, acné, rougeur, pâleur excessive...)
 - La pilosité (sourcils, cheveux trop fins ou clairsemés, pilosité faciale)
 - La forme ou les contours de l'ensemble du visage
 - Le nez (aspect, taille)
 - Les parties génitales
 - Une autre personne : certains patients localisent le défaut sur leurs enfants, qu'ils poussent à demander un traitement auprès de chirurgiens ou de dermatologues. On pourrait parler ici de « BDD par procuration » (24).
- Les différences selon le sexe : si le sexe ratio du BDD est de 1 en population clinique, signifiant qu'il touche autant d'hommes que de femmes, les préoccupations diffèrent dans les deux sexes (25). Les hommes sont plus soucieux de leur cheveux, petite stature, et parties génitales tandis que les femmes auraient plus d'inquiétude sur les jambes, leurs cuisses, leur poitrine. Il existe deux formes de BDD masculines : le BDD du petit pénis et la « *muscle dysmorphia* » centrée sur une musculature insuffisante retrouvée entre autre chez les « *bodybuilders* », en contradiction complète avec leurs muscles surdéveloppés (26) ;
 - Les pensées associées : les préoccupations concernant l'apparence peuvent entraîner un sentiment dépressif, de tristesse, d'anxiété, de honte, ou d'autres sentiments douloureux (27).

2. Les comportements compulsifs

Il s'agit de comportements répétitifs et excessifs en réponse aux sentiments douloureux générés par les préoccupations liées à l'apparence. Elles ont pour but de diminuer l'angoisse, et peuvent prendre 3 à 8 heures par jour. On distingue les comportements liés à l'existence et à l'évaluation du défaut, de ceux visant une recherche de solution au problème esthétique (3)(23).

a) Comportements liés à l'existence du défaut

On retrouve des comportements de comparaison à autrui, de vérification dans le miroir ou à défaut dans des surfaces réfléchissantes, des comportements de recherche de réassurance, de consultation répétée, d'évitement des miroirs, de mise en beauté.

Le miroir occupe une place très importante dans la symptomatologie du BDD. Le sujet BDD va consulter le miroir dans le but de prouver l'existence du défaut et dans l'espoir d'être dé trompé et de se voir différent de ce qu'il pense être.

Les sujets BDD croient qu'ils vont se sentir plus mal s'ils résistent au désir de se regarder et de camoufler leur défaut. Ils se focalisent plus sur une impression intérieure que sur le reflet de leur image dans le miroir. Ils scrutent des parties spécifiques de leur corps Ils s'exercent à montrer leur meilleur profil ou à changer l'image mentale qu'ils ont de leur corps mais se sentent plus mal après la consultation du miroir (28).

b) Comportements visant une solution au défaut

- Comportements de camouflage : les vêtements, la posture, le maquillage, les accessoires vont servir à dissimuler le défaut ;
- Comportements recherchant une correction ou une suppression du défaut :
 - Personnelle : on retrouve le « *skinpicking* » (le curage de la peau), les « auto-chirurgies » ou mutilations plus dangereuses, le bronzage excessif ;
 - Professionnelle : on retrouve le recours répétitif à des professionnels spécialistes du défaut comme les dermatologues, les chirurgiens esthétiques, ou les stomatologues. Le sujet va trouver de tous les moyens pour obtenir une intervention. Le plus souvent, l'opération ne lui donne pas satisfaction et le patient renouvelle les interventions.

3. Autres caractéristiques cliniques

a) Insight, idée prévalente, et délire :

Si certains patients reconnaissent la banalité de leur défaut et le caractère absurde de leur préoccupation, d'autres à l'inverse ont la conviction totale de la réalité du défaut. Entre ces deux pôles, il y a ceux dont l'avis diverge entre un défaut qui est bel et bien réel et leur vue des choses qui peut légèrement faussée. Ils ont une idée prévalente et un « *insight* » faible. L'intérêt de distinguer ces différentes formes, de sévérité différente, est qu'elles font partie, depuis peu, d'une même maladie (23).

Cette association au sein d'un même trouble, permet à ceux souffrant de BDD avec une préoccupation d'intensité délirante de ne pas être diagnostiqué parmi les troubles psychotiques. Aussi, cela permet aux patients d'être traités de la même manière.

C'est le grand mérite de E. Hollander et de K. Phillips d'avoir mis en évidence que ces deux formes répondaient de façon identique au même traitement par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et ne répondaient pas aux neuroleptiques (29)(30). Un même individu peut passer d'une catégorie d'insight à une autre au cours du temps :

- Bon insight : le patient reconnaît que le défaut est léger et que les préoccupations sont disproportionnées. Cependant, il ne peut pas les contrôler ;
- Insight faible ou idée prévalente : la conviction des patients n'est pas totale, ils ne reconnaissent pas que leur défaut est léger ou même absent. Ils consentent à en discuter, admettent que leur vision des choses peut être légèrement faussée mais restent sur leur postulat de base et pensent que leur défaut est probablement exact même si les autres le voient autrement ;
- Idee délirante : les patients ont la conviction totale de la réalité de leur défaut. Leur vécu prévaut sur l'opinion d'autrui qui est fausse. Ils ne sont pas conscient de leur maladie et ne sont pas accessible au raisonnement.

Dans une étude de K. Phillips menée auprès de plusieurs dizaines de patients BDD, il est apparu qu'environ 40% avaient un bon insight, 20% un insight faible, et 40% une absence d'insight (29).

b) La présence de « *muscle dysmorphia* » :

Le patient (le plus souvent un homme), est préoccupé par la croyance que sa musculature est insuffisante, alors même qu'il est physiquement normal et parfois même trop musclé en raison des exercices de musculation trop importants ou de la prise de stéroïdes anabolisants (27).

IV. EPIDEMIOLOGIE

A. Prévalence

1. Population clinique

Les plus étudiées sont celles de spécialités où les sujets BDD consultent le plus fréquemment pour leur défaut. Parmi les patients en chirurgie esthétique, au Japon ou aux Etats-Unis, on retrouve un taux de sujets BDD compris entre 6 et 15%. Dans une étude Française menée par Tignol à Bordeaux, 9,1% des patients consultant en chirurgie esthétique présentait un BDD, et ce pourcentage s'élevait à 25% si ils prenaient en considération que les hommes qui consultaient (1)(3). Les études portant sur des patients consultant en dermatologie convergent vers les mêmes chiffres.

En psychiatrie générale, on retrouve un pourcentage de 8% de patients BDD pour ceux traités en externe et 13,1% chez ceux hospitalisés (3).

2. Population générale

Deux études sont représentatives de la population générale, et permettent de poser la prévalence ponctuelle du BDD à 2% :

- La première, publiée en 2006, a été réalisée en Allemagne. Elle porte sur 2 552 sujets âgés de 14 à 99 ans. Elle utilise un auto-questionnaire rempli en présence et avec l'aide d'un assistant. Elle trouve une prévalence ponctuelle du BDD DSM-IV de 1,7 %. Elle confirme la fréquence des idées (19% contre 3 %) et tentatives (7% contre 1%) de suicide, ainsi que le handicap, liés au BDD, en comparaison du reste de la population (31) ;
- La seconde, publiée en 2008, est une enquête téléphonique sur un échantillon aléatoire de 2 513 sujets de 18 ans et plus, représentatif de la population des États-Unis. Elle est réalisée par une équipe entraînée à la pratique des études de santé par ce moyen et met en œuvre une méthodologie très élaborée. Elle trouve une prévalence ponctuelle du BDD de 2,4%, avec un sexe-ratio sensiblement égal à 1 (2,5% de femmes et 2,2% d'hommes). Le critère B du diagnostic est plus souvent la détresse ou « souffrance cliniquement significative » (90% des cas) que le handicap fonctionnel (5%) (32).

B. Evolution

- Début : il débute en général à l'adolescence parfois dans l'enfance. Il est le plus souvent progressif mais peut apparaître de façon brutale. Ses caractéristiques à l'adolescence sont similaires à celles de l'adulte ;
- Evolution: les symptômes vont s'aggraver pour donner une évolution chronique dans plus de 50% des cas et il y aura une amélioration spontanée durable dans 20% d'entre eux. Les autres auront une évolution fluctuante, avec une alternance de périodes d'aggravation et d'amélioration. La crainte du ridicule et la gêne entraînent un évitement des contacts à l'origine d'un isolement social et familial progressif (5);
- Handicap : l'envahissement par le sentiment de honte et la crainte des regards et du jugement négatif de la part d'autrui conduisent à une véritable souffrance source d'évitement des rencontres sociales. À cette anxiété sociale, se rajoute des comportements chronophages, qui vont tous deux conduire à un échec sur le plan scolaire avec une interruption des études ; sur le plan personnel avec un évitement des relations ou une séparation dû à un BDD trop envahissant ; sur le plan professionnel avec des retards multiples et un évitement des contacts.

Une étude prospective de 2008 sur l'évolution du fonctionnement social chez 161 patients BDD suivis en moyenne 2,7 ans, évalué à l'aide d'instruments structurés, montre un handicap important et stable, proportionnel à la sévérité du BDD (33). A terme, se surajoutent les pathologies comorbides citées ci-dessous ;

- Mortalité :
 - Suicide : dans une étude prospective de 2006 aux Etats-Unis dans laquelle 185 sujets BDD ont été suivis pendant 1 à 4 ans, il est montré qu'à l'entrée 79,5 % des sujets BDD avaient eu des idéations suicidaires ; 27,6 % des sujets avaient fait une tentative de suicide. Pendant le suivi 9 sujets firent 30 tentatives de suicide, et deux hommes se suicidèrent. Si on rapporte les chiffres à l'année : une moyenne de 57,8 % des sujets par an avaient des idéations suicidaires, 2,6 % des sujets ont fait une tentative de suicide dans l'année et 0,3 % par an se sont suicidés.

Par rapport à la population générale des États-Unis, le pourcentage des sujets de la cohorte avec idées suicidaires était de 10 à 25 fois plus grand, celui des tentatives de suicide de 3 à 12 fois plus grand et celui des suicides 45 fois plus grand. Aussi ils ont rapporté un traitement non correct pour la plupart des sujets de la cohorte. Ils en concluent qu'un traitement correct protégeait du risque suicidaire (34).

- Comorbidité :

- Dépression, phobie sociale, Trouble obsessionnel compulsif (TOC) : dans l'étude de J.Gunstad et K.Phillips on retrouve chez les patients BDD, une forte comorbidité avec la dépression, la phobie sociale, le TOC, et les troubles liés aux substances. Les patients de cette étude avaient en moyenne plus de deux troubles comorbides de l'axe I. La phobie sociale précédait en générale la pathologie BDD alors que les autres co-morbidités s'étaient développées après le début du BDD. La comorbidité majorait le handicap (35).
- Troubles liés aux substances : une étude en 2005 portant sur 178 sujets BDD, met en évidence un trouble lié aux substances vie entière dans 48,9 % des sujets, une dépendance à des substances (principalement l'alcool) vie entière chez 35,8 % des patients BDD, et une dépendance actuelle chez 9,7 % des sujets. L'étude met aussi en évidence un pourcentage de suicide significativement plus élevé chez les sujets BDD avec un trouble liés aux substances comorbide (36).
- Anorexie mentale : leur comorbidité est importante, une étude faite par une équipe de chercheurs à Minneapolis ont trouvé que 39% des 41 patientes anorexiques présentaient également un BDD se rapportant à des préoccupations indépendantes du poids et de la forme générale du corps (37).

V. ETIOPATHOGENIE

Les chercheurs s'accordent pour souligner une étiologie multifactorielle du BDD. Tignol propose un modèle dégageant une vulnérabilité personnelle caractérisée par une faible estime de soi et une propension à l'anxiété sociale, sur laquelle viennent se greffer des facteurs neurobiologiques similaires au TOC, et des facteurs cognitifs. L'association de ces facteurs rendent l'individu plus sensible à la pression sociale médiatisée et aux critiques des autres (3). Les psychanalystes vont proposer des hypothèses psycho-pathologiques en croisant le BDD avec d'autres pathologies (paranoïa, dépression, fétichisme).

A. Modèle biologique

La revue de littérature de Feusner, fait le point sur les trouvailles scientifiques du BDD ce qui lui permet d'avancer un modèle, hypothétique, de la physiopathologie du BDD (38).

1. Génétique

Des facteurs génétiques sont probablement impliqués dans l'étiologie du BDD étant donné que 8% des patients ont un parent diagnostiqué pour ce trouble soit une proportion quatre à huit fois supérieure à la prévalence estimée en population générale (38)(39).

Un lien de parenté avec le Toc a été mis en évidence dans des études familiales permettant d'émettre l'hypothèse de mécanismes communs dans la physiopathologie du BDD.

2. Neuropsychologie

Les tâches de modification des visages par programme informatique montrent des anomalies du traitement des perceptions et émotions ainsi que des troubles de la mémoire, des patients BDD. Contrairement aux sujets contrôles, les patients BDD perçoivent des distorsions, même lorsque le visage examiné n'est pas retouché et leur performance est amoindrie par l'adoption de stratégies focalisées sur les détails ainsi que par la surinterprétation des réactions émotionnelles menaçantes d'autrui. Ces résultats suggèrent des dysfonctions cérébrales dans les régions impliquées dans les fonctions étudiées (38).

3. Neuro-imagerie

Des anomalies cérébrales, structurelles et fonctionnelles ont été décrites pour le BDD.

Une étude de 2013 comparant huit femmes BDD et huit sujets contrôle en imagerie par résonance magnétique a mis en évidence des différences morphologiques au niveau du noyau caudé ainsi qu'une matière grise plus abondante chez les patients BDD.

Ces résultats vont dans le sens d'une physiopathologie commune avec le TOC avec des régions impliquées qui sont similaires.

Une étude d'IRM fonctionnelle de douze sujets BDD contre douze sujets contrôles sur le traitement de l'information visuelle lors des tâches d'observation de visages a mis en évidence une hyperactivation de l'hémisphère gauche (cortex préfrontal et lobe temporal) et de l'amygdale (impliquée dans la médiation des réponses émotionnelles) chez les sujets BDD suggérant une prédominance de l'encodage et de l'analyse des détails au détriment d'une perception plus globale alors que les sujets contrôle ont perception plus globale (38).

B. Modèle social

1. Le poids des apparences

S'il existe un souci pathologique de l'apparence, c'est qu'à l'inverse, il existe un souci normal de l'apparence. En effet, prendre soin de son apparence a ses avantages et peut jouer un rôle positif dans la vie sociale. Selon les sociologues l'apparence compte réellement dans les interactions sociales : les enfants beaux sont mieux traités lors des premiers contacts, reçoivent plus d'attention et obtiennent plus facilement ce qu'ils souhaitent. Un certain nombre d'études sociologiques, montrent que la beauté du visage est un avantage, qui favorise la sympathie, la réussite professionnelle, et que les femmes belles sont considérées comme intelligentes (40).

En revanche, l'étude des fortes anomalies de l'apparence physique, en particulier des défigurations congénitales ou acquises, fait apparaître le handicap social et les difficultés psychologiques auxquels sont confrontés les individus différents. Selon Sausse, « L'enfant considéré comme laid, malade, handicapé, suscite une impression d'inquiétante étrangeté car il nous renvoie une image déformée, dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître, comme dans un miroir brisé. Il met gravement en danger l'image idéale de l'enfant à laquelle les adultes tiennent tant. » (40).

2. Les stéréotypes sociaux : ce qui est beau est bien

L'analyse des personnages de dessins animés et de séries pour enfants témoigne de l'exposition précoce au message « Être séduisant est une bonne chose ». Dans ces programmes télévisés, la taille et la forme du corps sont associées à des stéréotypes relatifs aux traits de personnalité (les personnages en surpoids sont paresseux, les individus minces sont intelligents). Ces programmes mettent également en scène des stéréotypes sociaux : les personnages présentant des caractéristiques morphologiques plaisantes sont heureux, aimés et bien entourés, tandis que les personnages moins séduisants adoptent des comportements antisociaux. Les messages transmis se rapportent donc beaucoup à l'importance de l'apparence et à son association, lorsqu'elle est agréable avec la réussite personnelle (43).

La conformité de l'apparence physique à l'idéal esthétique est donc doublement valorisée. Elle rend tout d'abord l'individu acceptable en tant que personne, ses attributs physiques témoignant de sa valeur intrinsèque. Elle implique également l'assentiment des autres : toutes les difficultés psychologiques impliquant l'image corporelle posent les questions de l'intégration dans un groupe, et de la conformité des caractéristiques physiques de l'individu (40).

3. Pression sociale pour la beauté

Les médias proposent de façon insistante des modèles physiques idéalistes et irréels. Les magazines et les publicités dictent la mode et prônent la perfection du maquillage, des vêtements, de la coiffure. Les actrices sont fines, les acteurs beaux et musclés. Les émissions télé sur le relooking et les transformations de l'apparence physique des participants incitent les gens à atteindre la perfection physique et à user de tous les moyens. En ce sens, la société de consommation pousse à l'achat de suppléments alimentaires, d'anabolisants, de crèmes anti-âge ou anti-rides, de produits de beauté, de maquillage, de pilule pour maigrir. La beauté est aussi recherchée dans certains milieux professionnels. En somme la beauté est partout, et représente un atout ; il faut donc tout faire pour la conquérir.

Le changement de statut de la chirurgie esthétique, et le succès des techniques d'amélioration du physique et de l'industrie de la beauté témoignent de l'adhésion du public à cet idéal de beauté.

4. Remarques des pairs

Les expériences sociales positives constituent un facteur de protection concernant l'insatisfaction liée à l'apparence. À l'inverse, les interactions négatives (moqueries, critiques, rejets) produisent des effets négatifs sur la perception de l'aspect physique. Si ces conduites de victimisation baissent avec l'âge, leur impact négatif peut persister longtemps. Par exemple, les effets psychologiques de l'insatisfaction physique persistent chez les personnes obèses, même après qu'elles aient maigri et que leur poids soit stabilisé. Le phénomène de « graisse fantôme », par analogie avec la notion de « membre fantôme », souligne la persistance de sensations et de représentations corporelles (en l'occurrence, désagréables), en dépit de la disparition de leur assise morphologique (44). Les personnes sensibles au rejet et craignant l'exclusion sont plus à même de développer un BDD en cas de moqueries.

5. Le contexte socioculturel familial

Selon Marcelli et Braconnier, il constitue un facteur important dans le déterminisme des préoccupations dysmorphophobiques, et dans le cas des parents dont l'origine ethnique est différente, les préoccupations morphologiques illustrent la quête d'identité de l'adolescent avec la recherche ou le rejet des caractéristiques attribuées à l'une ou l'autre des lignées parentales. Cette situation se rencontre de manière particulièrement parlante chez certains adolescents adoptés. Les préoccupations d'ordre identitaire de l'adolescent peuvent alors rencontrer certaines projections parentales venant contrarier son travail de différenciation et d'individuation (41) (45).

Si les facteurs sociaux n'expliquent pas tout, ils ont un rôle dans le développement et le maintien des symptômes du BDD. La valorisation sociale de l'apparence et la pression médiatique associées à des expériences précoces négatives liées au physique, chez des individus vulnérables, favorisent le risque d'adhésion à des croyances rigides et l'activation de croyances dysfonctionnelles, reliant l'apparence physique aux notions de normalité, de valeur personnelle et d'acceptation par autrui.

C. Modèles psychopathologiques

1. Modèle Cognitivo-comportemental

Il existe deux modèles principaux qui font intervenir les expériences précoces et l'apprentissage social (rôle des modèles parentaux, des interactions avec la famille et les pairs, des moqueries et des médias) dans le développement des croyances et attitudes liées à l'image du corps. Ils s'appuient sur l'analyse des comportements observés lors de tâches expérimentales de confrontation au miroir :

- **Modèle de Veale** : les sujets BDD ont une image déformée de leur self devenue « objet esthétique ». Cette image résonne avec des expériences négatives du passé (moqueries, critiques, abus), qui sont associés à l'image de soi et le définissent en tant que sujet. Il en résulte un traitement de l'information écartant l'information sensorielle réelle provenant de l'extérieur et sélectionnant des détails de ses traits physiques aux dépens d'une image corporelle globale et une évaluation réelle de l'impression qu'ils font sur autrui. Les croyances les plus retrouvées sont du type « Ce qui je suis en tant que personne est basé sur mon apparence physique » ou « Ma vie serait plus belle si mon nez n'était pas si affreux ». L'apparence physique est ce qui leur sert d'identification, ils tendent vers un idéal de l'apparence qui est le seul garant de l'estime de soi. Les « lunettes roses » protectrices que chacun utilise pour se regarder avec des yeux aimants, manquent chez le BDD qui a un regard et un jugement sévères sur lui-même. Tout cela est amplifié par les émotions, les ruminations, les comparaisons et les comportements de sécurité qui renforcent et consolident l'idée que l'apparence physique n'est jamais satisfaisante. Les vérifications dans le miroir ne font que refléter la représentation interne de l'image de soi, insensible au raisonnement du sujet.

Par conséquent, elles alimentent cette instabilité de l'image interne et ne font que renforcer le besoin de se regarder (46).

- **Modèle de F. Neziroglu** : il est plus comportemental. Il met l'accent sur le conditionnement et l'apprentissage social. Il souligne la spécificité humaine qui a, grâce au langage et à la pensée, la possibilité de faire des relations arbitraires et non arbitraires entre les événements et de développer des croyances liées à ces associations. Ces associations ne sont en général pas testées et n'ont donc pas tendance à s'éteindre.

Cela pourrait par exemple expliquer le fait que les sujets BDD feraient des associations entre l'apparence, le succès social, et des traits de personnalité désirables ou indésirables. Ces processus pourraient se traduire par des pensées comme : « si je suis attirant(e), j'aurai plus de possibilité d'obtenir ce que je souhaite » ou « la vie ne vaut pas d'être vécue si je ne suis pas attirant(e) ». Les comportements de sécurité contribuent au BDD par renforcement négatif (47).

2. **Modèle Psychanalytique**

a) **La dysmorphophobie au regard de l'adolescence**

(a) La dysmorphophobie, un objet transitionnel

Certains auteurs s'appuient sur les dysmorphophobies non pathologiques de l'adolescence pour construire leurs théories. En effet, les sentiments d'étrangeté et les craintes liées aux transformations du corps à la puberté font partie de toute adolescence, et ne sont pas franchement pathologiques lors des métamorphoses pubertaires. Chez la plupart des adolescents, ces craintes participent au travail psychique normal lié à l'appropriation du corps et signalent une difficulté à s'approprier le nouveau « moi corporel ». Dans ces cas, les dysmorphophobies sont transitoires, s'observent dans les deux sexes, apparaissent vers 12 ans et s'estompent vers l'âge de 18-20 ans. Chez certains sujets, la tâche n'est pas toujours accessible et les craintes peuvent se cristalliser en symptômes « dysmorphophobiques », risquant d'affecter la capacité de l'adolescent de s'ouvrir à l'autre et peuvent induire des désordres de la personnalité plus importants à l'âge adulte (45).

Canestrari va distinguer deux grandes catégories de dysmorphophobies en fonction de leur évolution avec l'âge de l'adolescent :

- Les dysmorphophobies en lien avec les changements du corps lors de la puberté. Elles seraient plus fréquentes chez le garçon ;
- Les dysmorphophobies indépendantes des transformations corporelles de la puberté (peur de perdre les cheveux, peur de rougir, couleur des yeux) qui s'observent plus fréquemment chez la fille et à un âge plus avancé (15-16 ans). Ces préoccupations seraient liés au conflit de séparation-individuation à l'adolescence (45).

Dans la même lignée que Canestrari, certains auteurs ont repris les conceptions de Freud sur l'un des enjeux psychosexuels majeurs de la puberté qui est le changement d'objet. En effet, une des tâches à l'adolescence est de se détacher des « objets infantiles » autrement dit de la mère et du père refuge, pour investir un objet extérieur. Les dysmorphophobies serviraient d'objet intermédiaire lors de ce changement. Le corps du sujet, appartenant à la fois au sujet et au monde extérieur ; lieu de croisement des regards, servirait de solution à ce conflit de séparation. Cela n'est pas sans rappeler l'objet transitionnel Winnicottien permettant de se rappeler la figure maternelle en son absence et d'élaborer progressivement sa séparation d'avec elle (48). Les dysmorphophobies serviraient d'objet transitionnel pour cette même séparation qui se rejoue à nouveau à l'adolescence. Les parties du corps « dysmorphophobogènes » seraient non détachables dans la réalité mais détachables imaginairement par un jeu de voilement dévoilement, ouvrant ainsi au changement d'objet dans un espace transitionnel ou l'autre est maintenu à l'écart (6)(49).

Tomkiewicz et Finder, rattachent la dysmorphophobie de l'adolescent à la confluence de plusieurs sources :

- Une source biologique dominée par la perception subjective des modifications corporelles pubertaires. Selon ces auteurs, « les conditions biologiques rendent la dysmorphophobie inévitable à la période de l'adolescence » ;
- Une source affective liée à l'établissement de l'identité sexuelle et à l'ambivalence de cette période de doute et d'incertitude souvent mobilisés par la dysharmonie de la maturation corporelle. En effet, l'adolescent va se préoccuper des modifications corporelles sexuées, il va d'un côté trouver que les caractères sexuels sont trop marqués et de l'autre insuffisamment développés. La famille peut en outre participer à cette période de doute, si le père renvoie une image dévalorisée de lui-même n'offrant pas de modèle d'identification au jeune. La mère, de son côté peut rejeter ou développer des craintes exagérées par rapport aux transformations de son jeune, surtout par rapport à la virilité de celui-ci, n'offrant qu'une identité négative par rapport à son père (« il devient comme son père »). La dysmorphophobie permettrait de résoudre ce conflit d'ambivalence ;

- Une source sociale dans laquelle le groupe des pairs, son avis, son acceptation ou rejet sont à la base de son sentiment d'infériorité. « ce n'est pas seulement un trouble de la relation avec soi-même, mais aussi une forme de perturbation des relations avec autrui » (11).

(b) La dysmorphophobie, une fétichisation du corps

A. Birraux (1994) a développé sa recherche dans le sens d'une problématique fétichique de cette catégorie de symptômes (16). Celle-ci rappelle que la perception de l'enfant de la différence des sexes est un moment fort à partir duquel surgit la question de l'identité sexuelle. A partir de là, l'enfant va choisir un parent comme support identificatoire ainsi que l'autre comme objet de désir. Aussi, des questions angoissantes vont surgir comme l'envie du pénis pour la fille et de la castration pour le garçon. Si la fille ne possède pas de pénis, une menace pèse sur la possession du propre pénis au garçon ou pire encore sur l'intégrité du corps et du moi. Ainsi le fétiche qui représente un substitut symbolique de ce pénis, signe le refus de la castration pour le sujet et garantit l'illusion de l'intégrité du corps. A l'adolescence l'angoisse de castration resurgit du fait des modifications corporelles réveillant une première angoisse mal élaborée. A son sens, le fétichisme adolescent n'est pas la manifestation d'une structure perverse, mais apparaît comme une solution permettant de parer à ces angoisses d'effondrement et d'insécurité narcissique.

(c) La dysmorphophobie ou le suspens de l'identité sexuée

Goldsztaub et Dupont avancent l'hypothèse que la dysmorphophobie servirait de défense contre la sexualité et font le lien avec le refus du sexuel dans l'anorexie. En effet, les dysmorphophobies à l'adolescence sont la plupart du temps associées, fantasmatiquement, à des signes de sexualité, plus ou moins directs. Elles expriment souvent des craintes à s'identifier à une identité sexuée et permettent en rejetant certains traits physiques, de prolonger un temps d'hésitation sexuelle. D'autre part, l'évitement des contacts avec les pairs engendré par la honte, permettrait un évitement du rapport sexualisé à l'autre (6)(12).

(d) La Dysmorphophobie comme défense contre la dépression

Jeammet (2004) relie la dysmorphophobie à un état dépressif qui touche les adolescents aux assises narcissiques vulnérables, et à l'estime de soi fragile. La dysmorphophobie représente un moyen de se défendre contre l'effondrement face aux vécus de perte de l'adolescence.

Les pertes (de la sécurité de relation de dépendance aux parents, de la toute-puissance infantile, du corps infantile) représentent une menace pour l'adolescent et obligent un rejet agressif de la réalité et le recours défensif au contrôle de l'autre. Outre les deuils successifs, les pulsions débordantes, le regard et les plaisanteries des autres engendrent un sentiment de passivité insupportable pour l'adolescent d'autant plus que le désir pousse vers l'autre et avive encore plus son sentiment d'incomplétude et d'insuffisance. Ne tolérant pas ce sentiment d'impuissance, le jeune va s'agripper à tout ce qu'il peut contrôler, à savoir son propre corps pour essayer d'avoir une maîtrise sur tout ce qui lui échappe. Ainsi, la dysmorphophobie permet au sujet de maintenir ses liens primaires ainsi que la représentation de lui-même attaché en miroir (17). Elle permet aussi d'avoir une emprise sur l'intérieur, l'intime, le psychique, et le sentimental ; et à la fois sur l'extérieur par la symptomatologie compulsive. En effet, les pensées obsédantes vont faire barrage aux sentiments de débordement, de honte, d'effondrement face aux deuils de l'adolescence ; et les compulsions qui consistent à cacher, montrer, voiler, dévoiler servent à contrôler une apparence que l'adolescent n'a pas choisi ainsi que les regards portés sur lui. Ils servent également à contrôler l'autre et la relation par le jeu de rapprochement et de distance qu'impose la symptomatologie (50).

b) La dysmorphophobie vue sous l'angle de la paranoïa

Godefroy et Y.Thoret ont décrit la dimension paranoïaque de la dysmorphophobie. Pour ces auteurs, le patient ne vient pas se plaindre d'une disgrâce physique de son propre chef, il vient exprimer la conviction que son entourage trouve son corps laid ou dysharmonieux. C'est son entourage qui observe le défaut de beauté. Ils sont également souvent revendicateurs envers le chirurgien qui les a opérés, les accusant de la responsabilité de l'échec sur un plan esthétique. La dimension paranoïaque peut conduire à des interventions inutilement répétées, à des déceptions en chaîne, à des procédures ou même à des agressions physiques. Selon Godefroy et Thoret, cette pathologie est non sans lien avec les expériences précoces de la manière de vivre son corps dans le regard d'autrui, « dans le premier donnant-donnant, où l'enfant dont la mère apprécie la beauté, va se vivre comme le plus beau bébé du monde et va rayonner de confiance et d'assurance. Dans certains, cette beauté est vécue par défaut, comme impossible ou inaccessible. » (15). Ils citent et rejoignent les théories de D.Meltzer (1975) sur le développement psychoaffectif de l'enfant pour expliquer la dysmorphophobie. Ce dernier propose que lors de la naissance, un sentiment de beauté s'impose à l'enfant quand il découvre en même temps le monde extérieur et sa mère.

La mère, est d'abord perçue comme éblouissante par ses qualités sensorielles externes. Il y a un véritable coup de foudre entre la mère et le bébé ; l'un et l'autre se fondent dans la beauté de l'un et de l'autre.

Cependant au fur et à mesure que la mère acquiert de la présence et ne se résume pas que par ses qualités sensorielles, la beauté de la mère est contrastée par le mystère, voire l'inquiétude portant sur les qualités internes, notamment psychiques, de cet être merveilleux et inquiétant à la fois. Il y a là un conflit esthétique interne chez l'enfant entre la beauté extérieure et l'incertitude sur les qualités intérieures de l'objet. L'enfant va donc s'efforcer de dégrader la beauté de l'objet et s'en méfier systématiquement. Toutes ces réactions vont d'abord viser la mère mais vont revenir sur le corps du sujet lui-même et faire le lit de la dysmorphophobie (51).

c) **La dysmorphophobie et problématique narcissique :**

Alessandra Lemma, une psychanalyste britannique, dans son article « *being seen and being watched* », publié en 2010, considère que les premières relations du bébé avec son environnement sont à l'origine des failles du développement du « moi corporel » et du trouble de l'image corporelle dans le BDD (52)(53).

En s'appuyant sur le concept Lacanien de stade du miroir et sur les théories de Winnicott, elle insiste sur le rôle structurant du regard maternel pour le bébé, qui, accompagné du toucher et des paroles, investit le corps de l'enfant. En effet, Winnicott a insisté sur le rôle de miroir que le visage de la mère peut jouer pour l'enfant dès le début de sa vie. Le bébé peut lire dans le regard de sa mère les sentiments qu'il lui inspire : « Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? ... Généralement, ce qu'il voit c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. » (48). Donc, ce que voit le bébé dans le miroir inaugural des yeux maternels, c'est non seulement lui-même, mais les sentiments de sa mère à son égard, c'est à dire tout ce qu'il représente pour elle. C'est un garçon, il pèse tant, il ressemble à un tel, il est beau, il est laid, bien constitué... (40).

Les premiers échanges entre le nouveau-né et sa mère sont donc corporels mais également visuels. Ces expériences affectives faites d'échanges vocales, tactiles et visuels seront intégrées dans le corps et contribueront au développement de l'image corporelle. Si l'interaction est d'une bonne qualité, l'enfant intériorise la figure maternelle comme un observateur bienveillant qui le regarde pour ce qu'il est et l'aime.

En revanche, si l'interaction est d'une mauvaise qualité, le corps gardera la trace de ces expériences négatives et sera perçu comme laid et doit être dissimulé.

Alessandra Lemma va donc définir deux types de « mères miroir » entraînant des constructions du « moi corporel » différents :

- « *The one way mirror mother* » traduit par « la mère miroir non réfléchissant », caractérisé par un regard vide pour le sujet en construction. Le nouveau-né aurait intériorisé l'image d'une mère inaccessible et n'aurait pas eu de support sur lequel construire une image acceptable de lui-même. La quête de la perfection physique serait en réalité la quête d'un regard admiratif et aimant tant attendu ;
- « *The distorting mirror way* » traduit par « la mère miroir déformant », dans lequel il y a deux sous types :
 - « *You are me mirror mother* », autrement dit « la mère miroir tu es moi », pour laquelle l'enfant est une part fusionnée d'elle-même. Le corps de l'enfant serait la prolongation de celui de la mère, et donc très investie par elle. Ceci empêcherait l'enfant d'éprouver son propre corps comme le sien. L'enfant deviendra sensible, et développera plus tard ce qu'elle appelle « une dysmorphophobie à peau fine », accessible au travail psychanalytique ;
 - Dans le second groupe, la mère est un miroir déformant au regard haineux. Elle projette sur son enfant les parts d'elle-même qu'elle considère comme inacceptable. La laideur vécue par la mère devient donc celle du bébé. L'image que sa mère a de lui peut ainsi devenir persécutrice, mais sous cette forme, c'est son corps que le patient perçoit comme étant le persécuteur. Ainsi, le seul moyen de se débarrasser d'un tel mauvais objet (la mère), c'est l'ablation de la partie porteuse de cette haine. Le patient développera une « dysmorphophobie à peau épaisse » avec une véritable haine contre son corps, le rendant moins accessible à un travail psychique. Ce type de patient aura plus facilement recours aux chirurgies.

Le sujet va donc agir sur son corps pour le modifier selon trois types de fantasmes :

- Le fantasme de correction : dans lequel le but est de se débarrasser de la présence aliénante résidant dans son corps. Les tentatives de changement externe seraient une attaque contre un intrus qui occuperait concrètement le corps. Ne se sentant pas maître de son corps, le sujet désire reprendre le contrôle et se réappropriier son corps. La première délimitation du soi repose sur la confrontation du bébé à une double contrainte, celle de rester en union narcissique avec la mère et celle de renoncer à cette fusion pour devenir un être avec son propre corps et sa propre vie psychique. A Lemma considère l'adolescence comme une période dans laquelle se rejouent ces contraintes, et faire appel à une modification corporelle visible, que l'on décide soi-même, permettrait de rompre l'union narcissique, et d'agir une séparation, par une reprise de contrôle du corps propre ;
- Le fantasme du « *self-made* » ou du « se faire soi-même sans rien devoir à personne » : dans ce cas le sujet envie une mère qui aurait gardé pour elle toute la perfection. La modification corporelle aurait pour but de s'affranchir du lien à la mère et devenir une sorte de copie mais sans original et faite soi-même ;
- Le fantasme d'adéquation parfaite : la mère est ici idéalisée mais il ne s'agit plus ici de l'attaquer mais plutôt de fusionner avec cet idéal. Le corps parfait idéal recherché serait la garantie de l'amour de la mère. Ces individus font facilement appel à la chirurgie esthétique et sont largement influencés par les critères de jeunesse et de beauté en vigueur.

Ces trois fantasmes sont des manières de remédier à un objet intériorisé dans le corps et vécu comme défaillant par son absence ou comme persécuteur par son hostilité (52)(53).

VI. PRISE EN CHARGE

A. Le traitement médical psychiatrique

De nombreuses études, principalement de Eric Hollander et Katarina Phillips ont démontré l'efficacité des inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) dans le traitement du BDD. Phillips a démontré l'efficacité des IRS notamment de la fluoxétine dans le BDD grâce à une étude randomisée en double aveugle contre placebo portant sur 67 patients. Son importance a été consacrée par sa publication dans les « *archives of General Psychiatry* » (54). Les IRS sont également efficaces dans le BDD délirant. La dose moyenne de fluoxétine était de 77,7mg/j ; la moyenne du délai avant réponse était de 7,7 semaines. La plupart des chercheurs s'accordent sur le fait qu'un IRS ne doit pas être conclu comme inefficace dans un cas de BDD avant 12 semaines de traitement à dose maximale recommandée (80 mg par jour).

Les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont été conçus comme une classe d'antidépresseur dépourvus d'effets secondaires et plus maniables par rapport aux antidépresseurs tricycliques. Parmi ceux-ci, on retrouve la fluoxétine (Prozac), la paroxétine (Deroxat), la sertraline (Zoloft), le citalopram (Seropram), l'escitalopram (Seroplex), et la fluvoxamine (Floxyfral).

Ces médicaments agissent au niveau du système nerveux central, sur un neuro-méiateur important : la sérotonine. Ils ont pour action d'augmenter la quantité de sérotonine utile à la transmission de l'influx nerveux dans les connexions entre les neurones qu'on appelle synapses (3).

La durée de traitement doit être de un an minimum et il faut envisager un traitement au long cours si on constate une récurrence après l'arrêt du traitement. La substitution par un autre IRS en cas d'inefficacité est une stratégie recommandée par les auteurs.

D'autres traitements médicamenteux peuvent être utilisés en potentialisation des IRS comme les neuroleptiques atypiques, la clomipramine, la buspirone, le lithium et le méthylphénidate.

B. La psychothérapie cognitivo-comportementale

1. Principes généraux

Reconnue comme efficace dans le BDD, elle s'appuie sur la thérapie comportementale d'une part et la thérapie cognitive d'autre part.

Le comportementalisme est né des théories du conditionnement classique Pavlovien, du conditionnement opérant de Skinner et de l'apprentissage social. La thérapie comportementale se base sur des techniques d'exposition avec prévention de la réponse.

La psychologie cognitive étudie les grandes fonctions cognitives de l'être humaine comme la mémoire, le langage, l'intelligence, le raisonnement, la résolution de problèmes, la perception ou l'attention. La thérapie cognitive va viser les cognitions et leurs distorsions.

2. La TCC dans la dysmorphophobie

Elle a été principalement élaborée par Rosen aux Etats-Unis et par Veale au Royaume-Uni. Voici ses principales étapes (39) :

- L'entretien motivationnel : il a pour but de motiver le patient au changement. Il vise à induire une prise de conscience de la discordance entre la vie du patient et ses aspirations personnelles. Les techniques motivationnelles vont par exemple établir un bilan coût et avantages des comportements problème, ou recontextualiser les difficultés actuelles en formulant un projet de vie. L'accord entre patient et thérapeute repose sur la résolution de la préoccupation et non du défaut physique ;
- La psychoéducation approfondie : le patient doit être sensibilisé au fait qu'une image visuelle n'est pas une photographie de la réalité mais une donnée construite sur des processus cognitifs et perceptifs alimentés par des croyances, expériences, et souvenirs ;
- La restructuration cognitive : elle se focalise sur les conséquences redoutées du défaut, en termes de désirabilité personnelle ou sociale. Le thérapeute valide la perception que le patient a de son défaut (par exemple « Vos cheveux sont plus fins que vous le souhaiteriez »), puis remet en question les conséquences négatives attendues, afin de construire progressivement une tolérance vis-à-vis de l'imperfection.

Il aide également le patient à identifier des explications pertinentes à sa souffrance, celle-ci n'étant le plus souvent pas attribuable à son apparence physique ;

- Le travail comportemental : il s'attache à intégrer le défaut préoccupant dans une perception globale de soi, avant de focaliser plus spécifiquement l'attention du patient sur son défaut. Pour cela, il fait appel aux techniques d'exposition au défaut que ce soit in vivo, par immersion ou en imagination. La prévention de la réponse consiste à empêcher tous les comportements répétitifs liés au défaut. Il s'agira par exemple d'éviter la recherche de réassurance, d'arrêter les vérifications dans le miroir en le supprimant ou d'apprendre à se regarder en entier, de se couvrir la peau pour arrêter de la gratter, de ne plus se maquiller, de limiter le temps de mise en beauté, de prévenir l'entourage pour ne pas qu'ils s'impliquent

Le traitement comportemental et cognitif associant les deux techniques est recommandé en première intention pour le BDD chez l'adulte (55).

C. Traitement non psychiatrique : recours à la chirurgie

Les études confirment que les traitements dermatologiques, de chirurgie plastique ou dentaire sont sans effet sur les symptômes du BDD et en général non indiqués. Ceci trouve une explication dans le fait que l'origine est psychique et non anatomique. Katarina Philipps a réalisé en 2001, une grande étude rétrospective évaluant le recours au traitement non psychiatrique (dermatologique, chirurgical, dentaire) chez 289 sujets atteints d'un BDD (250 adultes et 39 enfants et adolescents) (56).

Pour chacun d'entre eux, un questionnaire était fourni, s'intéressant à la fois à l'amélioration de la partie du corps traitée et à la fois aux symptômes BDD.

Voici ci-dessous le graphique obtenu pour les 250 adultes :

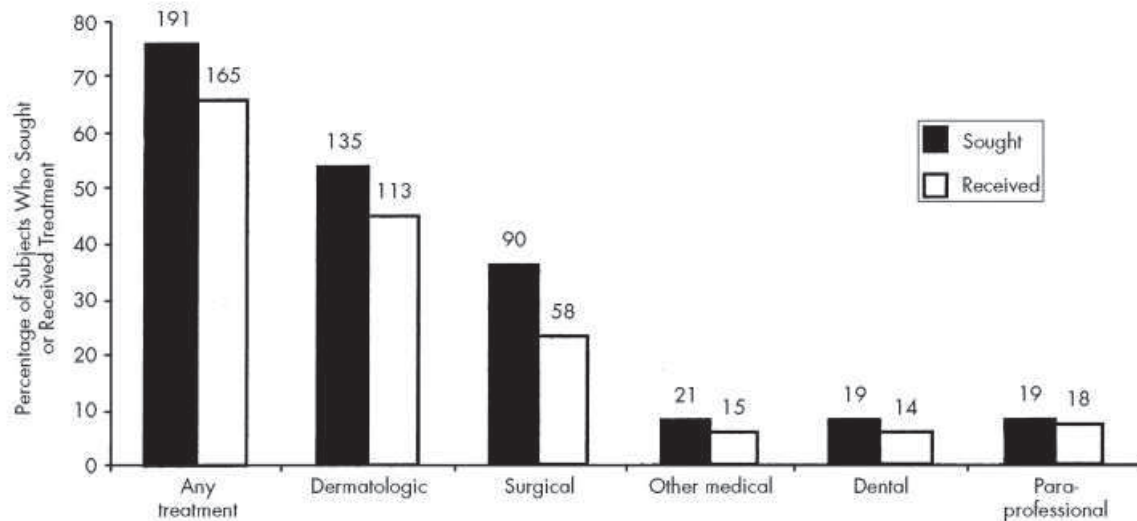


Figure 4 : graphique issu de l'étude de K.Philipps « *surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder* » illustrant les traitements médicaux et chirurgicaux demandés et reçus pour 250 patients BDD (56)

La première colonne de l'histogramme indique que 86,4% des 66% patients demandeurs de traitement non psychiatrique l'ont reçu. Cela représente un total de 484 traitements non psychiatriques fournis, soit pratiquement trois traitements par personne.

La deuxième colonne indique que la majorité des traitements demandés et fournis est de nature dermatologique puisque sur les 250 patients de l'étude, un quart a reçu un traitement dermatologique (45%). Sur les patients demandeurs de traitement dermatologique, 84% des patients ont été traités. Il s'agissait le plus souvent de traitements antibiotiques, anti-chute capillaire, et de traitements contre l'acné.

Un quart des patients (23%) ont reçu un traitement chirurgical (40% de rhinoplastie, 15% d'opérations du menton, 10% d'opérations des seins). La troisième colonne indique que 64% des patients demandeurs de chirurgie ont été opérés, et 36% des demandes ont été refusées.

S'agissant des résultats, 72% d'absence de changement de la sévérité du BDD étaient relevés versus 61% pour ce qui est de l'absence d'amélioration de la partie du corps traitée.

Si une amélioration de la partie traitée était observée dans 23% des cas, les symptômes du BDD n'en étaient pas moins améliorés puisque les patients avaient tendance à changer de préoccupation et le défaut se déplaçait ailleurs.

La pathologie s'est aggravée dans 24% des cas après traitement chirurgical ; chez 8% des sujets après traitement dermatologique et dans plus de 50% des cas après les soins dentaires.

Au total, cette étude montre que le recours aux traitements non psychiatriques n'améliore pas la symptomatologie du trouble et peut même l'aggraver. Néanmoins, l'indication n'est pas toujours facile à poser dans la mesure où les patients BDD savent être convaincants et que demander un traitement cosmétique ou chirurgical pour un défaut est devenu commun. Diagnostiquer un patient BDD est particulièrement important pour le chirurgien plasticien, non seulement pour des raisons médico-légales, mais également pour orienter ces patients vers une prise en charge adaptée. Le chirurgien devra être particulièrement attentif aux demandes non réalistes, aux exagérations ainsi qu'aux préoccupations pour des défauts inexistantes ou quasiment imperceptibles. Certains signes peuvent alerter comme le fait d'être préoccupé plus d'une heure par jour par son défaut, de rendre son défaut responsable de certains échecs de sa vie ou encore éviter certaines activités sociales à cause de la présence du présumé défaut. Il faudra également être attentif aux pratiques de camouflage telles que le maquillage ou le port de vêtements larges. Dans ce sens, Jakubietz et al. ont proposé un algorithme basé sur deux paramètres. Le premier est la sévérité du défaut du point de vue du chirurgien. Le second est le comportement général du patient basé sur l'impression du chirurgien et son équipe, sur l'entretien et parfois sur des questionnaires. Il permet de dégager 3 types de patients :

- Les patients ne présentant pas de défaut réel et ayant un comportement inadapté. Le diagnostic de BDD est évident et le patient ne sera pas opéré ;
- Les patients présentant un défaut réel et des attentes raisonnables, ce sont de bons candidats à la chirurgie ;
- Enfin, les patients présentant un défaut « minime » et un comportement inapproprié et pour lesquels un second rendez vous sera nécessaire pour une nouvelle évaluation (57)(58).

Veale a développé un questionnaire de dépistage pour évaluer la nature de la demande en chirurgie esthétique dénommé « *Cosmetic Procedures Screening Questionnaire COPS* » (59):

Questionnaire pour évaluer la nature de la demande en chirurgie esthétique

- 1) A quel point pensez-vous que votre défaut est remarqué par les autres.
- 2) Est-ce que la plupart des membres de votre famille ou de vos amis vous ont dissuadé de vous faire opérer ?
- 3) Quand vous décrivez ce que vous n'aimez pas dans votre défaut à d'autres (famille, amis), est ce que vous vous sentez compris ?
- 4) Quelle est votre principale raison de vouloir modifier votre défaut ?
- 5) A quel point pensez-vous que votre opération va améliorer votre vie sociale ?
- 6) A quel point pensez-vous que votre opération va améliorer vos possibilités de rencontre ou une relation intime existante ?
- 7) A quel point pensez-vous que votre opération va améliorer vos possibilités de travail ou d'études ?
- 8) Dans quelle mesure êtes-vous aussi préoccupé par d'autres parties de votre corps ?
- 9) Avez-vous déjà essayé de modifier votre apparence par vos propres moyens ?

Figure 5 : questionnaire proposé par Veale pour évaluer la nature de la demande en chirurgie esthétique (traduit par tignol)

D. Dépistage et recommandation

Katarina Phillips propose quelques lignes de conduite pour sensibiliser le médecin généraliste ou spécialiste au BDD (60). Si ce dernier n'est pas obligé de connaître parfaitement une maladie aussi complexe que la BDD, il doit néanmoins pouvoir en connaître l'existence pour pouvoir adresser le patient au psychiatre.

D'abord, les médecins généralistes ou spécialistes doivent s'alarmer et s'interroger sur un diagnostic de BDD devant les signes suivants :

- Des préoccupations excessives ou une détresse anormale devant des défauts physiques mineurs ou inexistantes ;
- Un fonctionnement social ou professionnel perturbé ;
- Des mutilations de la peau ;
- Des comportements de camouflage (maquillage excessif, chapeau) ;
- Des comportements de réassurance, des mises en beauté excessives ;
- La présence d'idées de référence à savoir l'idée que les autres se focalisent sur leur apparence ;

- Une insatisfaction concernant le traitement médical, dermatologique ou chirurgical antérieur ;
- L'idée qu'un traitement dermatologique ou chirurgical pourrait transformer leur vie et régler leur problème.

Ensuite, ils peuvent s'appuyer sur plusieurs questionnaires :

- La « *Yale obsessive compulsive scale modified for Body dysmorphic disorder BDD YBOCS* », inspirée du TOC ;
- Le « *Dysmorphic concern DCQ questionnaire* » ;
- Le « *Brown assessment of beliefs scale BABS* » ou « *overvalued ideas scale OVIS* », pour évaluer l'intensité délirante ;
- Le « *Body dysmorphic disorder questionnaire* » (BDDQ).

<p>Avez vous déjà été inquiet par rapport à votre apparence ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si oui : Quels étaient vos inquiétudes ? pensiez-vous que cette partie du corps était particulièrement affreuse ? • Si oui : que pensez-vous des autres parties du corps à savoir de l'apparence de votre visage, peau, cheveux, nez, la forme ou la taille ou d'autres aspects de votre corps ? <p>Ces inquiétudes vous préoccupent –elles ? Pensez-vous beaucoup à cela et souhaiteriez-vous moins y penser ?</p> <p>Quel impact ces inquiétudes ont eu sur votre vie ? cela a causé beaucoup de souffrance ou altéré votre qualité de vie ?</p>

Figure 6 : Questionnaire de dépistage pour médecins généralistes

Après avoir dépisté un BDD, une psychoéducation du patient et de l'entourage est recommandée. Les lignes directrices sont les suivantes :

- Aborder la question du diagnostic : une fois que le diagnostic est posé, en parler au patient sans l'offenser représente un véritable challenge. La majorité des patients atteints de BDD ayant un très mauvais insight, les réactions de défense et le refus de la consultation psychiatrique sont souvent la règle. Il faut néanmoins informer le patient sur la présence d'un trouble de l'image corporelle, curable et connu et pouvant affecter d'autres personnes.

Une autre possibilité est d'aborder les conséquences psychologiques des changements morphologiques induits par la chirurgie pour proposer une consultation chez un psychiatre spécialisé en préopératoire. Enfin il est possible de recommander des ouvrages de référence comme « *The broken mirror : understanding and treating body dysmorphic disorder* » de Phillips, ou « *Les défauts physiques imaginaires* » de Tignol (3) ;

- Informer le patient sur les conséquences néfastes de leur comportement : en effet, la réassurance n'aide pas à diminuer les symptômes. Aussi, il existe une meilleure approche qui consiste à 'obtenir un traitement approprié pour leur préoccupations corporelles. En revanche leur ordonner d'arrêter « le skinpicking » n'est pas conseillé car il s'agit d'un comportement compulsif non contrôlable. Dans ce cas, il vaut expliquer que ce symptôme fait partie de la pathologie BDD et qu'il est curable par des IRS ;
- Valider la plainte du patient et ne pas minimiser les plaintes ou les préoccupations corporelles : essayer de les convaincre que leur apparence est normale est inutile ; il faut expliquer que le souci de l'apparence est bel et bien présent mais il ne s'agit pas d'un problème médical ou chirurgical, mais psychologique ;
- Informer la famille sur la pathologie : il faut conseiller à la famille d'arrêter la réassurance, de placer son action sous l'autorité du médecin et l'associer à la prise du traitement ainsi qu'à la TCC (60).

La dernière étape sera d'adresser le patient à un psychiatre en s'appuyant sur la sévérité des préoccupations, du temps qu'elles font perdre, ainsi que du handicap et de l'anxiété générés.

Points essentiels :

Le terme dysmorphophobie désignant un symptôme d'allure névrotique ou psychotique selon les auteurs, a été remplacé depuis peu par le *Body Dysmorphic Disorder*, une pathologie individualisée se caractérisant par l'existence de préoccupations concernant un défaut imaginaire et de compulsions visant à camoufler ou à réparer le défaut.

La préoccupation peut être critiquée ou délirante mais se traite de la même manière quel que soit *l'insight*. Le trouble débute en grande majorité à l'adolescence et touche autant d'hommes que de femmes.

La prévalence est de 2% en population générale. L'étiologie du trouble est d'origine multifactorielle et repose sur l'association de facteurs biologiques, cognitifs et psycho-pathologiques qui vont favoriser l'impact des facteurs sociaux chez un individu présentant une vulnérabilité individuelle.

Enfin, le traitement reconnu efficace combine une thérapie cognitivo-comportementale et l'introduction d'inhibiteurs de recapture de la sérotonine.

L'ANOREXIE MENTALE

Le mot anorexie dérive du grec « *orexis* » et signifie « absence d'appétit ». **L'anorexie mentale**, se différencie des autres formes d'anorexie par le caractère **volontaire** de la privation de nourriture afin d'éviter la prise de poids dans le but de maigrir, impliquant une lutte contre la faim et l'absorption des aliments, sans perte d'appétit initiale (61).

I. HISTORIQUE

A. Introduction : de la mythologie aux premières descriptions cliniques maladie

S'il n'existe pas de description clinique de l'anorexie dans l'antiquité, la destinée tragique de certaines héroïnes mythiques évoque un sacrifice faisant écho aux contraintes retrouvées dans l'anorexie contemporaine. Le parallèle est frappant notamment chez la nymphe Eco, amoureuse éconduite de Narcisse, qui est réduite à une voix écholalique par Junon pour avoir favorisé les infidélités de son époux Jupiter avec d'autres nymphes. Le corps est ainsi sacrifié à l'orée des transformations/pubertaires et Eco, réduite à un écho est vouée à demeurer dans l'ombre d'une figure maternelle primitive. Elle a en commun avec l'anorexique mentale de rester figée à l'adolescence, et d'être privée de son destin de femme pouvant accomplir une sexualité. Le mythe vient symboliser toute la logique sacrificielle liée aux dangers de l'adolescence. Parmi ces derniers on retrouve toute l'ambivalence autour de l'identification à la mère qui implique à la fois une certaine rivalité et, pour pouvoir y survivre une séparation/différenciation qui effraye et peut engendrer culpabilité et effondrement narcissique. La seule façon de s'en différencier consiste à rejeter une nourriture qui symbolise la mère. Les désirs œdipiens réactivés à l'adolescence sont refusés par le biais de l'attaque du corps. Par-delà Junon, il y a Jupiter, dont écho favorise les infidélités. La prégnance des désirs incestueux dans le mythe évoque celle des fantasmes de séduction paternelle dans l'anorexie. La figure paternelle, ne posant pas de limites, génère pour l'anorexique une excitation débordante que l'agir (hyperactivité, boulimie) vient évacuer (62).

Avant d'être reconnue comme affection mentale durant la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, l'anorexie est considérée dans la littérature du Moyen Age comme une performance religieuse, on la décrit comme « anorexie sainte ». La mortification des besoins du corps vise l'absolution du désir et la recherche d'une pureté.

Le cas le plus connu est celui de Catherine de Sienne qui s'impose des restrictions alimentaires de plus en plus importantes, qui ont valeur de dévouement sacrificiel à Dieu (63).

Lors de la Renaissance, la Réforme attribue cette pratique ascétique à la possession démoniaque avant qu'elle ne soit considérée comme simulation puis reconnue comme maladie somatique au XVIIème siècle ou mentale au XIXème siècle (63).

B. Les premières descriptions cliniques

En 1689, Richard Morton décrit un tableau clinique détaillé de l'anorexie mentale qu'il nommera « phtisie nerveuse » et qui se caractérise par une consommation du corps sans fièvre, sans toux, sans dyspnée, avec une perte de l'appétit, un refus de nourriture, une aménorrhée, une hyperactivité, une constipation et un état de dénutrition sévère pouvant entraîner un affaiblissement somatique profond nommé « cachexie ». Il rapporte une origine nerveuse (64).

En 1873, grâce au médecin britannique William Gull, l'anorexie devient « mentale » et est reconnue, comme une entité clinique à part entière avec une origine psychique. Elle est individualisée sous le terme « *Anorexia Nervosa* », toujours en vigueur dans l'actuelle classification du DSM. Pour lui, l'anorexie est un état morbide causé par des troubles centraux et héréditaires. Le terme d'anorexie hystérique est retenu par le Docteur Lasègue qui propose une description fine des troubles dont la célèbre triade symptomatique, les trois A : Anorexie, Aménorrhée, Amaigrissement. Il fait déjà allusion à l'association régulière d'épisodes anorexiques et boulimiques. Pour lui, l'anorexie est une anomalie intellectuelle, dérivant d'un trouble centrale et héréditaire avec refoulement d'un souhait plus ou moins conscient (65).

En 1883, l'hypothèse d'une origine mentale du syndrome anorexique est relayée en France suite aux travaux de Charles Huchard à qui l'on doit le terme d'« anorexie mentale ». Il utilisera cette dénomination pour la différencier de l'anorexie gastrique.

Les psychiatres rapprochent l'anorexie mentale à d'autres entités déjà connues comme la mélancolie, l'hystérie, la phobie en fonction des modèles théoriques de l'époque. Ainsi, à partir du XIX^{ème} siècle, l'anorexie sera longtemps considérée comme un symptôme hystérique beaucoup associée à la névrose. Lasègue avait nommé le syndrome « Anorexia hystérique » avant d'opter pour le terme « *Anorexia nervosa* » et Gull le dénomma « *Apepsia hysteric* ».

Les médecins s'interrogent davantage sur l'absence ou la présence du symptôme dans ces syndromes plus généraux que sur la causalité inconsciente et les conflits psychiques sous-jacents.

Fin XIX^{ème}, début XX^{ème}, Gilles de La Tourette et P.Janet soulignent à juste titre l'importance de la perception du corps chez l'anorexique. Selon La Tourette les patientes souffrent d'un refus d'appétit plutôt que d'un manque d'appétit. Il pose également une distinction entre le refus de la nourriture de l'anorexie mentale qui serait relatif, et le refus de la nourriture du psychotique, qui serait absolu. Dans l'observation du cas Nadia, Janet relève une obsession de la honte du corps, d'où l'origine névropathique du trouble de l'alimentation dans l'anorexie mentale, et il défend l'idée que la crainte de l'embonpoint est liée à la honte du corps.

Depuis une cinquantaine d'années, les travaux sont marqués par un clivage entre deux écoles, celle privilégiant une approche psychodynamique interrogeant la fonction et le sens des symptômes anorexiques dans l'économie psychique du patient, et celle privilégiant une approche clinique psychiatrique, se spécialisant dans une démarche nosographique (62).

C. Evolution des conceptions étiologiques

Si le tableau clinique change très peu, les hypothèses étiologiques connaissent quelques changements. En effet, malgré la reconnaissance de l'anorexie comme pathologie mentale à la fin du XIX^{ème}, il existe un affrontement entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales qui n'ont pas la même conception sur les origines de la maladie. Pour les psychiatres, la cause est psychique alors que pour les somaticiens elle est physiologique.

Une période de confusion s'installe donc à partir de 1914 suite aux travaux de Simmonds qui considère que l'anorexie est une affection endocrinologique liée à une insuffisance hypophysaire. Il met en évidence une cachexie hypophysaire progressive lésionnelle ou due à une insuffisance antéhypophysaire.

Cependant, dans les années 1960, du fait de l'inefficacité des traitements hormonaux, ces hypothèses ne sont pas retenues et la symptomatologie endocrinienne apparaît alors comme la conséquence et non la cause de la privation nutritionnelle. Les hypothèses psychiques réapparaissent donc au premier plan. Les approches psychothérapeutiques vont se développer en fonction des différents modèles compréhensifs. On verra l'essor des approches psychodynamiques, comportementales, systémiques familiales, phénoménologiques.

L'intérêt se portera longtemps sur la relation à la nourriture avant de se déplacer sur l'image du corps. Les années 1960 vont marquer un tournant dans l'évolution des conceptions psychologiques de l'anorexie mentale. En effet, avant cette période la prévalence du modèle de la névrose en particulier de l'hystérie a une incidence sur la compréhension de l'anorexie. Les hypothèses freudiennes plaident en faveur d'une causalité sexuelle et inconsciente. A la suite de ses observations, les psychanalystes verront une régression devant la sexualité génitale avec une fixation pathologique aux stades précoces du développement psychosexuel. L'attention des cliniciens se portera longtemps sur la problématique orale, le lien à l'alimentation et les conflits sexuels sous-jacents. En parallèle, un autre courant de pensée qui s'intéresse à la personnalité des malades et aux relations interpersonnelles fait son apparition. Ainsi Boutonnier et Lebovici (1948) insistent sur l'importance du rôle de la mère dans la genèse de l'anorexie mentale.

Dans les années 1960, le symposium de Göttingen marque un tournant décisif dans l'évolution des conceptions psychopathologiques. L'intérêt de la recherche se déplace sur la problématique majeure de la relation au corps. L'incapacité à assumer les transformations pubertaires et la sexualité génitale fait de l'anorexie mentale un trouble associé de façon privilégiée aux problématiques de l'adolescence (66).

Aujourd'hui le courant de pensée est dominé par la théorie de la dépendance selon laquelle l'anorexie mentale s'apparente à une conduite toxicomaniaque (67)(68).

En résumé nous retiendrons que la problématique de l'image du corps est mise en évidence à l'époque par plusieurs auteurs. Malgré les tentatives de Janet et Gilles de la Tourette d'amener le corps au centre de la compréhension de l'anorexie mentale, la nourriture restera encore longtemps au centre des travaux jusqu'au symposium de Göttingen en 1965 (69). Nous verrons dans un prochain chapitre les autres apports théoriques mettant en évidence la problématique de l'image du corps chez les anorexiques.

II. CLINIQUE

A. Critères diagnostiques

Les troubles de la conscience et de l'image du corps figuraient parmi les critères diagnostiques de l'anorexie mentale du DSM-III. Ce critère était défini comme une perturbation de l'image du corps ; par exemple la personne dit se sentir grosse même si elle est très amaigrie, ou elle croit que certaines parties de son corps sont enrobées, alors qu'elles sont maigres.

1. Critères du DSM I-V-TR de l'anorexie mentale

Dans le DSM IV le critère du trouble de l'image du corps devient une perturbation du vécu du poids ou de la silhouette, une influence excessive du poids ou de la silhouette sur l'estime de soi ou un déni de la gravité de la perte de poids (20) :

- Critère A : Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, perte de poids conduisant au maintien d'un poids inférieur à 85% du poids attendu ou incapacité à prendre du poids pendant une période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu) ;
- Critère B : Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale ;
- Critère C : Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle ;
- Critère D : Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c'est à dire absence de règles sur trois cycles consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes).

On distingue deux sous-types d'anorexie :

- Type restrictif (« *restricting type* ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas présenté, de manière régulière, de crise de boulimie, ni eu recours aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements) ;

- Type avec crise de boulimie/vomissement/prise de purgatifs (« *binge-eating/purging type* ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a présenté, de manière régulière, des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

2. Critères diagnostiques selon le DSM-V

En Mai 2013, le nouveau DSM, dans sa 5^{ème} édition est parue aux Etats-Unis. Certains critères ont été modifiés (21) :

- Le critère A : Il ne comprend plus la limite de 85% du poids attendu, car ce critère excluait les personnes obèses ou en surpoids qui avaient perdu beaucoup de poids sans atteindre cette limite attendue. Toutes les formulations qui impliquaient un comportement intentionnel et donc péjoratif et difficile à évaluer ont été modifiées : « Refus de maintenir un poids corporel normal » est remplacé par « Restriction énergétique menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille » ;
- Le critère C : Le « Dénier du degré de sévérité » est remplacé par la « Non reconnaissance du degré de sévérité » ;
- Le critère D : L'aménorrhée a disparu car elle excluait les hommes, les filles avec une aménorrhée primaire, les femmes sous contraception hormonale et les femmes ménopausées.

Les deux formes principales d'anorexie ont également été modifiées puisqu'il apparaît un délai de 3 mois :

- Type restrictif : La personne n'a pas eu d'épisode de boulimie/« *binge eating* » ou de comportement purgatif **durant les trois derniers mois** ;
- Type purgatif : la personne a eu des épisodes de boulimie/« *binge eating* » ou des comportements purgatifs **durant les trois derniers mois**.

Le délai de trois mois a été rajouté afin de différencier l'hyperphagie boulimique de la boulimie.

3. Critères diagnostiques de la CIM-10 (F 50.0)

Dans la CIM-10, l'anorexie se trouve dans le chapitre « Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ». Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments précisés ci-dessous (22) :

- Critère A : Poids corporel inférieur à la normale de 15% (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou l'index de masse corporelle de Quetelet est inférieur ou égal à 17,5.) Chez les patients pré-pubères, la prise de poids est inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance ;
- Critère B : La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques ;
- Critère C : Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser ;
- Critère D : Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline ;
- Critère E : Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de celle-ci sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Les troubles de l'image du corps peuvent se manifester sous différentes formes : altération dysmorphophobique de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, hantise de grossir ou influence excessive du poids ou de la morphologie corporelle sur l'estime affective de soi, hyper-réactivité et hyper-esthésie au regard d'autrui, déni de la maigreur actuelle, de sa gravité ou de ses conséquences.

B. Séméiologie

Le trépied classique associe anorexie, amaigrissement, aménorrhée :

1. La triade classique

a) La conduite Anorexique

C'est un comportement de restriction volontaire de l'alimentation qui devient vite méthodique avec de nombreuses préoccupations autour de l'alimentation, et des calories. Le terme d'anorexie n'est pas tout à fait adéquat car il n'y a pas de perte de sensation de faim, du moins au début. Celle-ci est d'ailleurs ressentie de manière intense au début mais la patiente lutte activement contre cette sensation. E.Kestemberg parle « d'orgasme de la faim », véritable jouissance tirée de la maîtrise sur la faim (70). Ce n'est qu'une fois que l'amaigrissement est important, que l'anorexie s'installe avec perte totale de la sensation de faim. La restriction s'installe progressivement, elle est :

- Quantitative : on observe une diminution progressive et résolue de la ration calorique quotidienne surtout sur les apports glucido-lipidiques ; cette ration peut rester inférieure à 300 calories par 24h. Cette restriction peut passer inaperçue et prendre le masque d'un régime bien toléré par tous. Cliniquement des symptômes cachés ou automatiques peuvent apparaître dont la patiente n'a pas conscience. La patiente va disséquer les morceaux en des portions minimales, mâcher sans fin, recracher la nourriture. Un mérycisme est parfois présent (régurgitation volontaire d'aliments suivis de mâchonnement) ;
- Qualitative : la patiente sélectionne les aliments, trie le contenu de son assiette, écarte les sauces.

Paradoxalement cette conduite anorexique s'accompagne d'un intérêt exagéré vis à vis de la nourriture.

La patiente y pense toute la journée, fait la cuisine, collectionne les recettes, nourrit les autres, connaît la valeur calorique de tous les aliments, prend possession de la cuisine familiale, évalue les actes nécessaires pour éliminer ce qui a été avalé.

Des stratégies de contrôle du poids se surajoutent au tableau : prises de médicaments (laxatifs, diurétiques), prise de produits stimulants (caféine, cola), prise de coupe faim, édulcorants en grosse quantité, potomanie, vomissements provoqués (45) (71).

b) L'amaigrissement

Modéré au début, il devient rapidement spectaculaire. Il dépasse 20 à 30 % du poids initial et peut aller jusqu'à 50 % dans les formes cachectisantes. Une perte initiale de 10 % est requise pour poser le diagnostic. Son intensité est évaluée par l'indice de poids corporel. Sa rapidité d'installation est un facteur de gravité (72).

Physiquement on observe un aspect évocateur :

- Les formes féminines et panicules adipeux ont disparu laissant place à un corps anguleux dont les membres décharnés ont un aspect de baguette de tambour. Le visage émacié est entouré de cheveux ternes et peut faire apparaître un lanugo (duvet) du fait de l'hypertrichose (augmentation de la pilosité) ;
- Les troubles circulatoires engendrent pâleur, rougeurs et cyanose des extrémités ;
- Les œdèmes de carence apparaissent au niveau des membres inférieurs et des paupières ; les patientes ont froid et sont en général hypotendues et bradycardes.

Au total, les formes marquant la féminité disparaissent pour laisser place à un aspect fragile grêle, faisant ressortir les articulations. L'amaigrissement peut être exhibé ou dissimulé et dénié par la patiente, qui parfois même se trouve encore trop grosse particulièrement au niveau des cuisses ou des fesses. Contrastant avec cette maigreur, on note une incroyable absence de fatigue et une force physique. Un ralentissement physique ou idéique signe d'ailleurs une gravité extrême signant une dénutrition sévère.

La perte de poids s'accompagne d'un sentiment de triomphe alors que la prise de poids, s'accompagne d'un mécontentement important (45)(71)(72).

c) L'aménorrhée

Dans la classification DSM-IV, elle était considérée comme nécessaire au diagnostic et faisait partie de la triade diagnostique. Avec le DSM-V, sa présence n'est plus nécessaire au diagnostic, car la prise d'oestrogènes à visée contraceptive ou de rééquilibrage hormonal peut modifier ce symptôme (21). Elle est définie par un arrêt de trois mois des cycles menstruels antérieurement réguliers, ou un arrêt de six mois quand les cycles étaient irréguliers. Elle peut être primaire lors des anorexies pré-pubères quand la jeune fille n'a jamais été réglée ou secondaire, cas le plus fréquent. L'aménorrhée peut précéder ou suivre l'amaigrissement, mais elle est le dernier symptôme à disparaître, car elle persiste plusieurs mois après la reprise pondérale. La dénutrition n'explique pas en totalité l'apparition de l'aménorrhée mais elle peut l'entretenir et l'aggraver. Sa survenue semble liée à un phénomène psycho-dépendant agissant au niveau central sur l'axe cortico-hypothalamo-hypophysaire.

Pendant la maladie, les patientes acceptent ce symptôme et sont mêmes parfois satisfaites de ne plus avoir leur règles. En revanche, lors de la reprise de poids en cours de traitement, la persistance de l'aménorrhée les inquiète (45)(71)(72).

2. Les symptômes associés

a) L'hyperactivité physique :

Sous tendue par une volonté de maîtrise et d'amaigrissement, elle peut être de deux ordres (45) :

- Objectivable cliniquement par l'entourage et de nature diverse : il peut s'agir du sport en club, de la marche à pieds, la course à pieds, de la danse, du jogging, de la gymnastique. L'hyperactivité peut devenir extrême et aller parfois jusqu'à la maltraitance (exposition au froid, réduction du temps de sommeil, bains froids, chauffage coupé, privations diverses) ;
- Moins objectivable par l'entourage : elle échappe davantage à la patiente et au clinicien du fait de son caractère automatique. La patiente est toujours debout, se lève systématiquement, bouge sur place, contracte tous ses muscles, ne pose pas les pieds lorsqu'elle est assise, monte et descend les escaliers, est constamment agitée, fait le ménage et autres tâches domestiques de manière excessive, ne pose pas sa tête sur l'oreiller, n'est jamais détendue etc...

b) L'hyper-investissement intellectuel et pseudo-adaptation sociale :

La quête de performance et le besoin de reconnaissance des autres, en particulier des parents pousse les anorexiques à passer de longues heures à travailler et à apprendre par cœur, et à obtenir des résultats brillants. Néanmoins, elles réussissent mieux dans les matières qui font appel au savoir et à la mémoire que dans celles exigeant une certaine imagination et créativité. Aussi, la fatigue liée à la dénutrition, les difficultés de concentration, l'envahissement psychique par les pensées alimentaires, vont à un stade avancé faire chuter les notes. La prise de conscience de ces difficultés peut l'aider à accepter les soins. Pour ce qui est extra-scolaire, elles s'intéressent en général peu aux activités culturelles, de loisirs ou de détente, sauf lorsqu'elles s'accompagnent d'effort physique. Cet hyper-investissement scolaire accompagné d'un emploi du temps rigide, et organisé laissant peu de place pour les surprises et l'inattendu, est à l'origine d'un isolement social que les patientes masquent par une adaptation sociale de surface (73).

c) La perception déformée de l'image du corps ou dysmorphophobie

Les perturbations concernant les relations que l'anorexique entretient avec son image du corps, sont une caractéristique importante de ces patients. Certaines femmes se verraient grosses en dépit de la réalité, d'autres se reconnaîtraient mince ou même maigre mais pourraient surestimer certaines parties de leur corps comme le ventre, les fesses, les cuisses ; et d'autres seraient fières de leur apparence corporelle. Malgré ces différences, il apparaît que toutes ont en commun un désir effréné de minceur et une hantise de grossir qui s'accroît avec l'amaigrissement. Dans ce contexte, on observe de nombreuses vérifications du corps avec prises de mesures incessantes des tours de taille, de hanche, de cuisse, de longues heures passées devant le miroir à rechercher le moindre bourrelet.

e) **Le désintérêt pour la sexualité :**

Il se manifeste physiquement, par le refus des formes et des transformations corporelles de la puberté, ainsi que psychiquement par l'absence d'intérêt pour les relations sexuelles. Les premières expériences, si tant est qu'il y en ait, sont en général décevantes ou traumatiques. Si elles ont une activité sexuelle, cette dernière est le plus souvent conformiste, désinvestie et exécutée sans recherche de plaisir. L'activité masturbatoire est peu fréquente.

3. Déclenchement et évolution clinique

- Facteur déclenchant : La patiente est en général très vulnérable devant des situations de perte, de séparation, de changement. Parmi les facteurs les plus retrouvés, on retrouve :
 - La mort ou la séparation d'un parent proche (décès d'un grand parent, départ de la fratrie) ;
 - L'éloignement du milieu familial, un déménagement ;
 - L'échec ou la réussite à un examen ou un concours (la perspective étant en général de quitter le milieu familial) ;
 - Une première relation sentimentale ;
 - Les remarques moqueuses de la part de l'entourage sur une surcharge pondérale pourtant banale.
- Evolution : Ch.Lasègue et B.Brusset ont décrit une évolution de l'anorexie mentale en trois phases typiques (65) (73) :
 - La première débute après un événement déclenchant et entraîne l'installation de la conduite de restriction alimentaire, dans un contexte d'insatisfaction, d'humeur dépressive et d'altération de la relation à autrui ;
 - La deuxième correspond à une phase d'optimisme et de triomphe où les patientes sont récompensées de leurs efforts et de leur amaigrissement. Le contrôle donne un sentiment de puissance ;
 - La troisième phase, plus variée, correspond au moyen et long terme. C'est la période de l'hyperactivité et/ou de vomissements provoqués. Cette phase peut durer ou être interrompue par des périodes d'amélioration courtes, et aboutit soit à une anorexie chronique ou à la cachexie grave si aucun soin n'est initié, soit à un début de prise en charge thérapeutique.

4. Les différentes formes cliniques

a) L'anorexie restrictive pure ou l'anorexie avec conduite de purge

Le DSM-V précise que dans la forme restrictive pure il n'y a pas eu recours aux comportements purgatifs, ni de crise d'hyperphagie boulimique qualifiée de « *binge eating disorder* », durant les trois derniers mois.

A l'inverse, dans la forme purgative, on observe l'apparition d'une hyperphagie boulimique ou de conduites de purges avec vomissements provoqués ou prise de laxatifs et diurétiques, dans les trois derniers mois (21).

b) L'anorexie masculine :

Elle est rare, puisqu'elle représente 10 % des cas. Les obsessions vont de la crainte des formes féminines, à la recherche d'une musculature développée et virile. Le corps doit être le plus « sec » possible et doit avoir le moins de graisse possible. L'aménorrhée est remplacée par des troubles de l'érection et de la libido. L'hyperactivité est plus fréquente que chez la fille (74).

Pour Brusset (75), divers facteurs peuvent expliquer la prédominance féminine :

- L'attitude des mères vis à vis de leur bébé diffère en fonction du sexe : les mères seraient plus tolérantes vis à vis de leur bébé mâles notamment lors des repas ;
- Le trajet psychologique que doit accomplir la petite fille pour parvenir à son identité sexuelle est plus complexe que celui du garçon. La fillette doit renoncer à son objet d'attachement qu'est la mère pour se tourner vers le père et en même temps changer de zone érogène puisque la zone clitoridienne primitivement investie laisse place à la sphère génitale ;
- « Le désir d'acquérir une image conforme à un idéal constitue le dénominateur commun des anorexies mentales à l'adolescence. Une image du corps dû soit à jamais bannir la référence à l'identité sexuée pour promouvoir et exhiber des qualités morales et intellectuelles liées à la pureté à la minceur d'un corps parfaitement maîtrisé qui atteste leur pouvoir sur elle-même et prend une signification héroïque ». Or le narcissisme féminin se cristallise au niveau du corps tout entier à la différence de celui du garçon, centré sur son pénis sur lequel se focalise l'angoisse de castration ;

- Ce phénomène se joue surtout à l'adolescence, où la transformation est voyante et l'identité sexuelle s'inscrit sur le corps, surtout chez la fille. Cela peut être mal vécu en raison de l'angoisse de castration entraînant une mauvaise image de la mère.

c) L'anorexie prépubère

L'anorexie prépubère commence avant tout signe de puberté, vers 9, 10 ou 11 ans. La symptomatologie est assez proche de l'anorexie survenant à l'adolescence si ce n'est que l'aménorrhée est primaire. Aussi, ce sont des formes sévères pour lesquelles le retentissement somatique est important et le pronostic est plus réservé. La croissance est retardée voire même arrêtée définitivement. Environ 8% des cas d'anorexie débutent avant l'âge de 10 ans (68).

III. EPIDEMIOLOGIE

Les études épidémiologiques en population générale sont difficiles du fait de la faible prévalence de l'anorexie mentale et du déni des troubles entraînant entre autre un évitement du système de soins. C'est pourquoi les études sont pour la majorité réalisées en milieu clinique. Les résultats de ces deux types ne peuvent être confondus puisque les patients étant plus enclins à demander un traitement présentent en général plusieurs diagnostics. Les données issues de population clinique portent sur des échantillons souvent limités excepté quelques études récentes issues des registres des pays Scandinaves.

En France, il n'existe pas de données d'incidence et de prévalence connues pour l'anorexie mentale. Une étude est actuellement en cours, l'étude ESCAPAD (enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel de préparation à la défense). Elle porte sur un échantillon de 50000 personnes, représentatif de la population générale Française et permettra d'évaluer la prévalence des troubles du comportement alimentaire en France sur la période 12-17 ans.

L'évaluation de l'évolution de l'anorexie mentale dans le temps est difficile du fait de la multiplicité des classifications diagnostiques (APA, DSM, CIM) et de leur évolution dans le temps (DSMIII, DSM III-R, DSM-IV, et plus récemment DSMV ; CIM-9 puis 10). Les taux de prévalence du trouble initialement mesurés par le DSM-IV ne correspondent pas à ceux basés sur le DSM-V du fait des changements de critère diagnostic. Les comparaisons entre les études utilisant des classifications différentes ainsi que les comparaisons dans le temps sont donc délicates.

A. Sexe et âge

L'anorexie mentale touche principalement les jeunes femmes entre 15 et 24 ans avec un sexe ratio d'un homme pour dix femmes. Les pics de fréquence de survenue du trouble se situent à 14 ans et à 18 ans. Cependant l'âge de début tend à baisser et des formes très précoces d'anorexie mentale considérées comme sévère et débutant à l'âge de huit ans, ont été signalées.

En ce qui concerne la boulimie, l'âge de début est plus tardif, il varie entre 19 et 20 ans (76)(77).

B. Critères socio-démographiques

La vision de l'anorexie mentale comme maladie touchant les jeunes filles de milieux favorisés est largement décrite dans la littérature ce qui amènera les auteurs à proposer un modèle dans lequel les facteurs socio-culturels sont des déterminants étiopathogéniques importants. Certains auteurs se sont montrés critiques à ce sujet et ont essayé de démontrer l'absence de liens significatifs entre la pathologie et la classe sociale. En effet, lors de l'accès aux soins, il y a des biais liés à l'implantation géographique des lieux et à leur renommée qui impliquent que les services spécialisés drainent les catégories socioprofessionnelles les mieux informées, à savoir les plus favorisées. Cependant, la polémique a été réactivée par une étude monocentrique plus récente étudiant l'évolution des classes sociales dans leur recrutement pendant 33 ans. Dans cette étude, ils observent une sur-représentation des classes sociales malgré une évolution vers plus de variabilité sociale, une meilleure détection et une plus grande demande de soins grâce à une plus grande médiatisation. Ils constatent un âge de début inférieur dans les classes sociales supérieures et font l'hypothèse qu'il serait lié à une pression sociale plus forte en ce qui concerne l'idéal de minceur, associée dans les milieux favorisés, au modèle de réussite (78).

C. Prévalence

La revue de la littérature de Roux et coll publiée en 2013 propose un bilan de l'épidémiologie de l'anorexie mentale (76). Il existe une grande disparité des troubles en fonction du lieu de recrutement et la classe d'âge. La prévalence dans des populations dont l'âge varie de 11 à 35 ans est comprise entre 0 et 0,9% avec une moyenne de 0,29%.

Les chiffres les plus élevés étaient retrouvés dans un échantillon de patients dont l'âge se situait entre 15 et 18 ans, donc à l'adolescence (79).

Dans une étude européenne incluant des sujets de plus de 18 ans, la prévalence vie entière retrouvée est de 0,48% chez les femmes.

Une étude finlandaise de 2007 avec une cohorte plus élargie, retrouve une prévalence vie entière un peu plus élevée correspondant à 2,2 %. La moitié n'était pas détectée par le système de santé (80).

Chez les Hommes, Hudson et Hiripi ont retrouvé une prévalence vie entière de 0,3%.

D. Incidence

Hoek et coll ont réalisé en 2003 une revue des incidences de l'anorexie mentale. L'incidence était comprise entre 0,1 et 12 pour 100 000 habitants par an, tous âges confondus. Cette disparité est liée aux multiples échantillons étudiés : population générale, consultation spécialisée ou générale (79). L'incidence était faible en médecine spécialisée ou générale puisqu'elle variait entre 4,2 et 8,3 pour 100 000 habitants par an ; traduisant un évitement important des soins. Des études récentes ont montré qu'en en population générale, l'incidence était bien plus élevée variant de 109 à 270 pour 100 000 personnes par an entre 15 et 19 ans (80). L'augmentation de l'incidence au cours des siècles fait débat. Le nombre de cas varie en fonction de la capacité de dépistage des soignants et de la demande de soins qui sont fonction de l'époque considéré. L'augmentation des cas d'anorexie mentale peut s'expliquer par le fait que la reconnaissance du trouble par les médecins et la médiatisation est récente et a pu favoriser la prise de conscience du trouble et la demande de soins. Aussi, certains sujets âgés ne se rappellent pas ou peuvent n'avoir pas conscience d'avoir souffert d'anorexie mentale. Enfin l'incidence varie en fonction des critères diagnostiques utilisés, des techniques d'enregistrement des cas, des variations démographiques des populations, des méthodes de détection utilisées et des pays considérés. Les incidences sont donc variables d'un pays à l'autre où les contextes socio-culturels et les systèmes de soins sont différents. L'incidence aurait augmenté en Europe dans la population recevant des soins en santé mentale entre 1950 et 1970, puis se serait stabilisée (76).

E. Morbidités

Dans l'anorexie mentale, elles sont nombreuses. On distingue :

1. Les complications somatiques

- **Aigues** : elles sont liées à la dénutrition ou aux comportements associés comme les vomissements ou la potomanie. Tous les appareils peuvent être touchés. L'atteinte cardiovasculaire peut toucher jusqu'à 87% des personnes, on observe des troubles digestifs hauts tels que des gastralgies ou des reflux gastro-oesophagiens, une fréquence plus élevée d'hypercholestérolémie et d'hypertriglycéridémie, des complications hématologiques (thrombopénie, anémie, leucopénie), des complications rénales, dermatologiques, un métabolisme du glucose perturbé (81) ;

- **Tardives** : elles sont liées à la dénutrition à long terme. On observe des complications osseuses comme une ostéopénie, une ostéoporose, une augmentation du nombre de fractures. On retrouve également des retards de croissances lors des anorexies prépubertaires, des complications gynécologiques avec une augmentation du nombre de fausses couches spontanées et du taux de césariennes.

2. Les complications et comorbidités psychiatriques

Godart et coll ont étudié le devenir global de sujets ayant souffert d'une anorexie mentale et ayant été hospitalisés dans un service spécialisé 6 à 12 ans auparavant. Parmi ces patientes, 85,6% auraient connu un épisode dépressif majeur au cours de leur vie, dont la moitié est survenue avant le début de l'anorexie mentale. 83,5% des patientes auraient souffert d'un trouble anxieux durant leur vie et 46,4% auraient débuté un trouble anxieux avant le début de leur anorexie (81).

Les troubles du comportement alimentaire sont associés à une augmentation des pensées suicidaires chez les 12-19 ans, les idées suicidaires sont environ 3 fois plus fréquentes. Les tentatives de suicides touchent 3 à 20% des anorexiques et 25 à 35 % des boulimiques.

3. Le devenir

Le devenir à court terme est essentiellement déterminé par les complications somatiques aiguës précisées ci-dessus. Le devenir à long terme dépend des complications somatiques et psychiatriques plus tardives. Après cinq ans d'évolution, 66,8% des sujets anorexiques en population générale sont guéris. La durée d'évolution en population générale est inférieure à celle en population clinique.

Cela peut s'expliquer par une sévérité plus importante des cas observés en population clinique. Steinhausen a fait une revue de la littérature totalisant 5590 patients en population clinique âgés de 10 à 18 ans. En moyenne, 47% des personnes soignées pour anorexie mentale sont guéries, 34% s'améliorent, 21% souffrent d'une TCA chronique et 5% sont décédées. Si on isole les symptômes principaux, l'amélioration est meilleure. En effet, la normalisation du poids se retrouve chez 60% de sujets, le retour des règles chez 57% et la normalisation du comportement alimentaire chez 47% des sujets (82).

F. Mortalité

La plus grosse étude réalisée concernant la mortalité est celle de Papadopoulos et coll (2009). Cette étude portant sur 6009 sujets hospitalisés pour anorexie mentale puis suivis pendant 13,4 ans, estime une surmortalité de 6,2 fois plus importante chez ces sujets qu'en population générale. Les principales causes sont le suicide, l'anorexie mentale et le cancer. Un âge plus jeune et une durée d'hospitalisation plus longue lors de la première hospitalisation étaient associés à une mortalité moindre alors que l'âge des sujets était positivement corrélé à la mortalité (83). Une mortalité très importante a été constatée en France chez 601 sujets âgés de 26,4 ans hospitalisés dix ans auparavant dans un service pour adulte spécialisé. En effet, le ratio standardisé de mortalité retrouvé était de 10,6 en sachant que les critères d'hospitalisation sélectionnent des sujets souffrant exclusivement d'une forme très sévère d'anorexie mentale bien souvent associée à une comorbidité psychiatrique importante (84).

IV. ETIOPATHOGENIE

A ce jour, il existe une pluralité d'approches au sein de plusieurs domaines (biologique, psychologique, social). Il est donc difficile d'attribuer la pathologie à une cause unique. Les spécialistes de l'anorexie mentale s'accordent à dire que l'étiologie de l'anorexie mentale est multifactorielle. Nous pouvons concevoir schématiquement 3 grands modèles explicatifs de l'anorexie mentale : le modèle neurobiologique, socio-culturel et psycho-pathologique. Les modèles croisant les différentes approches sont dites « intégratifs ». Ces derniers tentent de dégager des facteurs prédisposants (biologiques, socioculturels, familiaux et de vulnérabilité individuelle), des facteurs précipitants (insatisfaction, régime, puberté, deuil, séparation), et des facteurs pérennisants (dénutrition, facteurs familiaux, réaction de l'entourage, nouvel équilibre psychique) (85).

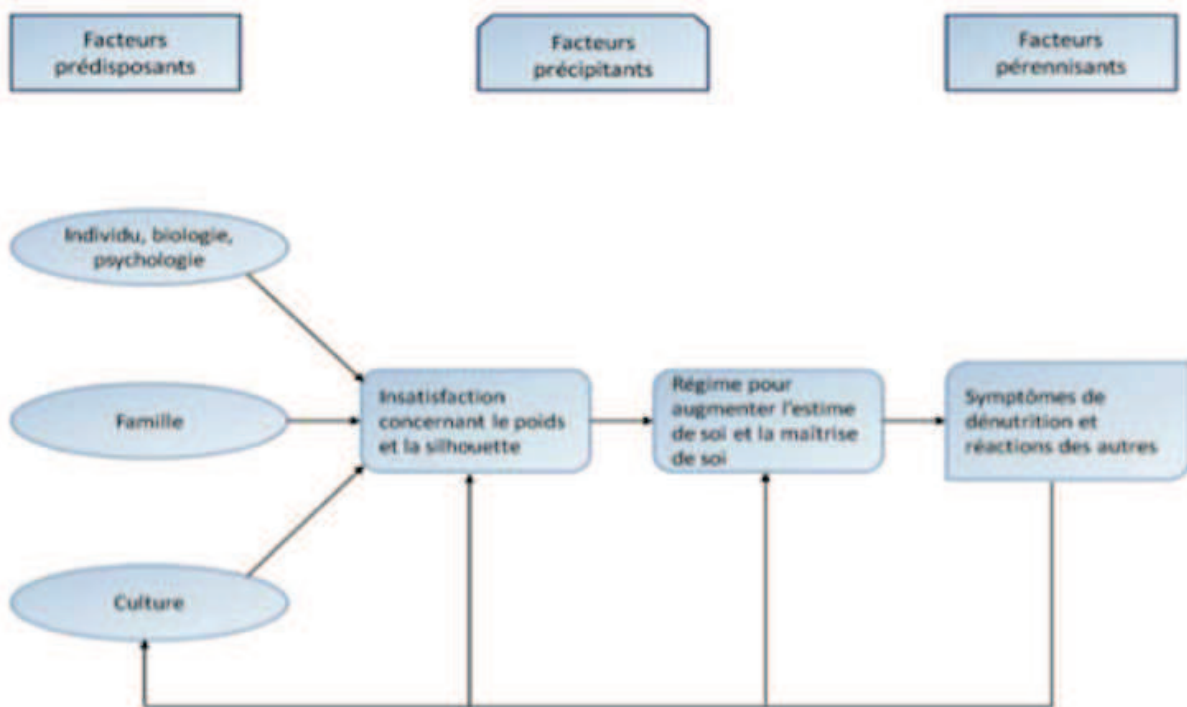


Figure 8 : L'anorexie mentale, trouble multifactoriel (D'après Garber, *The Lancet*, 1993 (Godart, 2007))

A. Modèle socio-culturel

Le contexte socio-culturel joue un rôle important dans la genèse de l'anorexie au même titre que pour le BDD. En témoigne la disparité de cette pathologie à travers le monde. L'épidémiologie montre qu'elle est pratiquement inconnue chez les Africains et Américains, qu'elle est contemporaine de l'occidentalisation du pays et beaucoup plus fréquente dans les classes moyennes et aisées.

A l'heure actuelle, le corps valorisé pour la femme est le corps mince, longiligne, dénué de graisse ou de forme. Non seulement est-il désirable, mais il promet des merveilles puisqu'il garantit maîtrise, succès, efficacité, réussite et compétence. Or, si les transformations physiques de la puberté rapprochent les garçons d'un développement musculaire similaire à la poupée « Ken », elles éloignent les jeunes filles de la morphologie de « Barbie » en lui donnant des hanches et des cuisses. L'écart est grandissant entre leur corps mutant et celui idéalisé et prôné par tous. C'est pourquoi, le culte du corps filiforme peut favoriser, chez des adolescents fragiles plus enclins à intérioriser les normes esthétiques, des préoccupations concernant la minceur et l'alimentation, favorables au déclenchement de l'anorexie et de la boulimie (86) (87).

B. Modèle Biologique

Aujourd'hui, l'hypothèse d'une causalité biologique de l'anorexie trouve un regain de popularité dans la littérature psychiatrique. L'hypothèse d'anomalies biologiques, potentiellement préexistantes au développement de l'anorexie mentale (anomalies sérotoninergiques et/ou de l'axe corticotrope), a été formulée par certaines études récentes. Par ailleurs, les études familiales et de jumeaux indiquent l'existence de facteurs génétiques partagés par l'anorexie mentale et la boulimie.

À l'heure actuelle, l'idée dominante est que différents gènes seraient porteurs de perturbations mineures qui, lorsqu'elles se cumulent chez un individu et se conjuguent à des facteurs environnementaux défavorables, amplifient des traits de personnalité et/ou dysfonctionnement de processus biologiques de régulation des comportements (système régulant faim/satiété, voies métaboliques, contrôle/impulsivité, etc.) pour aboutir à l'expression clinique du syndrome d'anorexie mentale et/ou de boulimie. Ce terrain « généticobiologique », associé ou causé par des caractéristiques psychologiques particulières, potentialiserait l'apparition du syndrome alimentaire.

Récemment, une équipe de recherche de l'Université de Rouen dirigée par Pierre Déchelotte, qui étudie les liens entre l'intestin et le cerveau à l'origine du dérèglement de la prise alimentaire a identifié une protéine qui s'avère être le sosie de l'hormone de la satiété (mélanotropine). Cette protéine (ClpB) est fabriquée par certaines bactéries dont l'*Escherichia coli* présente naturellement dans la flore intestinale. En présence de la protéine, des anticorps sont produits par l'organisme et dirigés contre celle-ci. Ils vont aussi se lier à l'hormone de la satiété du fait de son homologie de structure et donc modifier l'effet satiétogène de l'hormone.

La sensation de satiété est atteinte (anorexie) ou n'est plus atteinte (boulimie - hyperphagie). Par ailleurs, la protéine bactérienne apparaît elle-même avoir des propriétés anorexigènes.

L'implication probable de cette protéine bactérienne dans les troubles du comportement alimentaire chez l'homme a été établie grâce à l'analyse des données de 60 patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Les taux plasmatiques d'anticorps dirigés contre la protéine ClpB et la mélanotropine étaient plus élevés chez ces patients. La réponse immunologique déterminait le développement des troubles alimentaires vers l'anorexie ou la boulimie. Ces données valident ainsi l'implication de la protéine bactérienne dans la régulation de l'appétit et ouvre de nouvelles perspectives de diagnostic et de traitement spécifique des troubles du comportement alimentaire (88).

C. Modèles psycho-pathologiques

1. Modèle Psychanalytique

Considérer l'anorexie comme symptôme ou comme structure spécifique a longtemps été au centre des débats entre les psychiatres en ce qui concerne la place de l'anorexie mentale dans la nosographie psychiatrique. L'anorexie mentale a été rattachée à la quasi-totalité des pathologies psychiatriques, envisagée par les auteurs comme un symptôme. D'abord l'anorexie a été assimilée à l'hystérie (c'est à dire à une structure névrotique) par Gull, Lasègue, Freud, Charcot et Janet et leurs successeurs qui ont évoqué une forme de conversion par refoulement de l'érotisme oral dans un contexte de conflit œdipien. Ensuite elle a été rattachée à la mélancolie notamment par Freud. Elle a également été comprise comme une manifestation psychotique. La perversion a pu être évoquée, tant dans sa symptomatologie avec manipulation des personnes, mensonges, mythomanie, que dans sa dimension structurale de déni de la castration et de fétichisation du corps. Winnicott, lui, a classé les troubles de l'alimentation parmi les conduites antisociales et la psychopathie (89).

Après les années soixante l'anorexie devient une structure autonome et individualisée dans le champ psychopathologique et psychiatrique. Récemment, des auteurs comme Jeammet ont mis en évidence la dimension addictive de l'anorexie (90).

En ce qui concerne l'éclairage psychopathologique, il a porté dans un premier temps sur la nature du conflit pulsionnel et sur les représentations fantasmatiques qu'il générerait pour le sujet, toutes deux à l'origine de la conduite anorexique.

Il s'est déplacé ces dernières années, sur la pathologie du lien entre le sujet et son environnement et ses conséquences sur l'organisation de la personnalité du patient.

Sans revenir sur la totalité des théories et travaux concernant l'anorexie mentale, nous vous proposons de retracer les modèles les plus marquants concernant l'anorexie.

a) L'anorexie au regard de l'hystérie

Du fait de son association avec la pathologie hystérique, les auteurs ont longtemps cru qu'elle était liée à une sexualisation de la fonction alimentaire. En effet les fantasmes inconscients apparaissant lors de l'apparition de la sexualité génitale sont déplacés sur l'oralité et le dégoût des aliments permettrait de refouler les fantasmes et faire obstacle aux pulsions sexuelles.

Dans les années cinquante, J. Lacan situe la problématique de l'anorexie au niveau de la dialectique des premiers échanges entre le bébé et la mère. En effet, si le nouveau-né émet des cris dans un premier temps c'est pour que la maman puisse satisfaire son besoin. En lui répondant, le cri devient l'appel : première forme d'engagement aussi bien dans la parole que dans l'ordre symbolique. Pour obtenir la satisfaction, le bébé va progressivement s'adresser à la mère grâce à ses appels qui deviendront demandes par le langage. Dans cet échange entre demande et besoin, la réponse de la mère est vécue comme une preuve d'amour car elle ne donne pas seulement le lait mais également un surplus d'amour. A partir de là, l'enfant peut expliciter une demande pour renouveler la preuve d'amour et la demande de satisfaction d'un besoin se transforme en demande d'amour. En répétant la demande, l'enfant ne vise pas l'objet mais le rien qui lui permet de renouveler la demande d'amour. Il est donc important que la mère maintienne un certain écart entre le besoin et la demande qui va permettre à l'enfant d'accéder au désir. L'anorexique refuserait l'objet de satisfaction du besoin, à savoir l'aliment pour rechercher ce rien. Lacan définit le symptôme non pas comme « ne pas manger » mais comme « manger rien » (69).

b) L'anorexie vue comme une structure spécifique

Le symposium de Göttingen organisé par Meyer et Feldmann en 1965 va marquer un tournant dans l'évolution des conceptions psychopathologiques (66).

Les conclusions élaborées sont les suivantes :

- L'anorexie exprime l'incapacité d'assumer le rôle génital et les transformations corporelles de la puberté ;
- Le conflit se place au niveau de leur corps qui est refusé et maltraité, et non au niveau de la fonction alimentaire sexuellement investie ;
- La structure spécifique est propre à l'anorexie nerveuse, et différente d'une névrose classique.

Ces conclusions seront reprises et développées par différents auteurs qui vont étudier l'organisation de la personnalité et placeront la problématique identitaire au centre de la pathologie.

En 1975, dans cette même lignée de pensée, Hilda Bruch va considérer l'anorexie comme un trouble de l'image du corps provoqué par des perturbations de la perception intéroceptive. Pour arriver à cette conclusion, elle se base sur les symptômes suivants (91) :

- L'absence d'angoisse face à un amaigrissement important ;
- L'incapacité à reconnaître la sensation de faim ;
- L'hyperactivité motrice et l'absence de fatigue associée ;
- L'échec de la fonction sexuelle.

Elle place les perturbations de l'image du corps secondaire à des apprentissages défectueux lors du développement au cœur de la problématique anorexique.

Pour elle, l'origine des troubles du comportement alimentaire remonte à la petite enfance et serait la conséquence d'une mauvaise adaptation des réponses de la mère face aux besoins de l'enfant.

Selon elle, la discrimination entre la faim et les autres besoins de l'enfant n'est pas présent à la naissance, mais s'acquiert grâce aux expériences réciproques entre la mère et le bébé. Dans l'anorexie, les apprentissages sont défectueux et consécutifs à des attitudes pathogènes de la mère. Ainsi lorsque la mère nourrit son enfant en réponse à ses signaux indiquant un besoin nutritionnel, celui-ci distinguera la faim des autres besoins.

Si la réaction de la mère n'est pas adéquate, et propose systématiquement une réponse alimentaire, l'enfant ne pourra pas distinguer les différentes sensations corporelles, tels que faim, satiété, fatigue, faiblesse, froid, ou savoir si elles viennent de lui ou de l'extérieur. Aussi, ne connaissant pas le manque, le bébé aura du mal à comprendre que ses besoins ne soient pas immédiatement satisfaits. Il deviendra dépendant de l'environnement, et ne connaîtra pas le manque essentiel à la construction du désir.

Le processus d'identification est également entravé puisque l'indistinction mère / enfant entraîne une méconnaissance des limites de son moi, de l'identité et de l'image du corps (61).

Des auteurs plus modernes, ont repris les conceptions de Bruch pour les mettre ensuite au centre des interactions des enfants avec l'environnement et la famille. Pour eux, l'enfant est privé d'une base essentielle de son identité. Les parents continuent d'exercer un contrôle sur l'enfant, à lui imposer leurs attentes et besoins, le « privant du droit à sa propre vie ». A la puberté, l'adolescent se sent impuissant devant les nouveaux besoins du corps ainsi que les nouvelles exigences sociales : l'anorexie lui permet de compenser ce sentiment d'infériorité en lui donnant l'illusion de la toute puissance et lui permet aussi d'éviter ces situations qu'elle ne se sent pas en mesure d'aborder (87).

En 1972, E. Kestemberg, J.Kestemberg et S. Decobert proposent un nouvel éclairage de l'anorexie dans leur ouvrage « la faim et le corps ». Pour ces auteurs, l'anorexie mentale n'est plus rattachée à une structure de personnalité spécifique, mais témoigne d'une organisation narcissique vulnérable, apparentée à la psychose, ou le conflit œdipien serait à peine structuré et susciterait à l'adolescence une régression vers des fixations préobjectales (70). Conçu par Freud en 1914, le concept de narcissisme désigne le processus par lequel la libido se trouve retirée des objets (les parents le plus souvent) pour être investie sur le moi (92). En s'investissant soi-même comme objet d'amour, le sujet contribue à construire et consolider son moi, garant du sentiment continu d'exister. Pour que le sujet puisse s'investir lui-même, il doit avoir intériorisé ses premières relations avec ses parents. Il s'aimera et s'investira donc comme il a aimé et investi ses parents et comme ces derniers l'ont aimé et investi. Le narcissisme est donc le reflet d'une part de la qualité de ces investissements précoces, et d'autre part, d'une certaine capacité à les désinvestir. L'aptitude autoérotique à recourir à son propre corps pour pallier au manque de l'objet s'avère ainsi défaillante chez l'anorexique restée très dépendant des objets externes. Pour Kestemberg, la confrontation à la sexualité génitale est donc traumatique et engage une régression vers des stades antérieurs de la libido. Le refus de s'alimenter est un moyen de protéger le soi d'une extrême dépendance à l'environnement (93).

Ce modèle s'apparente donc à une pathologie du Moi et des assises narcissiques mettant en échec le processus d'individuation et prenant ses racines dans la petite enfance.

c) L'anorexie au regard des psychoses

Dans une autre perspective, l'anorexie a été rattachée à une pathologie des objets internes. En effet les psychanalystes remarquent chez les patientes anorexiques des états psychiques proches de la psychose notamment lorsque la symptomatologie fait apparaître des déformations du moi.

Selvini-Palazzoli (1982) fait de l'anorexie « une psychose monosymptomatique » qu'elle qualifie de « paranoïa intrapersonnelle ». Elle la situe à mi-chemin entre la schizophrénie et la dépression. Pour cet auteur, le corps représentant la mère est un persécuteur, et le fait de se sentir grosse est une idée délirante. Le corps nourri représente une menace pour le sujet qui est comme possédé par « une mauvaise mère » qui le nourrit et le fait grossir. Cette mère est confondue avec le corps et est donc l'objet d'une haine. Le corps est donc maintenu à distance car ses besoins sont ressentis comme dangereux, ravivant la dépendance menaçante à la mère primitive (87).

Selon Laufer et Laufer, c'est le corps sexué qui est vécu comme ennemi et persécuteur. La maturation physique pubertaire qui identifie le corps de l'adolescente à celui de la mère est éprouvée comme une emprise de la mère. Le corps est vécu comme menaçant car appartenant toujours à la mère. La mère internalisée est perçue comme une persécutrice responsable de la perte de contrôle de leur désir et de leur corps. Symbole de leur soumission à une mère omnipotente, leur corps est haï comme la mère est haïe et le corps peut être utilisé pour actualiser le fantasme de destruction de la mère. L'anorexie et la boulimie visent à détruire le corps sexué et à retrouver le corps pré-pubère (87).

d) L'anorexie envisagée comme une conduite addictive

Ces dernières années les troubles du comportement alimentaire sont intégrés dans le champ des toxicomanies. Pour Jeammet, ce qui domine sur le plan symptomatique n'est plus le conflit intrapsychique mais l'agir, l'anorexie apparaît comme un comportement pathologique plutôt qu'un trouble psychiatrique avec une structure spécifique. Cet auteur considère l'anorexie comme une conduite addictive défensive qui protégerait le Moi d'un risque de désorganisation et d'un effondrement de ses assises narcissiques (67) (68) (89).

Le regroupement des conduites addictives telles que l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires dans une même catégorie se base sur la constatation de symptômes communs, que sont :

- Début à l'adolescence avec réactivation de l'histoire événementielle de l'enfance ;
- Compulsivité avec obsession idéative autour de l'objet et de la conduite addictive ;
- Sentiment de manque ou de vide et impulsivité précédant le recours à l'objet addictif ;
- Substitution d'une dépendance à l'objet humain par une dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable ;
- Vécu de dépersonnalisation, état second hypnotique puis honte et culpabilité ;
- Dépressivité et lutte antidépressive dans les intervalles libres, manifestation somatique lors du sevrage, maintien masochiste de la conduite malgré les effets du manque et les conséquences délétères psychologiques, biologiques et sociales ;
- Fréquence de co-addictions lors de l'évolution.

Le paradoxe à l'adolescence est qu'il faut se nourrir des liens pour se développer mais à la fois pouvoir s'en détacher pour être soi. Ici, ce que les adolescentes ont en commun, c'est une grande insécurité intérieure et un manque d'estime de soi, qui les rendent dépendantes à leur entourage, au regard des autres et sensibles à la déception et à la perte. Cette fragilité et insécurité intérieure a longtemps été compensé par la famille ; mais arrivé à l'adolescence cette compensation n'est plus suffisante et la dépendance aux autres est telle qu'elle n'est plus supportable et devient menaçante pour le moi. Autrement dit, « ce dont j'ai besoin (l'autre) c'est ce qui me menace » (68).

Si l'autre est trop là, la personne n'est plus elle-même, et si l'autre n'est pas suffisamment là, la personne n'est plus tout court. Il y a là le paradoxe d'une demande affective trop importante mais difficile à accepter par crainte de la dépendance ou du rejet. Ce n'est donc pas étonnant si la nourriture est ce qu'il y a de plus problématique car cette dernière est révélatrice du lien à l'autre.

Ainsi, pour sortir de cette impasse, l'anorexique va utiliser son corps et la nourriture afin d'échapper au pouvoir de l'autre, de le contrôler en le mettant en échec.

Il en ressort une omnipotence qui lui permet de sortir de cette situation de fragilité et de dépendance (94).

Telle une drogue, le comportement de l'anorexique est addictif, lui apportant bien être en la protégeant de l'angoisse et de la dépression, ainsi qu'une identité bien à elle. Ce comportement va s'autorenforcer puisqu'il apparaît comme une réponse à l'insécurité et au vide identitaire et réorganise peu à peu toute la personnalité (67) (68) (90).

e) Problématique de l'image corporelle à l'aune des différents modèles

En retraçant ce bref parcours historique sur l'anorexie mentale et ses différents modèles théoriques, nous avons vu que mis à part certains auteurs comme Janet et Gilles de la Tourette, le corps était finalement peu évoqué et la compréhension de l'anorexique était appréhendée au travers de la nourriture.

Il faudra donc attendre 1965 pour voir un déplacement de l'intérêt de la recherche vers le corps. En effet, Bruch et ses successeurs accordent ensuite une place importante à la problématique de l'image du corps et la mettent au centre du modèle explicatif. Cette dernière explique le trouble de la perception du corps par un défaut d'apprentissage précoce dans les toutes premières interactions mère enfant.

Pour Selvini, les troubles de l'image corporelle ont valeur d'équivalents délirants. Le corps, confondu avec celui de la mère est vécu comme menaçant et dangereux. Le contrôle du poids permet de barrer toute possession du corps.

Ces dernières années, les auteurs ont mis l'accent sur la problématique de l'identité et du narcissisme. Dans cette perspective, l'image du corps appartient au monde perceptivo-moteur du sujet c'est à dire à tout ce qui lui est extérieur et qu'il peut contrôler. Pour les anorexiques il y a un surinvestissement de cette réalité externe qui vient compenser et protéger une réalité psychique interne défaillante ou menaçante sur laquelle le sujet dépendant ne peut s'appuyer.

Les troubles de l'image du corps apparaissent comme une forme d'agrippement à une maigreur qui constitue une force et le meilleur moyen de se sentir soi-même. La maigreur permet à l'adolescente d'éviter la puberté, de reprendre le contrôle sur elle-même et les autres, de vérifier sans que cela la rassure son pouvoir de maîtrise et sa capacité à modeler une image d'elle-même, à défaut de devenir le personnage idéal qu'elle souhaiterait être. Toutes les transformations qui évoquent un statut de femme à part entière sont déniées car non rassurantes et menaçantes.

Il vaut mieux être maigre car cet état l'assure d'être vue, de susciter le regard et les préoccupations d'autrui, de trouver une identité qui la conforte dans sa différence et dans son pouvoir de résister aux sollicitations et au pouvoir des autres. Mieux encore cet état permet de régresser à un stade antérieur, de continuer à bénéficier de la protection des parents, de continuer à être un enfant « qui s'accroche à la main de sa mère » parce qu'il a peur et ne se sent pas suffisamment capable d'affronter la vie seule (67)(89)(90).

Pour Chabrol la peur d'être grosse renvoie plus à une dépréciation de l'image du corps, qu'à un trouble de la perception du corps. Dépréciation engendrée par une estime de soi et l'identité dont l'extrême fragilité est révélée par l'intolérance au moindre défaut qui est vécu comme une difformité anéantissant la valeur personnelle. La nécessité de reprendre du poids menace leur existence et leur sentiment d'intégrité (96).

2. Modèle familial

- La famille : En dehors des relations précoces mère-bébé, une certaine typologie psychologique est proposée par certains auteurs, tantôt centrée sur la mère, tantôt sur le couple parental, tantôt sur la dynamique familiale. L'anxiété familiale semble participer au développement de l'anorexie mentale. D'une part, l'enfant ressent l'anxiété parentale, vit dans la crainte d'un danger plus inquiétant car inconnu. L'expression des désirs, de l'envie mais également de l'agressivité de l'enfant est donc difficile et même dangereuse puisqu'elle peut faire perdre l'amour de ses parents. L'enfant réprime donc ses émotions pour se protéger et protéger ses parents au prix d'une soumission excessive et du détriment de l'affirmation de soi. D'autre part, cette anxiété familiale peut entraîner des comportements de contrôle et de maîtrise excessive qui entrave l'autonomie et la liberté de l'enfant. Les parents ont donc tendance à mettre l'accent sur ce qu'on peut maîtriser face à cette anxiété qui échappe et vont donc valoriser les performances, la réussite dans les apprentissages. Cela renvoie donc à l'enfant que la seule façon de se faire aimer est de répondre à ces attentes précises. Parallèlement, l'anxiété conduit les parents à se méfier des émotions qui débordent. Ils vont réprimer toute manifestation d'affection et de tendresse et instaurer une distance vis à vis des enfants afin de se protéger de cela. Les enfants, en retour vont s'interdire la proximité physique dont ils ont besoin, mais resteront insatisfaits et en attente de plus, ce qui les rendra sensibles et réactifs aux attitudes des parents et des autres à leur égard. La juste distance n'existe pas, si les autres

sont trop proches, les enfants éprouvent vite un sentiment d'intrusion, si ils ne sont pas assez proches, ils se sentent vite abandonnés. L'analogie entre la relation à la nourriture et la relation affective est frappante, puisqu'entre boulimie et anorexie, l'individu oscille entre le tout et le rien. Le juste milieu est impossible à trouver (68).

- La mère, il y a plusieurs schémas de relation :
 - Fille double narcissique de la mère : soit la mère est admirative et sa fille est son prolongement, en admirant le comportement de sa fille elle devient complice dans la pathologie. Soit la mère est dénigrante et pense que la fille subira le même sort qu'elle, autrement dit qu'elle ne réussira jamais et qu'il faut la soutenir et s'occuper plus d'elle comme la mère aurait voulu qu'on le fasse pour elle, tout ceci au prix de l'indépendance de la jeune ;
 - Fille support de projection d'une image parentale : la grand-mère maternelle a souvent l'image d'une femme forte, puissante, à la fois aimée et idéalisée mais également investie avec beaucoup d'ambivalence cachant une certaine agressivité sous-jacente. Les relations des mères avec leur mère sont teintées de conflits et bien souvent la grand-mère est tellement idéalisée que la mère se retrouve dépendante de celle-ci et détient une image dévalorisée, et fragile par rapport à cette mère toute puissante. Le père souvent évoqué comme étant absent les pousse à se rapprocher. Ainsi, à travers sa fille, la mère retrouve en quelque sorte sa propre mère. La fille possède une ténacité et un calme qui amènent les mères à s'appuyer sur elles au détriment de l'autonomie et de la satisfaction propre de l'enfant. Les conflits normaux de l'adolescence vont déstabiliser cette relation, la fille ne répondra plus aux attentes de la mère et se sentira perdue et seule. Elle ne retrouvera de valeur aux yeux de la mère qu'à travers la symptomatologie anorexique, dans laquelle le refus des besoins et satisfactions lui confère le pouvoir d'exister sans rien.
- Le père : il est souvent décrit comme chaleureux et effacé. Il peut former un véritable couple avec sa fille dans lequel la proximité peut prêter à confusion sans qu'il y ait forcément d'inceste sous-jacent. Souvent pour le père, la fille représenterait sa part féminine et lui permettrait d'exercer un rôle maternant auprès d'elle. Ce sont selon Jeammet les classiques « pères mère » (68).

- La fratrie : s'agissant de la genèse de l'anorexie mentale Cook-Darzens (2002) remarque l'importance, au sein de la fratrie, de critiques et de moqueries portant sur l'apparence physique et leur impact sur la construction de l'image corporelle et de l'estime de soi. Elle soulève également un bon nombre d'autres éléments impliquant la fratrie lors des épisodes anorexiques : des événements les concernant concomitants avec le déclenchement de la maladie (départ de l'aîné dans une fratrie de deux) ; les rivalités fraternelles parfois intenses et durables, notamment, dans les cas d'anorexie pré-pubère ; les relations fraternelles fusionnelles, où l'anorexie se présente comme « un processus de différenciation et de désidentification ». Elle explicite le rôle à la fois thérapeutique mis également antithérapeutique de la fratrie (97). Pelegri (2005) isole trois « types de fratries » : la fratrie fusionnelle et dépendante dans laquelle le symptôme peut être un moyen de s'autonomiser ; la fratrie « tribu » dans laquelle la patiente est l'élément sacrifié pour gérer l'héritage parental et le symptôme maintient alors l'enfant dans le lien du couple parental ; la fratrie qui assure un partage « solidaire » de l'héritage transgénérationnel. Dans ce dernier cas de figure, les enfants gèrent entre eux les traumatismes et se partagent les troubles. Selon elle, ces fonctionnements deviennent pathologiques seulement s'ils se chronicisent ou se figent comme un modèle de fonctionnement permanent (98).

Dans ces situations, l'adolescente n'est pas traitée pour ce qu'elle est mais apparaît comme le support sur lequel se rejouent les conflits infantiles de ses propres parents. Elle est le prolongement des fantasmes de ses parents, apparaît forte puissante appliquée au travail en apparence mais vide et creuse à l'intérieur. L'éclosion de la maladie anorexique ne fait que renforcer ensuite cette organisation familiale faite de conflits internes. Les symptômes se pérennisent puisque chacun y trouve son compte sans s'en rendre compte. L'approche familiale est donc très importante puisqu'en tenant compte de ces facteurs familiaux elle permettra la résolution des conflits familiaux sous-jacents et de briser l'enchaînement pathologique entre les membres de la famille qui ne fait que renforcer le trouble.

3. Modèles cognitivo-comportementaux

Les modèles initiaux se sont basés sur le modèle du conditionnement opérant : les premières restrictions anorectiques étant valorisées par l'extérieur, la conduite alimentaire se poursuivait en raison du renforcement positif opéré par cette approbation. En effet, Branch et Eurman (1980) ont démontré par des questionnaires analysant les réactions de la famille et de l'entourage que ces derniers montraient une acceptation et une approbation importante. L'anorexique était fréquemment enviée, admirée ou jugée attirante. Ils proposent donc que l'amaigrissement suscite des renforcements positifs externes et internes du comportement puisqu'il provoque des encouragements de la part de l'entourage social et familial. L'attitude inquiète des parents constitue un renforcement supplémentaire (99). Slade met en avant que la perte de poids suscite également des renforcements internes représentés par des affects et cognitions positifs liés au sentiment de contrôle qu'elle procure : maigrir permet à une adolescente en proie à des sentiments d'infériorité et d'impuissance, de parvenir à l'illusion d'un contrôle total de sa valeur personnelle par la recherche de la minceur associée culturellement aux notions de beauté, liberté, réussite, pouvoir, intelligence et moralité. La perte de poids est associée au succès et à l'impression d'avoir une emprise sur sa vie ainsi que sur les événements de vie stressant (100).

L'apprentissage social est également un autre processus participant à l'acquisition des troubles alimentaires par l'intégration des messages sociaux. L'anorexie serait liée à une déficience des processus de maîtrise face aux bouleversements et défis de l'adolescence. Dans une société qui se focalise sur le visuel et l'apparence, la perception négative du corps et la peur d'être grosse seraient reliés à des sentiments d'inadéquation et d'incompétence. Orbach (1985) considère que les magazines féminins présentent les régimes et la perte de poids comme un indispensable en cas de crise adolescente et comme une solution aux difficultés d'adaptation face à l'adolescence. Les comportements de restriction alimentaire seront associés au bénéfice de maigrir tandis que la nourriture sera associée à la peur de grossir. Le comportement de restriction sera renforcé négativement par l'évitement des sentiments négatifs liés à la nourriture et à la phobie du poids.

Les modèles actuels sont davantage centrés sur les aspects cognitifs. L'accent est mis sur les pensées dysfonctionnelles des anorexiques qui ne se limitent pas au corps et à la nourriture mais s'étendent à tous les aspects de la conception de soi et des relations sociales. A cela s'ajoute une rigidité de pensée qui aboutit à un mode de fonctionnement rigide, dichotomique et basé sur le tout ou rien.

L'adolescente va se fixer des objectifs trop exigeants pour son aspect physique, les activités scolaires, sociales et sportives qu'elle va absolument devoir atteindre pour ne pas décevoir. « Si je ne réussis pas tout ce que je fais, je ne vauds rien » est le diktat de l'anorexique qui va devoir tout contrôler pour ne pas être confronté à l'échec.

Whitehouse et coll ont modifié l'image télévisée du corps en l'élargissant ou en la rétrécissant et l'adolescente devait indiquer quand l'aspect réel était atteint. Ils ont constaté l'absence de différence entre la moyenne des réponses des anorexiques et du groupe contrôle. Une surestimation marquée du volume du corps serait rare, dans la majorité des cas les patientes anorexiques auraient conscience de leur minceur mais se sentiraient grosses. La peur d'être grosse refléterait une dépréciation de l'image du corps plutôt qu'un trouble de la perception du corps (101).

V. PRISE EN CHARGE

Qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, la prise en charge des patientes anorexiques doit être multidisciplinaire, et repose sur plusieurs objectifs : une renutrition visant la normalisation du poids ; une prise en charge des conséquences somatiques liées à la dénutrition ; une évaluation et une prise en charge des difficultés psycho-pathologiques ; un accompagnement soutenu de la famille.

A. Prise en charge en ambulatoire

Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychique. Du fait de l'étiologie multifactorielle du trouble et de ses conséquences multiples, des soins multidisciplinaires sont recommandés. La prise en charge des aspects somatiques et psychiatriques doit être dissociée et assurée par respectivement un pédiatre ou médecin généraliste, et un psychiatre ou psychologue. Toutefois, la coordination des soins sera assurée par un médecin coordinateur dont le rôle est : de prescrire les actions spécifiques nécessaires à un moment donné, maintenir une vue d'ensemble de la prise en charge, assurer le lien avec les autres intervenants (102).

Conjointement à ces consultations régulières, et notamment pour les cas plus complexes, un recours à des structures de soins peut être proposé comme alternative à l'hospitalisation ou comme relais à celle-ci. Il s'agit des centres thérapeutiques à temps partiel (CATTP), de l'hôpital de jour, des hébergement et post cures thérapeutiques, des soins études, des familles d'accueil (102).

B. Hospitalisation

Selon les recommandations de l'HAS, les critères motivant une hospitalisation peuvent être d'origine médicale, psychiatrique ou environnementale. Le plus souvent, l'hospitalisation se décide au cas par cas, en tenant compte de ces critères ainsi que de l'épuisement familial ou de la demande du patient (102).

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)

Tableau 3 : Critères somatiques d'hospitalisation selon la HAS

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Comorbidités	<p>Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépression • abus de substances • anxiété • symptômes psychotiques • troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> • Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Tableau 4 : Critères psychiatriques d'hospitalisation selon la HAS

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées • Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none"> • Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Tableau 5 : critères environnementaux d'hospitalisation selon la HAS

L'hospitalisation aura pour but une rééducation nutritionnelle et une normalisation du poids, ainsi qu'une mise en place de thérapie individuelle et familiale. La prise en charge est multidisciplinaire.

1. La renutrition

Elle doit être prudente et progressive, de manière à ne pas dépasser une reprise de poids de 1 kg à 1,5 kg/semaine. Elle peut se faire par voie orale par l'utilisation de compléments alimentaires solides ou liquides, ou par voie entérale à l'aide d'une sonde naso-gastrique. Cette dernière option sera décidée dans deux cas de figures : une dénutrition extrême mettant en jeu le pronostic vital et une dénutrition sévère avec une stagnation pondérale prolongée. Une prise de poids rapide expose à plusieurs dangers : un syndrome de renutrition inapproprié se caractérisant par une hypophosphotémie et pouvant entraîner des complications cardiaques, pulmonaires, neurologiques comme la confusion et le coma ; un risque de rétention hydrosodée, d'induction de comportements boulimiques, et de vomissements.

Le syndrome de renutrition traduit une augmentation soudaine des graisses dans le métabolisme des glucides provoquant via une augmentation d'insuline une augmentation de la consommation de phosphates par les cellules. Le passage intracellulaire d'électrolytes fait chuter la circulation d'électrolytes dans le sérum comme le phosphate, le potassium, le magnésium, le glucose et la thiamine.

La surveillance de la renutrition doit donc être médicalisée et stricte afin de limiter les risques encourus (103).

En parallèle, un repos au lit afin de limiter l'activité physique est nécessaire. Aussi, la renutrition sera accompagnée d'une correction des déficiences nutritionnelles, d'un élargissement de la gamme des aliments, et quand l'état du patient le permet, d'une éducation nutritionnelle. La modification des croyances alimentaires dysfonctionnelles par des méthodes cognitives est un moyen utile même si les croyances alimentaires sont très ancrées.

2. Le contrat de poids

Il s'agit d'un accord entre la patiente, sa famille et l'équipe soignante déterminant les conditions d'hospitalisation et de sortie. Cette dernière se fera quand l'adolescente aura atteint, et ce pendant une certaine durée, un poids de 90 à 100% du poids idéal moyen attendu pour l'âge et la taille ajusté en fonction du poids avant la maladie, le poids d'entrée du patient et le désir du patient et de sa famille. Le contrat possède plusieurs paliers correspondant à un certain niveau de poids et chaque atteinte de palier est associée à un privilège (comme le droit à l'appel téléphonique, aux visites, aux courriers).

L'organisation des relations avec les parents est variable et va de la séparation complète jusqu'à un certain palier, suivie d'une reprise des contacts avec la famille ; au maintien des relations quotidiennes avec les parents. Lorsqu'il s'agit d'un contrat de poids avec séparation, on observe donc une phase de séparation et une phase de levée de séparation également déterminée par une valeur chiffrée correspondant au poids de levée de séparation. Ce dernier correspond souvent à la médiane entre le poids d'entrée et le poids de sortie et permet au patient de reprendre contact avec son environnement.

L'hospitalisation avec séparation des parents évite une organisation de la famille autour du trouble alimentaire, offrent des occasions nouvelles d'échanges facilités par la multiplicité des intervenants, et autorisent l'émergence d'une espace interne propre dégagé de toute influence parentale (68).

Les relations entre les parents et le thérapeute doivent être poursuivies durant l'hospitalisation pour favoriser l'alliance thérapeutique.

Si le début de la thérapie familiale est repoussé jusqu'à la phase de levée de séparation, des rencontres régulières avec les parents ont lieu, permettent d'atténuer l'angoisse de séparation et les sentiments d'échecs et de culpabilité des parents. Leur participation à un groupe de parents peut faciliter leur soutien, leur compréhension du traitement, leur remise en question, leur capacité à accepter et à résoudre les conflits et leur différenciation par rapport à l'adolescente.

C. Psychothérapie

Le lien est problématique chez l'anorexique. La dépendance aux autres est combattue par la conduite anorexique en raison de la menace d'aliénation qu'elle fait peser. Pour cette raison, le cadre de soins nécessite des aménagements qui consistent en l'offre de modalités thérapeutiques plurielles afin de multiplier les intervenants et moduler la menace représentée par la relation duelle et les angoisses d'abandon, intrusion qu'elle véhicule. Le dispositif de soins comprend donc d'une part la ou les psychothérapies, et d'autre part, les entretiens de consultations menés par le médecin avec la patiente et la famille. Il existe de nombreux types de psychothérapies que ce soit en individuel ou en groupe.

Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de TCA comprenne un volet psychologique dans le but de l'aider à :

- Comprendre et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle, pour réduire le risque physique ;
- Comprendre et à modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble alimentaire, pour encourager le gain de poids et tendre vers une alimentation équilibrée ;
- Améliorer ses relations sociales et interpersonnelles, et lui permettre de façon plus globale de se sentir plus en confiance et en sécurité pour avancer dans sa vie ;
- Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques, le mode de fonctionnement des personnalités pathologiques ou les dimensions de personnalité et les conflits psychiques qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles du comportement alimentaire (102).

Le choix se fera au cas par cas en fonction du patient, de sa motivation, de son âge, de l'évolution de la pathologie et des orientations théoriques de l'équipe de soins.

1. Psychothérapie d'inspiration analytique

Le travail psychanalytique n'interviendra que dans un deuxième temps après une reprise de poids quand la patiente sera plus accessible à un travail d'introspection. En effet l'état clinique de la patiente et les inquiétudes qu'il suscite sur le plan médical font partie du système de défense de l'anorexique contre la pensée et la recherche de sens, il faut donc être prudent à ne pas accentuer cette symptomatologie défensive en voulant entreprendre une démarche psychanalytique trop rapidement qui ne ferait qu'accentuer les symptômes. Aussi, le travail peut difficilement être un travail classique d'interprétation du conflit et des transferts et doit être adapté à la problématique anorexique. La maîtrise est telle que se laisser aller à des associations de pensée c'est se heurter à l'inconnu et au risque dépressif. Or le comportement mis en place chez l'anorexique sert précisément à évacuer tous ces conflits internes qui sont impensables. On utilisera donc une forme aménagée de psychanalyse appelée psychothérapie d'inspiration analytique visant plutôt un ajustement relationnel, un soutien narcissique, un renforcement identitaire. L'objectif de la psychothérapie est d'aider la patiente à se démarquer de cette identité d'emprunt, garante d'une certaine stabilité identitaire, afin d'interroger la complexité de sa vie psychique, et notamment les affects et représentations douloureuses, jusque-là déniés et contre-investis par le comportement anorexique (90).

2. La thérapie cognitivo-comportementale

Les trois volets principaux dans la TCC de l'anorexie mentale sont la renutrition et la reprise de poids, la modification de l'image du corps, et les relations interpersonnelles. Cette approche vise à corriger les croyances erronées et à réduire les comportements secondaires à ces croyances comme la restriction alimentaire, l'hyperactivité physique, les vomissements. Différentes techniques sont employées comme la restructuration cognitive, les techniques d'exposition (par imagination, in vivo ou par réalité virtuelle).

Les objectifs de la démarche comportementale et cognitive sont les suivants :

- Définir les comportements qui posent problèmes ;
- Mettre en évidence les articulations entre cognitions, émotions, modifications physiologiques, comportement mis en acte, et environnement ;
- Mettre en évidence les cercles vicieux par lesquels ces articulations pérennisent ces troubles ;
- Instaurer une relation de partenariat entre le thérapeute et la patiente pour l'aider à faire évoluer ses comportements vers des conduites plus compatibles avec sa santé physique et mentale ;
- Utiliser des questionnaires et des échelles psychométriques pour tenter d'évaluer avec le plus d'objectivité possible les changements obtenus (104).

3. La thérapie familiale

La prise en charge de la famille est indispensable étant donné que l'anorexie mentale résulte également de dysfonctionnements interactionnels familiaux impliqués dans l'écllosion et le maintien du trouble. Les approches en thérapies familiales sont diverses et nombreuses du fait de la diversité des théories (systémiques psychanalytiques, comportementales). Cependant, les objectifs sont les mêmes à savoir : permettre une alliance thérapeutique avec la famille, éclairer les dysfonctionnements familiaux , évaluer les liens intergénérationnels et restaurer les limites identitaires et générationnelles, redéfinir les espaces de chacun, faire émerger les aspects conflictuels permettant à chacun de se différencier et faciliter l'autonomisation de chaque membre (103) (105).

Minuchin et Selvini Palazzoli sont les pionniers des thérapies systémiques avec les familles de patientes anorexiques. Salvado Minunchin (1978) repère un phénomène d'« enchevêtrement » désignant le caractère flou et diffus des frontières entre les individus et les générations. En effet, les relations familiales sont intrusives et entravent la différenciation et l'intimité.

Dans ces familles, la « surprotection » prime entre parents et enfants montrant un haut niveau de préoccupation réciproque concernant le bien-être et la santé des autres, ce qui a pour effet de barrer toute manifestation d'indépendance. La surprotection parentale gêne l'autonomisation de la patiente dont les symptômes bloquent à leur tour tout changement familial. L'unité familiale repose sur ces schémas rigides conférant un rôle et une identité à chacun. Ainsi, tout processus de séparation de l'adolescente peut être vécu comme une menace de rupture de l'unité familiale. Les rôles conventionnels sont ainsi privilégiés au détriment des besoins individuels. L'évitement du conflit est de mise au sein d'un système familial mettant en avant, voire revendiquant une parfaite harmonie au prix du déni des affects et des émotions de chacun. Aussi, la patiente malade a un rôle à jouer dans les conflits parentaux et dans le détournement des conflits puisque sa pathologie est garante de l'union et la bonne entente de la famille. Les objectifs de la thérapie familiale sont ainsi d'amener à une restructuration de l'organisation familiale à travers la modification des patterns transactionnels pathogènes qui y sont l'œuvre (106).

Selvini Palazzoli (1978), décrit un modèle proche de Minuchin, fondé sur les processus de communication intrafamiliaux. La survenue de désaccords dans une famille serait synonyme de trahison dans un système familial dans lequel règnent les tendances fusionnelles et l'indépendance sacrifiée à la loyauté envers la famille. L'identité de la famille prime sur l'identité individuelle, et les rôles familiaux sont distribués de façon rigide et immuable (105).

4. Le groupe de parents

Il s'agit d'un groupe ouvert, animé par un binôme de soignant, accueillant les parents de patientes anorexiques, que ce soit pendant l'hospitalisation de leur fille ou à distance. Dans « Anorexie boulimie, Les paradoxes de l'adolescence », Jeammet énonce les objectifs du groupe (68) :

- Amener les parents à parler en leur nom et non plus au nom de leur enfant ;
- Leur permettre d'exprimer leurs affects dans leurs composantes libidinales et agressives et de s'autoriser à vivre pour eux-mêmes ;
- Revaloriser leur rôle en nuancant leur idéal de perfection, en faisant le lien avec leur enfance et leurs propres parents. L'idéal parental ne doit plus être de combler leur fille, cherchant ainsi à nier leurs revendications à l'égard de leurs propres parents, mais de rendre tolérable les conflits avec elle et lui permettre de s'autonomiser sans que cela ne soit plus synonyme de perte ni de rupture ;

- Leur montrer l'aspect positif de l'évolution de leur fille et l'importance de cette crise maturative que représentent l'anorexie et l'hospitalisation ;
- Leur témoigner et leur faire sentir que si l'on insiste sur leur importance et leur part de responsabilité dans l'évolution de leur fille ce n'est pas pour les accuser, mais au contraire, pour mettre l'accent sur l'attachement que celle-ci leur porte ;
- Eviter que le processus d'autonomisation de l'adolescente ne provoque une inversion de la qualité de sa relation à ses parents (...) Notre objectif sera donc de faciliter l'élaboration d'un processus de deuil de la relation narcissique antérieure alors que spontanément les parents sont enclins à conserver cette relation en la transformant sur un mode persécutif ou en l'introjectant massivement ce qui risque de conduire à une auto-accusation mélancolique ;
- Enfin exercer une action spécifique sur les pères en valorisant leur rôle et leur importance auprès de leur fille, en les incitant à intervenir d'avantage, voire à s'imposer et à supporter le conflit avec elle, en posant des interdits et en marquant des limites entre elle et eux. Il convient d'insister sur le fait que leur intervention n'équivaut pas à une intervention de la mère, qu'elle n'a pas le même impact auprès des adolescentes. Leur participation au groupe est en soi une implication qui ne laisse jamais ces dernières indifférentes.

D. Les traitements médicaux

A ce jour, aucun traitement psychotrope n'a démontré son efficacité dans l'anorexie mentale. Les neuroleptiques, peuvent être prescrits en cas de symptomatologie obsessionnelle invalidante. Les anxiolytiques seront utilisés en cas d'angoisse handicapante, et les antidépresseurs en cas d'effondrement dépressif. Généralement, le relâchement des défenses restrictives permet l'émergence d'affects dépressifs et représente donc une phase privilégié du traitement qui aura pour effet de soulager la patiente d'éprouvés dépressifs, mais peut aussi à contrario empêcher une élaboration psychique.

La prescription de psychotropes ne se substitue pas à la psychothérapie et doit faire l'objet d'une surveillance étroite et régulière afin de dépister les risques de dépendance ainsi que les effets secondaires tant sur le plan somatique que sur le plan psychique (105).

E. Description du dispositif rouennais de soins à l'attention des adolescentes anorexiques

1. Maison des adolescents (MDA) du Centre hospitalier Universitaire (CHU)

Il s'agit d'une structure ambulatoire située au sein de la pédiatrie composée d'une équipe pluridisciplinaire, et constituant, avec l'unité de psychopathologie de l'adolescent, le centre régional de référence pour les Troubles du Comportement Alimentaire de l'adolescence (TCA).

La MDA accueille des adolescents de 12 à 18 ans, présentant des pathologies mixtes, orientés par un médecin et nécessitant des prises en charge spécifiques à la fois somatique, psychique et psychiatrique. L'accueil, le suivi, l'orientation vers l'hospitalisation ou une prise en charge plus soutenue (médiations thérapeutiques) sont les objets de cette structure.

Elle est également le lieu de médiations et de groupes thérapeutiques pour les patients hospitalisés et les patients suivis en consultation. Les médiations sont en général organisées par un binôme de soignant et s'articulent autour de trois axes : le corps, l'expression, et la créativité.

2. L'Unité de Psychopathologie de l'adolescent du CHU

Cette unité spécialisée de médecine et de psychopathologie accueille des adolescent(e)s anorexiques en hospitalisation et propose comme cadre thérapeutique un contrat de soin articulant progression pondérale et objectifs motivationnels après un temps introductif de séparation entre les parents et leur adolescent malade. Composée de 12 lits, l'unité offre une prise en charge multidisciplinaire avec une organisation hebdomadaire des soins pour les patientes, composée de temps individuels (psychologique, pédiatrique, pédopsychiatrique, avec le diététicien, et l'infirmier), de temps groupaux (groupe de parole, médiations, école, repas) et de temps familiaux lorsque le contrat le permet.

L'hospitalisation au sein de cette unité se décide, en dehors des cas urgents, lors d'une consultation de pré-admission avec un pédo-psychiatre. Ce premier entretien va permettre de faire connaissance avec la famille ainsi que de définir les attentes et objectifs de chacun afin d'organiser les modalités d'hospitalisation. S'ensuit une visite de l'unité avec la fratrie si elle le souhaite afin que tout le monde puisse se représenter le lieu de vie transitoire de la patiente.

Pour les patientes anorexiques, un contrat de poids précédemment exposé est mis en place à la demande du patient ou en cas d'échec de la reprise de poids.

En parallèle, les parents sont reçus par les médecins de manière hebdomadaire, lors des temps de séparation, et également accueillis au sein de « groupes parents » au rythme d'une fois par mois. S'agissant de la prise en charge de la fratrie, Podlipski et al (2009), insistent sur la nécessité d'accompagner les frères et sœurs de patientes dont la souffrance est éclipsée par la massivité des troubles (89). Ils proposent des groupes de parole pour fratrie permettant à l'enfant de créer des liens avec d'autres, partageant le même vécu, et ainsi de mettre à profit les effets miroir rassurant, l'apprentissage mutuel où chacun tire profit de l'expérience et de la créativité de l'autre dans un lieu sécurisant neutre (132).

3. Les repas thérapeutiques familiaux

Le constat d'une inquiétude et appréhension de la reprise des repas familiaux lors de la sortie d'hospitalisation des adolescentes anorexiques a amené Podlipski et al (2015) à promouvoir un nouvel outil thérapeutique permettant de répondre à ces inquiétudes autour des pratiques alimentaires. En effet, formalisé sous la forme d'un programme structuré et délimité dans le temps, le repas thérapeutique a pour objectifs :

- Un accompagnement psycho-éducatif dans le partage du repas au cours et après l'hospitalisation auprès des familles dont un membre est anorexique ;
- De permettre aux patientes anorexiques et à leurs familles de pouvoir travailler sur leurs angoisses, leurs inquiétudes et leurs ressentis autour des repas ;
- De permettre une transition entre l'hospitalisation et la prise en charge post-hospitalière à la maison des adolescents autour des repas thérapeutiques familiaux selon les modalités d'éducation thérapeutique ;
- Un travail sur la dynamique familiale lors des repas afin de prévenir le risque de rechute.

Le programme se compose d'un repas thérapeutique associant la famille de la patiente, l'adolescente anorexique et un binôme de soignant incluant une infirmière connaissant la patiente et un psychiatre, non connu de la patiente, sensibilisé à la thérapie familiale.

Le programme se déroule en trois temps : un temps de « séquence diagnostique » dédié à la préparation et au partage de repas et enregistré avec consentement sur support vidéo ; un temps de « synthèse » consacré au visionnage de la vidéo entre soignants avec un superviseur apportant un regard extérieur ; et enfin un temps de « séquence de restitution » à la famille reprenant les événements marquants du repas et offrant des pistes de réflexions pour les repas à venir.

Points essentiels :

Si des descriptions de refus alimentaire existent depuis l'antiquité, l'anorexie mentale devient, au dix-neuvième siècle, une entité clinique d'origine psychique à part entière sous l'œuvre de Gull en Angleterre et Lasègue en France.

Au vingtième siècle nous voyons l'apparition d'une divergence de courant de pensée entre les partisans d'une origine organique et ceux prônant une diversité d'approches psychothérapeutiques. Cliniquement l'anorexie mentale se caractérise par une conduite de restriction alimentaire en raison d'une recherche acharnée de minceur et la peur de grossir, accompagnée d'une aménorrhée et d'un amaigrissement. Parallèlement nous pouvons observons tout un cortège de symptômes associés comme une hyperactivité physique, un hyper-investissement intellectuel, un trouble de la sexualité, un manque de confiance en soi.

Cette pathologie touche principalement les jeunes femmes entre 15 à 24 ans avec un sexe ratio d'un homme pour dix femmes. La prévalence en population générale est comprise entre 0,9 et 2,2%. L'étiologie est d'origine multifactorielle et la prise en charge doit être précoce, multidisciplinaire intégrant des soins somatiques psychiques familiaux et sociaux.

LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS, CONSTRUCTION DANS L'ENFANCE ET REMANIEMENT A L'ADOLESCENCE

I. LE SCHEMA CORPOREL

A. Définition

Le schéma corporel fait suite au concept de cénesthésie et reçoit son nom de Bonnier (1902). Ce dernier indiquait que chaque individu posséderait une « schématic », c'est-à-dire une représentation spatiale, topographique, de son corps, lui permettant d'interagir dans l'espace qui l'entoure. Dans le domaine de la pathologie l'« aschématie » serait caractérisée par la disparition des représentations de certaines parties de nous-mêmes figurant dans la notion que nous avons de notre corps. À l'inverse, l'« hyperschématie » marquerait cette tendance à la focalisation sur certaines de ses parties. Ce n'est pas sans rappeler certaines caractéristiques observées dans les troubles du comportement alimentaire, telles que la focalisation sur le poids et les dimensions du corps (107).

Le schéma corporel correspond donc à une certaine forme d'équipement neurosensoriel permettant une représentation sensori-motrice (visuelle, tactile, proprioceptive, ou encore vestibulaire) du corps en action. L'individu fait appel, de manière inconsciente et automatique, à une représentation spatiale du corps en action, par intégration des différentes informations sensori-motrices afférentes et efférentes. Le schéma corporel permettrait un ajustement automatique des mouvements à l'environnement, une anticipation de l'action à mener et même de l'action imaginée (99) (108).

B. La taxonomie dyadique : schéma corporel et image du corps

La taxonomie dyadique fait appel à deux niveaux de représentation, le premier renvoyant au schéma corporel : représentation inconsciente et automatique du corps et de ses dimensions dans l'espace grâce à l'intégration des différentes informations sensorielles (109).

Le deuxième niveau de représentation, « l'image du corps » regrouperait toutes les autres représentations du corps n'étant pas liée à l'action et rassemblant toutes les autres représentations du corps qui ne sont pas impliquées dans l'action, qu'elles soient perceptives, conceptuelles ou émotionnelles. Un grand nombre de psychologues, psychiatres, phénoménologues ou neurologues vont partager cette vision dyadique différenciant l'image du corps et le schéma corporel.

L'exemple du « membre fantôme » permet de rendre compte de l'écart entre schéma corporel et image du corps qui intègre le moi (lors de l'amputation d'un membre, il n'est pas rare que la personne ressente toujours ce membre comme existant). Pour ces personnes, le membre existe toujours dans le schéma corporel, la zone amputée y est toujours représentée. Il existe une mémoire du corps dans laquelle l'image du corps intervient : la personne, dans le refus de son infirmité et sa difficulté à l'intégrer, reste avec une image d'elle où toutes les actions sont encore possibles, dans un état de pensées et de volontés qui intègrent le membre disparu afin de préserver la santé psychique. La chirurgie esthétique et réparatrice peut jouer un grand rôle dans ce domaine lorsqu'elle vise à la sauvegarde d'une image du corps satisfaisante (109).

C. La taxonomie triadique

La taxonomie tryadique retient la notion de schéma corporel qui engagerait les cortex frontal dorso-latéral et pariétal (110).

En revanche, elle rejette la notion d'image du corps car elle trop hétérogène. En conséquence, elle est divisée en deux types de représentations du corps :

- La description structurelle du corps (carte visuo-spatiale) représentant la description des relations entre les parties du corps (leurs limites, leurs positions les unes par rapport aux autres). Elle est basée sur la vision mais aussi la perception somatique.
- La sémantique du corps qui est principalement conceptuelle et linguistique. Elle permet la description des buts fonctionnels des parties du corps et la relation catégorielle entre-elles.

Ces deux types de représentations du corps seraient localisés dans la région temporale.

D. Les corrélats neuronaux

La compréhension de ce concept de représentation du corps a pu bénéficier de l'identification d'aires corticales et de leurs rôles impliqués dans la représentation du corps ou du sens de soi :

L'EBA (« *extrastriate body area* ») : situé dans le cortex occipito-temporal, serait responsable de l'analyse des parties du corps à l'exception du visage tandis que le FBA (*fusiform body area*) situé dans le gyrus fusiforme jouerait un rôle dans le traitement configural, global des différentes parties du corps dans un tout unifié. Au sein du gyrus fusiforme, la FBA apparaît contiguë à « *la fusiform face area* » (FFA) impliquée dans la reconnaissance des visages humains (traitement configural des visages). L'EBA se trouve contiguë à « *l'occipital face area* » (OFA) également impliquée dans la reconnaissance des visages (traitement des différentes parties du visage). Le cortex insulaire serait impliqué dans la reconnaissance de son corps et du type d'émotions généré par le ressenti corporel. Sa relation avec le cortex cingulaire permettrait la reconnaissance de soi.

Il serait simple de penser que la reconnaissance de soi et la conscience du corps propre se trouveraient dans une même aire corticale. Les preuves actuelles iraient plutôt dans le sens d'une organisation cérébrale basée sur une variété de réseaux et systèmes constitués par différentes aires, spécifiquement interconnectées, et localisées à différents endroits du cerveau (107) (109).

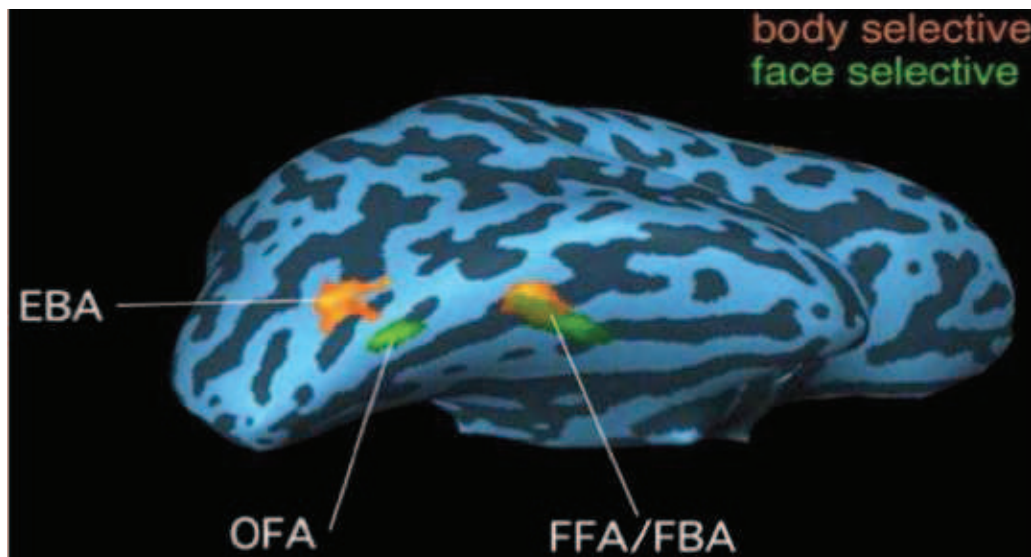


Figure 9 : Illustration de la surface corticale de l'hémisphère droit d'un individu. Les régions d'intérêt ont été activées lors d'une tâche contrastant le corps ou un visage avec des outils. EBA : extrastriate body area ; OFA : occipital face area ; FFA : fusiform face area ; FBA : fusiform body area (107)

II. L'IMAGE DU CORPS

L'image du corps est un terme repris en majorité par les psychanalystes. Schilder, Dolto, Lacan, sont les pionniers dans la théorisation de ce concept. Ils définissent l'image du corps comme une représentation éminemment inconsciente qui se forge dès les premiers instants de vie et s'étaye sur la libido, le désir, l'inconscient. Si Schilder insiste sur son rôle social, Dolto met l'accent sur son rôle dans la continuité d'existence, l'identité ainsi que l'identité sexuée et Lacan fait du stade du miroir un élément central dans la formation de l'image du corps.

On observe ensuite un deuxième courant dans la théorisation du concept. Des psychanalystes comme Sami ali, Anzieu et Bick vont à leur tour avancer une théorie selon laquelle la peau joue un rôle déterminant dans la construction de l'image du corps.

Enfin, des psychomotriciens comme Pireyre ont développé un concept d'image du corps plus globale qui regroupe toutes ces notions et qui s'articule avec les différents stades du développement somatique dans le temps.

A. L'image du corps des psychanalystes

1. Le « Moi-corps » de Freud

Il s'intéresse peu à l'image du corps. Néanmoins, il sera à l'origine des concepts fondateurs en psychanalyse comme l'inconscient, la libido et le désir, qui constitueront le socle des théories de l'image du corps (111) :

- L'inconscient : Dans sa première topique, l'inconscient est un système constitué de contenus refoulés représentant les pulsions qui n'ont pu avoir accès au système préconscient-conscient. Dans sa deuxième topique, l'inconscient n'est plus un système mais qualifie le ça, une partie du moi et du surmoi. L'inconscient se manifeste à travers les rêves, les associations libres, les lapsus, le langage non verbal ;
- La libido : Il définit la libido comme la traduction psychique de la pulsion sexuelle. Celle dernière suit un parcours particulier en fonction des stades (oral, anal, latence, génital) pour s'achever au niveau de la zone génitale, si tout se passe bien. Dans certains cas, elle peut investir des zones corporelles non génitales ;
- Le désir : Il se forme grâce à l'écart entre la demande de besoin et la réponse. Cet écart va faire émerger le souvenir de la satisfaction d'un besoin et son envie.

Parmi les nombreuses définitions Freudiennes du moi, il en est une qui identifie le moi à l'image corporelle. En effet, il cherche à rendre compte des relations entre le corps et le moi, et introduit la notion du « moi corporel ». Ainsi, « le moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface... Le Moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui naissent à la surface du corps, à côté du fait qu'il représente la superficie de l'appareil mental » (112). Autrement dit, le moi est aussi l'image mentale du corps ressenti.

2. L'image du corps selon Schilder

Schilder est le premier à donner une théorie de l'image du corps dans son ouvrage « l'image du corps » en 1935 (113). Ce dernier est un neurologue et un psychanalyste Viennois, qui s'est beaucoup inspiré des travaux de Freud ainsi que du modèle postural de Head pour avancer sa théorie sur l'image du corps. Il tente de différencier les termes « schéma corporel », « image du corps » et « modèle postural du corps » mais maintient tout de même une certaine confusion entre les différents modèles puisque les définitions se recoupent.

Pour lui « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes (...) terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination : un apparaître à soi-même du corps, terme qui indique aussi que, bien que passant par les sens, ce n'est pas la pure perception, et bien que contenant des images mentales et des représentations, ce n'est pas là pure représentation » (113) (114).

L'image du corps est une unité qui demande un travail psychique de construction qui se fait par la mise en relations des images posturales, libidinales et sociales. Elle représente également un support d'interaction autrement dit un outil permettant d'accéder à l'image d'autrui. Enfin, cette image n'est pas fixe, il y a une histoire des images du corps, un flux d'images qui se modulent entre elles et modulent les perceptions que nous pouvons avoir. Le processus est donc dynamique, interactionnel, en constant remaniement.

- L'image posturale : Elle est basée sur la position du corps ainsi que sur son mouvement. Il distingue posture (résultante des angles articulaires qui confèrent au corps un certain positionnement dans l'espace) et attitude (message infraverbal véhiculé par la posture). Cette image serait continuellement remise à jour en fonction des positions du corps et des perceptions, grâce au recueil d'informations périphériques. Sur cette image va se greffer l'image libidinale qui suit ;

- L'image libidinale : La libido est d'abord totalement investie dans le corps puis se localise, au cours de stades suivants, au niveau oral, puis anal pour se fixer dans les organes génitaux. Dans certaines pathologies, la libido se concentrerait dans des zones non génitales. Schilder fait également remarquer qu'il peut y avoir « transfert d'une partie du corps sur une autre. Une partie du corps peut en symboliser une autre » ;
- L'image sociale : Le corps, véhicule de l'être au monde, est au centre des échanges affectifs entre individus et son image se construit uniquement grâce aux autres. L'image sociale correspond à celle construite au contact du monde et des autres, modulée par les conditions extérieures, par la présence et le regard d'autrui, par les expériences de plaisir et déplaisir. Même si l'image du corps est le reflet d'une histoire personnelle et singulière, son vécu est influencé par l'appartenance au groupe, le port de vêtements, les transformations corporelles (mutilations, piercing, tatouages), les activités physiques. D'où l'importance, pour Schilder de considérer l'implication de la beauté dans l'image du corps.

3. L'image du corps de Dolto

a) L'image inconsciente du corps

Françoise Dolto fait avancer les concepts de schéma corporel et d'image du corps dans son ouvrage « L'image inconsciente du corps (1984) » (42). Contrairement à Schilder, qui reste allusif sur la distinction entre ces deux notions, Dolto apporte plus de précisions.

Pour cette dernière le schéma corporel renvoie à la réalité de l'organisme et spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce. Il est universel contrairement à l'image du corps qui est propre à chacun, de nature profondément subjective et liée au sujet et à son histoire.

Cette image du corps se construit et s'élabore au gré des expériences singulières du sujet. Le corps est ici relationnel c'est à dire imprégné par la présence de l'autre. Il va vivre une multitude de sensations et d'impressions sensorielles au contact de l'autre qui vont rester gravées de manière indélébile dans l'inconscient. Ce peut être les sensations déclenchées par le son des voix qui entourent, ou la perception des mouvements, le fait d'être porté, caressé, agité, de vivre une peur intense ou une blessure grave etc... En bref, l'image inconsciente du corps est la mémoire des vécus du corps.

Pour Dolto, ces images se sont formées essentiellement durant la vie intra-utérine et la prime enfance avant la maîtrise de la parole et avant la découverte de son image dans le miroir, c'est à dire avant 3 ans.

En effet, la rencontre par l'enfant de son image dans le miroir a un caractère traumatique. Jusque-là, l'enfant a la capacité de s'imaginer sous les aspects les plus variés. Le plus souvent il se prend pour un humain ; mais un adulte. S'il a déjà le sentiment de cohésion individuelle qui s'est tissé au cours des échanges langagiers avec sa mère ; il ne sait pas qu'il a la taille et l'apparence qu'il voit. Il se confond encore avec sa mère. L'expérience bénéfique qui lui apportera le miroir c'est qu'il pourra distinguer le « toi » et le « moi » ; il va s'individualiser réellement et apprendre à dire « je ». Néanmoins, face au miroir il ressent un écart entre sa représentation imaginaire de lui-même et l'image qu'il perçoit.

Il se rend compte que les autres n'accèdent à lui que par ce qu'il donne à voir et est désormais « réduit » à une apparence. A partir de là, il va privilégier les apparences et négliger les sensations internes. Ainsi, l'image du corps vu prendra la place du corps vécu qui restera dans l'inconscient. Pourtant ces images, bien que refoulées, resteront actives et se manifesteront dans toutes les expressions spontanées du corps d'adulte. Toujours fortement prégnantes, elles déterminent les comportements corporels involontaires, les mimiques, les gestes et les postures. Elles infléchissent les courbes de la silhouette, marquent les traits du visage, modulent le timbre de la voix, décident des goûts, des attirances et répulsions et dictent le langage non verbal, la façon de s'adresser à l'autre...Elles colorent le vocabulaire et dictent les choix esthétiques.

Dolto va distinguer trois composantes de l'image inconsciente du corps représentant trois familles de sensations dominantes chez le tout petit :

- L'image de base : les sensations à l'origine de cette image sont proprioceptives. Elles vont donner l'impression au bébé que son corps est une masse compacte, unifiée et contenue par une autre masse (le plus souvent les bras sécurisants de la mère). Cette image procure le sentiment de rester stable malgré les changements dans le temps, identique malgré les déplacements dans l'espace, et consistant au-delà des innombrables échanges avec autrui et le milieu environnant. Or, rester identique malgré le différent est ce qui fonde le « soi-même ». En effet, pour Dolto, l'image de base permet de ressentir une « mêmeté d'être », dont découle le sentiment d'identité. Aussi, cette conviction de se sentir soi-même et de continuer d'exister suppose la volonté et le désir de continuer d'être. Dolto nomme ce désir de vivre « le narcissisme primordial » ;

Tout ce qui ne prend pas sens par un échange langagier avec une autre personne, tout ce qui n'éveille pas une émotion simultanée chez l'interlocuteur, restera pour l'enfant un territoire inexploré, dont il ne pourra rien faire, car ces émotions et souvenirs seront dénués de sens.

A noter que le clivage entre l'image spéculaire et l'image du corps propre paraît beaucoup plus marqué chez l'anorexique. L'attention excessive à l'image spéculaire se fait au détriment du vécu du corps propre, et des sensations, laissant suggérer que l'une ou l'autre de ces conditions n'a pas eu lieu.

b) Les castrations et le destin de l'image du corps

Dolto précise également que l'image du corps évolue en fonction des différents stades libidinaux et l'enfant peut potentiellement revenir à une image du corps du stade précédant car c'est là qu'il retrouve sa sécurité. Le passage d'un stade à l'autre est marqué par « une castration « symboligène » et constitue une étape importante dans l'évolution de l'image du corps.

Elles obligent l'enfant à renoncer à certains modes de satisfactions, qui ne sont plus adaptés ou désormais interdit par la loi et marquent des étapes structurantes du développement psycho-affectif. Les désirs sont alors refoulés et l'enfant vise leur accomplissement par des moyens nouveaux. Les ratés de la castration vont revenir à une image du corps du stade antérieure.

- La castration ombilicale : elle marque une rupture d'avec le milieu liquide et le début de nouvelles perceptions (vue, odorat). Aussi, elle inscrit l'enfant dans la société en lui attribuant un nom et un prénom, donc une identité sexuée. L'enfant quitte un grand tout pour acquérir un début d'individualité ;
- La castration orale : elle marque la fin du corps à corps maternel et de l'allaitement. En renonçant au lait, le bébé renonce à une image du corps où sa mère et lui-même étaient fusionnés. Il se sépare du sein, et du lait qu'il vivait comme faisant partie de lui et renonce au cannibalisme imaginaire : il ne mange plus ce qui était à la fois sa mère et faisait partie de lui. Il renonce aussi à faire de sa bouche son mode de rapport avec le monde. En revanche, il découvre le langage qui permet un mode de communication à distance. Les sevrages ratés affectent spécialement la bouche et le larynx, et peut se traduire par la mise d'objets à la bouche ou des difficultés d'apprentissage de la parole par exemple ;
- La castration anale : elle marque la fin d'une relation d'assistance avec la mère mais aussi le début d'une autonomie et indépendance.

C'est aussi la confrontation aux interdictions, notamment celle de nuire à autrui qui permet de s'ouvrir aux autres sur un registre socialisé, de pouvoir partager plaisirs et activités ;

- La castration génitale non œdipienne : elle représente le moment, en général vers trente mois, de la découverte de la différence des sexes. C'est ce que Dolto appelle « la castration primaire ». L'enfant découvre qu'il n'appartient désormais qu'à ce sexe. Le garçon se rend compte qu'il ne sera jamais comme son modèle de toujours, sa mère, et qu'il ne portera pas d'enfant. Aussi, cette différence éveille en lui l'angoisse de castration puisque si les filles n'ont pas de pénis, une menace pèse sur la possession de son propre pénis. Pour la fille, c'est également un choc mais si les choses se passent bien, elle va découvrir les avantages à être fille.

La reconnaissance du rôle du père dans la procréation va permettre au garçon d'être valorisé dans son sexe, et à la fille de se détacher de la mère et de se tourner vers le père pour les désirs et pour être valorisée dans sa féminité ;

- La castration génitale œdipienne : elle représente l'interdit de l'inceste et l'ouverture au monde social. Sans cette castration œdipienne, tous les intérêts de l'enfant resteraient fixés au niveau sexuel sans se développer aux niveaux du savoir et des relations sociales (42).

4. L'image spéculaire de Lacan

C'est d'abord Henri Wallon, psychologue qui décrit le stade du miroir, dans le cadre de son étude de développement chez l'enfant de la notion de « corps propre », en 1931. Pour ce dernier, le corps de l'enfant est d'abord vécu comme un ensemble de parties distinctes. Face au miroir, entre 6 et 18 mois, l'enfant réagit devant son image et croit être l'image qu'il voit. C'est pour cela que l'enfant rit, tend les bras et appelle l'image reflétée dans le miroir. Grâce à cette image, il va parvenir à distinguer son corps propre de l'image reflétée dans le miroir. L'enfant se sert donc de l'image extériorisée du miroir pour unifier son corps (115)(116).

S'inspirant des travaux de Wallon, Lacan va élaborer son fameux concept du stade du miroir et introduira la notion « d'image spéculaire ». Il souligne que cette phase du miroir est cruciale pour l'identification du sujet.

Pour cet auteur repris par Nasio, l'image du corps est indéniablement et toujours perçue de manière déformée. En effet, plusieurs facteurs vont influencer cette perception (116) :

- Les sentiments : la perception du corps sera déformée par l'influence des sentiments d'amour ou de haine envers celui-ci ;
- Le souvenir infantile : la résurgence d'une ancienne émotion aura un impact sur la perception présente ;
- Le grand autre : il s'agit de la présence intériorisée des proches ainsi que de l'influence sociale, économique et culturelle ;
- Nasio rajoute un quatrième facteur qui est l'image ancienne et familière du corps qui se superpose et déforme l'image actuelle (116).

La perception du corps est donc ce que Lacan appelle « fantasmée » c'est à dire faussée car imprégnée d'amour ou de haine, de souvenirs et de jugements et perçue à travers l'image familière du passé.

Pour la psychanalyse, il y a plusieurs types d'images, soit plusieurs façons de vivre le corps. L'image peut être reflétée sur une surface, c'est l'image « spéculaire ». Elle peut être une représentation mentale inconsciente d'une sensation, se manifestant à la conscience à l'occasion d'une résurgence d'une sensation ou par une action. Cette dernière est ce que Nasio appelle « l'image action ».

Enfin elle peut être le double nominatif qui désigne une particularité du corps, c'est « l'image nominative ». En fonction de ces différentes façons de se représenter le corps, Lacan va distinguer trois corps :

- Le corps réel : il représente le corps ressenti et traversé par des sensations, des désirs et des jouissances. Il se compose du corps sensoriel, celui qui ressent les internes telles que les sensations gustatives ou digestives, ainsi que les sensations externes. C'est également le corps érogène ouvert à l'autre pour donner et recevoir du plaisir. Enfin il est aussi le corps de la jouissance, celui qui dépense toute son énergie et endure les plus extrêmes souffrances.

L'image de ce corps rejoint l'image inconsciente du corps de Dolto. C'est une image imprimée dans l'inconscient qui peut devenir consciente lorsqu'une sensation actuelle éveille une sensation du passé, ou qui peut s'exprimer sous forme d'action lors d'un comportement (chez l'alcoolique par exemple) ;

- Le corps imaginaire : il représente le corps vu dans le miroir, dont l'image est « spéculaire ». La théorie de l'image spéculaire a été conceptualisée grâce au

Il est fier de maîtriser tant son image que son corps. Pour que ces étapes se fassent et que l'enfant puisse acquérir la notion de soi, il a besoin de la présence et la reconnaissance de l'autre. L'adulte accompagnateur doit confirmer que les deux images reflétées sont bien les leurs. Au total, l'étape du miroir est fondamentale dans la construction de l'identité de l'enfant. L'enfant va asseoir son identité sur de nombreuses identifications, la première étant l'identification à lui-même et plus exactement au modèle spéculaire de lui-même. En effet, c'est l'assomption de sa propre image qui va constituer une première identification, autrement dit, « c'est l'image de lui qui fait le lui ».

Cette première identification constituera la souche des nombreuses autres identifications secondaires puisqu'en voyant que son image reflétée ressemble aussi à celle des autres humains, il va pouvoir s'identifier à d'autres personnes telles que sa mère, son père, ses pairs. Si cette expérience représente une véritable entrée dans l'individualité et l'autonomie, elle représente paradoxalement aussi une première entrée dans la dépendance. En effet, l'enfant va se rendre compte que pour être lui il a besoin de ressembler à l'autre tout en se démarquant de lui. Que ce soit en ressemblant ou en se démarquant de l'autre, le moi se constitue dans l'autre et est aliéné à lui ;

- Le « corps symbolique » : il représente le corps nommé par un « signifiant ». Un trait ou une particularité physique deviennent « signifiant » quand ils sont fortement représentatifs du sujet, à ses yeux ou aux yeux des autres. Cela peut être une cicatrice, un bec de lièvre, une petite taille, un grand nez. C'est la particularité qui vaut pour le tout, le corps est considéré comme partiel, fragmentaire, incarné dans un défaut physique. L'image de ce corps est le symbole constitué par le nom qui le nomme. La présence de signifiants aura le pouvoir de modifier la perception de certaines parties du corps.

Chez quelqu'un qui aurait subi plusieurs remarques sur son nez, cette partie du corps deviendra signifiante car elle symbolise le point de cristallisation de toutes les injonctions enracinées dans le corps (116).

5. Le corps comme contenant psychique

D'autres psychanalystes comme Anzieu, Sami-Ali, Bion, Esther Bick, vont amener une autre façon de penser le corps et l'image du corps. Ces derniers vont accorder une place primordiale à la peau et ses différentes fonctions dans la construction de l'image du corps. Ils vont légitimer d'inclure les relations subjectives du psychisme à la peau dans une théorie de l'image du corps.

S'appuyant sur les théories de Freud selon lesquelles l'activité psychique s'étaye sur une fonction biologique et faisant le parallèle avec les fonctions de la peau, Anzieu, établit en 1975 le concept de « moi peau ». Pour ce dernier, la peau psychique va se développer sur les particularités de la peau physique (117).

Selon Delassus, le fœtus est comme totalité et « illimitation de soi » en raison de l'absence de frontière dans le liquide amniotique et de l'immersion dans le même. Il considère que la peau du fœtus sert de continuité et qu'avant d'être la barrière où le soi trouve son image, la peau était l'organe de contact et de fusion avec le monde (118).

Physiologiquement à la naissance, la peau du bébé n'est pas encore achevée et ne peut assurer son rôle de réelle frontière entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Or le psychisme doit se construire parallèlement à cette immaturité. Cela peut laisser des traces dans la mémoire et l'inconscient de tout à chacun, qui plus est si l'entourage ne permet pas de compenser cette immaturité.

En effet, au départ, il y a un fantasme de peau commune entre la mère et l'enfant, jusqu'à ce que l'effacement de cette peau commune permette à chacun de reconnaître leur propre peau.

L'entourage maternant apporte une enveloppe externe qui doit laisser la place à l'enveloppe interne, la peau du bébé. Elle sera ensuite intériorisée devenant monde intérieur des affects, des sentiments, des pensées et des images. Lorsque l'interface mère bébé a été suffisamment bonne, elle est progressivement intériorisée et peut alors se développer une enveloppe psychique contenant des contenus psychiques et permettant l'existence d'un monde intérieur. Autrement dit, la peau joue un rôle d'une enveloppe de protection pas simplement physique mais aussi psychique ; si elle est vécue comme poreuse cela aura un impact sur le moi.

Pour résumer : « Par Moi-peau je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. La peau fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du moi et de ses principales fonctions. » (117).

Voici ci-dessous les analogies faites par Anzieu entre les fonctions de la peau, et les fonctions du moi, qui sont au nombre de huit :

- La fonction de maintenance : de la même façon que la peau soutient le squelette et les muscles, le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme qui repose sur l'intériorisation de ce que Winnicott appelle : le « holding » maternel (48). Il représente la façon dont la mère soutient le bébé (117). Cet appui maternel extérieur est garant de la possibilité d'intérioriser un sentiment d'unité et de solidité. Il permet de constituer un premier axe corporel, de l'ordre de la verticalité, contre lequel peut s'appuyer l'enfant. Ainsi, l'enfant intériorise en lui une colonne vertébrale psychique, un premier axe mental organisateur. Quand la fonction de maintenance est perturbée, la personne peut avoir l'impression de perdre la tête et de vivre dans un monde incohérent ;
- La fonction de contenance : de la même façon que la peau recouvre la surface entière du corps et contient tous les organes des sens externes, le Moi peau contenant enveloppe tout l'appareil psychique pour créer un espace de penser. Cette fonction s'appuie sur le « handling maternel », autre terme Winnicottien (49) désignant la façon dont la mère contient le bébé par son toucher, sa voix et sa gestuelle. Si l'enveloppe est trouée, l'intérieur peut alors se vider des pensées ;
- La fonction de pare-excitation : de la même façon que la couche superficielle de l'épiderme protège l'organisme contre les agressions physiques et l'excès de stimulation ; le Moi-peau va intérioriser la protection de la mère et trouver sur sa propre peau un étayage suffisant pour faire face aux agressions ;
- La fonction d'individuation : par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur, la peau humaine présente des différences individuelles considérables. À son tour, le Moi-peau assure au soi le sentiment d'être unique et d'avoir son espace psychique possédant ses frontières ;
- La fonction d'intersensorialité : la peau est une surface porteuse de différents organes des sens qu'elle relie entre eux. Dans le même ordre d'esprit, le Moi peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et permet de faire le lien. Pour Anzieu, la carence de cette fonction est à l'origine de l'angoisse de morcellement du corps c'est à dire à un fonctionnement anarchique et indépendant des organes des sens ;

- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle : la nourriture et les soins s'accompagnent de contacts peau à peau entre la mère et le bébé. Ces contacts sont investis par le désir de la mère qui transmet son énergie sexuelle à l'enveloppe du moi peau. Il capte sur toute sa surface l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale. Dans le cas d'un développement normal, sur cette surface globale réceptive vont se distinguer les zones érogènes qui seront localisées. S'il y a absence de cette excitation sexuelle, alors une fois adulte, l'individu ne se sent pas en sécurité pour s'engager dans une relation sexuelle aboutissant à une satisfaction génitale mutuelle. Si les zones sexuelles sont le lieu d'expériences douloureuses plutôt qu'érogènes, alors un Moi-peau troué se trouve renforcé, l'angoisse perspective majorée, la prédisposition aux perversions sexuelles visant à inverser la douleur en plaisir ;
- La fonction de recharge libidinale : la peau est une surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes. De la même façon le moi-peau assure la répartition de l'énergie dans les différents systèmes psychiques et le maintien de la tension énergétique interne ;
- La fonction d'inscription des traces sensorielles : la peau, est le support des signes d'identité (les empreintes digitales par exemple). Tant par ses qualités intrinsèques (couleur, présence de rides), que par les inscriptions ultérieures dont elle est l'objet (tatouages, vêtements, coiffure, piercing), la peau est un indicateur de l'appartenance familiale ou groupale du sujet, de son âge, de son état de santé. Le moi peau pour sa part, conserve à la manière d'un manuscrit, la trace de ces inscriptions cutanées au sein du psychisme.

D'après cette théorie, nous voyons comment les relations subjectives du psychisme à la surface du corps appartiennent à l'image du corps et qu'elles relèvent de l'originel. Ces images du corps archaïques peuvent laisser des traces dans la façon de vivre son corps. D'autres auteurs vont utiliser les termes de « moi olfactif » ou « moi respiratoire » pour définir plusieurs formes de moi archaïque formées à partir de petites expériences vécues par le bébé dans lesquelles prédomine à un moment un des canaux sensoriels. Par exemple, un bébé marqué par l'expérience d'une dyspnée respiratoire angoissante pour lui et pour l'entourage gardera un « moi respiratoire » dans sa mémoire corporelle. Un autre enfant très tonique en raison de la dépression de la mère deviendra « moi musculaire » (119).

Chez la plupart des anorexiques, le « moi peau », apparaît défaillant, inefficace pour contenir cette unité psychocorporelle. Ce moi peau défaillant est remplacé au mieux par un « moi muscle » qui s'exprime au travers des contractions musculaires permanentes. La recherche de contractions permanentes donne aux sujets la sensation d'exister, d'être limité, et de ne pas risquer de se répandre dans l' 'autre faute de limites corporelles.

Dans les formes graves d'anorexie, où le « Moi muscle » serait lui aussi défaillant, se substitue un « moi viscère » ou un « moi tuyau » autour du tractus digestif, comme en témoignent certaines formes graves d'anorexie où s'associe un mérycisme (119)(120).

Dans d'autres cas, c'est le squelette qui permet un étayage solide de la peau. Les anorexiques se raccrochent à l'ossature pour pallier à ce vécu de vide intérieur (119)(120).

B. L'image du corps vu par les psychomotriciens

E.W. Pireyre, psychomotricien, choisit de remplacer les terminologies de schéma corporel et d'image du corps respectivement par celles de « sensibilité somato-viscérale » et d'« image composite du corps » (121).

Pour lui, les théories se basant sur la triade inconscient, désir, libido dans l'image du corps ne prennent pas en compte certains éléments centraux dans la constitution de l'image du corps comme la peau (comme contenant psychique), les angoisses corporelles archaïques, le tonus musculaire. Si ces conceptualisations renvoient à des notions plus fantasmatiques, elles sont toutes aussi inconscientes et sujettes aux effets du désir et de la libido. De plus, il va faire du schéma corporel l'une des sous-composantes de l'image du corps.

Pour ces raisons, l'image du corps ne peut être « monolithique », « elle se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés (systèmes somesthésique et viscéral), elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore » (121).

Ainsi, il existerait neuf sous-composantes de l'image du corps.

1. La sensation de la continuité d'existence

Winnicott (1969) a nommé « la continuité d'existence » (48), le sentiment qui correspond à la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie se prolonge malgré les menaces environnantes et qui garantit au bébé une sécurité intérieure. Autrement dit, dans l'instant qui suit il sera toujours là et toujours le même, malgré le danger environnant.

Pour lui, c'est une étape cruciale dans le développement de l'enfant, qui précède à la structuration du moi et à l'acquisition d'une identité claire et stable.

Aussi, un holding efficace contribue à cette sécurité intérieure indispensable pour le développement de l'enfant. Cette notion rejoint le sentiment « de mêmeté d'être » décrit par Dolto et cité plus haut (42).

Selon certains auteurs comme Haag ou Bullinger, cette sensation ne serait pas acquise chez les autistes. Les stéréotypies seraient alors une recherche de stimulations et de sensations intenses pour se sentir exister de façon continue. La douleur permettrait d'entretenir une image défaillante de la continuité de la vie. Ainsi, les techniques de packing vont, en apportant une stimulation sensorielle intense, accompagner une meilleure conviction de continuité d'existence chez ces patients. Cela fait aussi écho à la façon dont les anorexiques traitent leur corps. La maltraitance dont elles font preuve envers leur corps est elle aussi une manière d'exister de façon continue ?

2. L'identité

Elle s'acquiert au cours du développement psycho-affectif et trouve ses racines dans notre corps et dans la relation avec les parents. L'adulte laisse à l'enfant la potentialité de se construire une subjectivité en le nommant, en lui attribuant un nom et un prénom, en l'inscrivant dans une lignée, en lui attribuant un tempérament, des traits de caractère, une personnalité. Si dans l'esprit des parents, l'enfant est représenté comme différent et séparé d'eux, il pourra se construire.

Le processus d'individuation et son résultat, l'identité, sont très ancrés dans le corps. Il va se construire au travers de :

- La sensorialité : le point de rencontre entre le corps et les objets du monde extérieur va se jouer au niveau de la peau. En offrant une première perception sensorielle, la peau permet une dualité contact/ absence de contact qui détermine les contours du sujet et offre une limite entre le dedans et le dehors, le soi et le non soi. La subjectivation naît de l'appropriation de cette limite, de la frontière entre soi ou le même et l'autre ou le différent ;

- Le dialogue tonique : le dialogue tonique précède le dialogue verbal et constitue un support essentiel de la communication infraverbale et un véritable mode relationnel mère/bébé. Il constitue le point d'ancrage des processus de différenciation et de structuration. Le rythme des échanges, les décalages temporels, les défauts de synchronisation vont modifier le tonus de l'enfant ; la mère va alors modifier le sien pour s'ajuster à celui du bébé. E.Pireyre ajoute « De forme alors expressive, et additionnée au langage, le dialogue tonique permet la distinction sensorielle dedans/dehors. L'intégration, par la répétition, de cette distinction permet la reconnaissance visuelle de la mère en dehors du contact corps à corps et peau à peau. Il y a prise de distance par rapport au corps de la mère. Grâce à l'adjonction de l'attachement affectif, il y a là une prémisse au processus d'individuation ». Plus tard, la préhension, la locomotion, la maîtrise du geste et de l'objet permet à l'enfant de se découvrir auteur de ses gestes. Ces gestes vont déclencher la fuite devant la mère qui appelle, tout cela permettant l'assomption d'une véritable individualité ;
- Le regard : avant de se reconnaître dans le regard de sa mère, l'enfant constate la présence d'une silhouette qui n'est pas la sienne ni celle de sa mère. S'il ne sait pas encore que c'est lui, il constate en tout cas qu'il y a quelque chose d'autre dans sa mère, se posent alors les questions de l'altérité et du dedans/ dehors.

3. L'identité sexuée

La biologie ne suffit pas à expliquer le sentiment de se sentir garçon ou fille. Comme nous l'avons vu avec Dolto, la découverte de la différence des sexes lors de la deuxième année joue un rôle primordial dans la construction de l'identité sexuée (42).

Pour Colette Chiland, ces bases confortent l'enfant, mais ce qui compte également ce sont les attitudes et comportements de l'entourage, ainsi que l'interprétation et le sens que l'enfant donne à ses expériences, à ce qu'il vit dans ses relations interpersonnelles. Elle définit l'identité sexuée comme « une construction psychique qui prend place au sein de la triade père-mère-enfant et comporte des aspects à la fois objectifs et subjectifs. L'identité sexuée est une croyance subjective qui s'élabore dans les premiers mois de la vie. Voire bien avant, c'est à dire même avant la grossesse : dans la tête des parents avant la naissance voire avant sa conception ».

Autrement dit, les messages infraverbaux inconscients de l'entourage diffèrent en fonction du genre ; les actes, les paroles, les intentions et les non-dits, sont parfois contradictoires entre les parents et source de conflit entre le sexe d'assignation et le sexe biologique pour le sujet. Pour elle, la façon dont l'enfant vit son corps a été favorisé ou contrarié par les parents et la manière dont ils l'ont investi, lors des soins par exemple (122).

A propos des troubles de l'identité sexuée et du changement de sexe, ils « s'enracinant dans l'enfance : les enfants ont eu des difficultés avec leurs parents, difficultés d'identification, d'attachement, interactions qui se déroulaient de manière telle que l'enfant vivait un grand malaise, dont il se sortait en imaginant que tout irait mieux s'il appartenait à l'autre sexe. Il ne s'agit qu'exceptionnellement de parents qui refusent le sexe de leur enfant ; c'est beaucoup plus subtil : les parents sont contents du sexe assigné, mais découragent les manifestations « viriles » de leur fils ou « féminines » de leur fille, l'enfant est contrarié dans sa spontanéité » (123).

4. La peau physique et psychique et le rôle du moi peau

A côté de la peau, E. Pireyre accorde également une importance aux orifices de la peau dans l'établissement de l'image du corps. Du fait de leur innervation sensorielle, les sensations y sont plus prégnantes qu'ailleurs et la libido y est fortement investie par le sujet et ses parents. La bouche, en fonction des stades libidinaux, va être source de fantasme de dévoration puis va changer de statut dans l'image du corps pour se charger en fantasme de rétention-relâchement. Les zones génitales peuvent également entraîner des angoisses de morcellement ou de castration. Les gestes des enfants au niveau de ces endroits sont évocateurs de ces préoccupations. Enfin le sphincter anal peut aussi donner lieu à des angoisses notamment lorsqu'il s'agit d'aller à la selle. Les orifices peuvent donc être fortement chargés en fantasmes et en peur, pouvant laisser des traces dans la mémoire du corps de l'individu et moduler l'image du corps qu'il en a (117)(121).

5. La représentation de l'intérieur du corps

La représentation de l'intérieur du corps est en lien avec l'immatunité physiologique originelle et peut aussi affecter l'image du corps ultérieure. En effet, au début de la vie, les os sont inachevés et encore mous et déformables, la fonction contenante n'étant pas assurée, un vécu de « crevaisson » peut donner lieu à des angoisses d'éclatement. Aussi, le squelette n'étant pas mature, le bébé ne possède pas d'axe osseux ce qui peut lui donner une impression d'enfoncement dans le sol ou un vécu de manque d'arrière-fond.

Enfin l'immaturation des sphincters anal et vésical ainsi que les vomissements peuvent donner l'impression de se vider entièrement. A ce titre, l'intérieur du corps peut être vécu de façon très particulière dans la maladie psychiatrique ce qui n'est pas sans rapport avec le développement physiologique, encore très immature, de l'enfant (121).

6. Le tonus

La notion de « dialogue tonique » a été proposée par Wallon en 1930 puis revisitée par J. de Ajuriaguerra en 1977 qui a décrit le « dialogue tonico-émotionnel » (108). Pour ce dernier c'est le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé. Les émotions d'un adulte se manifestent à travers le comportement comme l'expression mimique du visage, mais aussi à travers des manifestations physiologiques comme le rythme cardiaque, respiratoire, la sudation, et enfin à travers la motricité composée de la tonicité musculaire ainsi que de la tension gestuelle plus ou moins vive. Lorsque le bébé est dans les bras de sa mère, il est très sensible aux variations toniques et rythmiques des bras qui le portent et l'entourent. Ainsi, il fait attention au tonus des bras, au rythme de portage, à la mimique du visage, la musique de la voix ; tout cela formant le dialogue tonico-émotionnel, que Marcelli appelle de façon plus précise le dialogue tonico-prodico-moi-émotionnel (124). Le tonus est donc fortement influencé par la maturation neurologique mais aussi par les premières relations de l'enfant. Le bébé, par son tonus va s'adapter à celui de sa mère. Lorsque par exemple la mère est absente par ses gestes et son tonus, elle ne donne pas au bébé l'élan, l'occasion ou le désir d'aller vers elle, ce qui va entraîner une hypotonie chez le bébé, traduisant une mise à distance réciproque. Les caractéristiques des premières relations de l'enfant vont s'infiltrer dans le profil tonique. De la qualité de ces premières relations peuvent découler des anomalies toniques (hypertonie, hypotonie), qui sont constitutives de l'image du corps. Il s'agit alors de traces, inscrites dans le corps, des premières expériences relationnelles.

7. La sensibilité somato-viscérale

Il s'agit d'une notion utilisée par les neurophysiologistes pour désigner un équivalent du schéma corporel. Ces derniers différencient les diverses structures responsables de la collecte et de la transmission au cortex des informations périphériques, internes ou externes ou les sensibilités somatiques et viscérales. La sensibilité somatique est constituée des sensibilités superficielle (informations de pression, de toucher, de vibration, de température, de douleur, ainsi que les stimulations gustatives, auditives, visuelles et odorantes) et profonde.

Cette dernière est la proprioception ; elle recueille les informations sur la position du corps, les mouvements et la force. La sensibilité viscérale occupe les récepteurs des appareils digestif, cardiaque, pulmonaire et endocrinien. Deux phénomènes vont influencer les informations sensorielles :

- Le traitement des informations sensorielles au niveau des premiers relais sensoriels est souvent contrôlé par des fibres centrifuges provenant des aires corticales. Le rôle de ce contrôle centrifuge est variable d'un système sensoriel à l'autre et peut aller jusqu'à contrôler directement le fonctionnement des récepteurs sensoriels eux-mêmes. Autrement dit, le cortex peut aller jusqu'à contrôler tout ou partie de la sensation ;
- Des voies sensorielles provenant de territoires voisins sont réciproquement inhibitrices l'une sur l'autre. Ce phénomène général à tous les systèmes sensoriels, et qualifié d'inhibition latérale, a pour effet de limiter l'espace sensoriel pour lequel une cellule est activée. Il permet donc de renforcer le contraste entre les stimulations de deux zones voisines et augmente la précision de la localisation d'un stimulus. Aussi, les récepteurs sensoriels peuvent s'inhiber réciproquement (121).

Les systèmes sensoriels sont donc sous le contrôle des processus supérieurs, des processus cognitivo-affectifs, ou encore par la périphérie elle-même. En cela, il est impossible de voir le monde et le corps propre tels qu'ils sont. Les représentations subjectives (du monde ou de notre propre corps) que nous construisons sont donc directement reliées à notre appareil sensoriel. Dans ce contexte, il est légitime, d'impliquer cet aspect de l'organicité dans une conception composite de l'image du corps.

8. Les compétences communicationnelles du corps

Les émotions communiquent par le corps. Nous ferions tous un choix, plus ou moins conscient, en fonction de notre histoire et du contexte socio-culturel, de recourir à un certain type de communication corporelle à l'aide de différents canaux de communication corporelle que sont les modifications toniques, les mimiques, les gestes et déplacements, les attitudes, les émotions, le regard et l'écoute. Ces canaux peuvent s'embrouiller, quand les mots sont sans rapport avec le paysage émotionnel (une voix douce contrastant avec une posture raide et une mimique figée). Cette désynchronisation peut alors rendre difficile l'émergence du sens du mot pour le bébé et la représentation de soi et de ce qu'il éprouve.

Les émotions sont donc très ancrées dans le corps et représentent un dialogue mis en place dès le début de la vie ; elles appartiennent au sujet et à son histoire et se colorent de nombreux facteurs conscients et inconscients.

9. Les angoisses corporelles archaïques

L'immaturation psychique et physiologique, inhérente à l'espèce humaine à la naissance, emporte le bébé dans la conflictualité et l'angoisse. Faire face et surmonter au mieux en s'appuyant sur des images parentales suffisamment bonnes est un processus fondamental de la construction psychique. Quatre formes d'angoisses archaïques rattachées au corps ont été étudiées par Pireyre : le morcellement, la chute, la liquéfaction et la dévoration (121).

- Le morcellement : il peut s'expliquer par l'immaturation neurologique des premiers temps de la vie. Le bébé se voit et se vit comme morcelé ; ce sont les mains, bras, et corps de ses parents ainsi que le miroir qui vont assurer un sentiment d'unité et de solidité de son corps. Les indices de morcellement chez le tout petit pourraient être les suivants : trémulations, hyperexcitabilité, motricité spontanée réflexe, hypertonie ;
- Les angoisses de chute : elles pourraient renvoyer à une prise de conscience traumatique, car prématurée, de la séparation mère bébé qui s'élabore en vécu de chute dans un trou noir. D'autres auteurs l'expliquent par l'arrivée en milieu aérien lors de la naissance à l'origine de nouvelles sensations tactiles et gravitaires. Les repères ne sont plus les mêmes, en particulier ceux de l'équilibre. Toutes choses qui arrivent brusquement au corps du bébé, et plus spécialement les déficiences d'un portage sécurisant, peuvent provoquer un éprouvé de chute. Cet éprouvé se traduit par les réflexes de sursauts du bébé, et par les agrippements qui peuvent être physiques ou sensoriels (à une lumière, un bruit, une sensation) ;

En bref, ces angoisses peuvent rester vivantes et inscrites dans le corps et donner lieu à des pathologies psychiatriques si elles ne sont pas suffisamment compensées par un sentiment de sécurité ; ou à moindre mal occasionner des craintes à des moments précis chez l'adulte névrosé.

Pour Eric.W.Pireyre, ces neuf sous composantes seraient impliquées dans la construction de l'image du corps. L'enfant acquiert un sentiment de continuité d'existence avant même sa naissance : dans le désir de ses parents. S'il n'est pas différencié psychiquement de sa mère au départ, il va apprendre à s'autonomiser et se construire une identité propre dans la relation qu'il a avec son entourage et son corps. En investissant son corps, il prend conscience de son enveloppe et se vit comme un être unifié. Il sera capable de communiquer et d'entrer en interaction avec d'autres individus avec son corps.

C. Vulnérabilité et insécurité interne

L'image du corps se construit à travers un dialogue et un ajustement constant entre les dimensions inter relationnelles (par le désir, la libido, l'investissement de l'entourage) et les dimensions narcissiques.

En effet, le bébé va rassembler les différentes parties de son corps en fonction des expériences successives de sa vie quotidienne et à partir des fonctions naturelles que celui-ci lui permet d'exercer : le réveil de la sieste en raison de la faim, suivi par une sensation de vide gastrique, puis par le déclenchement de pleurs, puis de cris éventuellement font exister pour ce bébé une sorte de forme associant le ventre et sa tension progressive avec l'utilisation de la voix à la recherche d'une réponse ; et les sensations acoustiques qui en quelque sorte accompagnent comme autant de commentaires cette montée du déplaisir de la faim. Cet ensemble relie plusieurs parties du corps dans un complexe de sensations basiques, constituant une sorte d'archipel de sensations. Puis, dès que la mère donne la tétée, cette sensation de montée du déplaisir est arrêtée et remplacée par une détente du tractus digestif qui le fait exister de façon sensiblement différente des instants précédents. La stabilisation de ces expériences successives va aider l'enfant à construire son image du corps. L'enfant peut en faire une occasion d'investissement plus ou moins important non seulement en fonction de son propre plaisir, mais aussi des conditions dans lesquelles cet ajustement se produit (69).

- Le narcissisme secondaire va s'élaborer dans un deuxième temps après la rencontre avec les objets secondaires et l'environnement. Il correspond à l'amour de soi en fonction de ce qui est renvoyé par l'autre. L'équilibre dynamique entre ces deux narcissismes fait que plus le narcissisme primaire est fragile à cause de ruptures ou d'abandons, plus la personne va rechercher une compensation dans l'environnement et chez l'autre.

Le sentiment de sécurité interne sert de base aux assises narcissiques. Après la vie intra utérine où il était à l'abri dans le ventre accueillant de sa mère, le nouveau-né aura la nécessité de développer une sécurité de base, dès la naissance où il passe à un milieu gravitaire, ouvert, variable et sans limites et tout au long de son développement affectif et de sa vie relationnelle. Pour ce faire, il a besoin d'être rassemblé, enveloppé, et contenu afin de retrouver des sensations homéostatiques et confortables dans le bain affectif et sensoriel dans lequel il est plongé. La vie intra-utérine, les événements de la périnatalité, les événements de vie, l'attachement, les interactions corporelles et affectives avec l'environnement influenceront la qualité de cette sécurité de base. Si par exemple la mère saisit le mal être de son enfant et le soulage au bon moment, il aura l'impression d'avoir barre sur le monde extérieur et se sentira vivre et exister.

Par la suite le climat familial, la gestion des événements de vie douloureux par l'enfant et son entourage influenceront le déroulement des autres grandes étapes du développement de l'enfant comme le sevrage, la construction de l'espace transitionnel, l'entrée à l'école l'adolescence, et auront une incidence sur la qualité de cette sécurité interne.

L'insécurité peut être engendrée par des événements traumatiques tels qu'une réanimation néonatale, une grossesse compliquée, une hospitalisation maternelle, des hospitalisations répétées, des abus sexuels, des situations de bouc émissaire. Elle peut être liée à un climat environnemental insécurisant ; une indisponibilité maternelle au cours d'une dépression, un climat de deuils familiaux, violences conjugales, ou autres souffrances familiales.

Faute d'un environnement non sécurisant, la capacité d'être seul et de pouvoir vivre séparé en toute autonomie ne parviendra pas à se développer et se traduira par un besoin de contrôle de par la perception et la motricité au détriment des capacités psychiques internes. Si certains enfants vont avoir recours à des souvenirs agréables lors de la séparation, d'autres plus angoissés vont se cogner leur tête ou éprouver des sensations violentes ou avoir recours à des objets de substitution faute de sécurité interne.

A l'adolescence, le recours aux troubles alimentaires apparaît comme autant de tentatives inadaptées pour évacuer ces angoisses d'anéantissement, lors de la confrontation avec la solitude (16) (67) (90) (68) (119) (126).

D. Image du corps des cognitivistes

1. Définition

Cash et Green, en 1986, proposent de diviser le trouble de la perception corporelle en trois dimensions principales : perceptive, cognitive et affective. La dimension perceptive se rapporte à la détection, à l'estimation et à l'identification des proportions de son propre corps et définit l'acuité du jugement individuel concernant la silhouette et le poids. La dimension émotionnelle ou affective regroupe les sentiments qu'un individu développe par rapport à son apparence corporelle et la satisfaction ou l'insatisfaction concernant son propre corps. L'insatisfaction dépend de l'écart entre le corps perçu et le corps idéal intériorisé. L'idéal corporel constituant l'image du corps vers laquelle l'individu tend, est lié au contexte socioculturel et aux idéaux corporels présents au sein des sociétés.

La dimension cognitive concerne les croyances que l'on a par rapport à sa silhouette et à son apparence (127).

2. Développement de l'image corporelle

Les cognitivistes s'accordent à dire que l'image corporelle se constitue tôt dans l'enfance et varie au gré des rencontres et événements. Plusieurs facteurs historiques sont impliqués dans sa construction :

a) Facteurs sociaux

- Les médias : ils véhiculent des normes sociales d'attraction physique et ont un impact sur l'autoévaluation corporelle des sujets ;
- La famille : le comportement des familles et les critiques qu'ils font vis à vis d'eux-mêmes ou envers le sujet aura une influence considérable sur l'insatisfaction du jeune (128) ;

- Les différences culturelles : elles peuvent également jouer un rôle dans l'insatisfaction corporelle des jeunes. Dans une revue de la littérature de 2002, sur les différences en terme de satisfaction corporelle chez les adolescentes noires et blanches des Etats-Unis ; il a été démontré que les américaines blanches présentaient une plus grande insatisfaction corporelle, une fréquence plus élevée de troubles alimentaires et de stratégies de contrôle du poids ; ainsi qu'une moins grande tolérance à la prise de poids. Aussi, elles tendaient vers un idéal corporel plus mince que les femmes noires (129) ;
- Les pairs : ils envoient aussi des messages aux enfants sur ce qui est acceptable ou non comme apparence. Ils peuvent aussi partager sur les façons de contrôler l'apparence (régimes, exercices) et sur les préjugés par rapport aux personnes différentes (les gros sont paresseux). Le simple fait d'entendre ces commentaires, même s'ils ne sont pas dirigés contre soi, reste un facteur de socialisation culturelle par rapport à l'image (130) ;
- Les événements de vie : un juste équilibre entre l'encadrement familial et les manifestations d'affection envers l'enfant favorise le sentiment de valoir quelque chose comme individu. L'intimidation et le rejet par les pairs ont des effets dévastateurs sur l'estime de soi et l'image corporelle. La présence de facteurs de stress ainsi que certains événements peuvent transformer le corps et avoir un impact sur l'image corporelle d'une personne, comme les accidents laissant des cicatrices, les maladies, les problèmes de peau, les brûlures, les grossesses et le vieillissement.

b) Facteurs individuels

- Image réelle et attributs physiques : les transformations pubertaires ainsi que l'âge de la puberté peuvent affecter l'image corporelle. Une puberté précoce risque de causer une détresse chez la fille, tandis qu'elle peut augmenter l'estime corporelle d'un garçon qui s'approche de la forme corporelle masculine idéale. Inversement, une puberté tardive peut permettre une adaptation à ce nouveau corps chez la fille, tandis qu'elle désavantagera certains garçons ;
- Traits de personnalité : une estime de soi positive facilite le développement d'une image corporelle saine et agit comme un facteur de protection contre les menaces extérieures.

Le perfectionnisme, le besoin d'approbation sociale et la tendance à la féminité, un tempérament anxieux sont plutôt des facteurs de risque d'une image corporelle négative.

Les facteurs actuels se greffant aux facteurs historiques représentent les pensées, émotions et comportements liés à l'image corporelle entraînant des expériences négatives et renforçant les croyances erronées.

3. L'image corporelle de l'anorexique

La nature exacte des troubles de l'image du corps dans l'anorexie mentale demeure encore incertaine et très controversée puisqu'aucun consensus n'est retrouvé en ce qui concerne les différentes dimensions atteintes. Ainsi, selon certaines études, les anorexiques se perçoivent de façon réaliste mais sont extrêmement insatisfaites de leur image du corps. Cash et Deagle, ont réalisé la première méta-analyse sur la nature des perturbations de l'image du corps dans les troubles du comportement alimentaire. Ils ont étudié les différentes dimensions : le trouble des attitudes liées au corps (dimension cognitive et affective) et le trouble perceptif visuel (dimension perceptive). Ils concluent à l'implication préférentielle d'un trouble des attitudes liées au corps. Sur la base de ces postulats, la prise en charge thérapeutique devrait davantage se centrer sur les attitudes par rapport au corps (i.e. les représentations corporelles négatives et l'insatisfaction corporelle) (131). Ils soulignent que les perturbations de l'image du corps sont à prendre en compte dans l'évolution des troubles du comportement alimentaire : soit comme un facteur de risque, soit comme marqueur de sévérité, soit comme facteur prédictif.

Certaines études, centrées uniquement sur la composante perceptuelle, ont montré que les personnes atteintes d'anorexie mentale ont tendance à surévaluer leur corps ou certaines parties de leur corps comme les cuisses, les hanches et le ventre. Selon Bruch (1962), certaines anorexiques, lorsqu'elles croisent leur apparence dans le miroir, vont dans un premier temps, être choquées par la maigreur qui s'y reflète. Puis, dès lors qu'elles se reconnaissent, leur perception visuelle est remplacée par l'image mentale qu'elles ont d'elles-mêmes (i.e., un corps trop gros ou des parties du corps trop grosses). Cette vision de grosseur prime sur la vision réelle du corps et expliquerait la perception erronée du corps dans l'anorexie mentale (91).

A. Modifications physiques à l'adolescence

La puberté est un phénomène universel, qui concerne tous les individus à peu près pendant la même période et qui se définit comme l'ensemble des changements, essentiellement biologiques et anatomiques, qui aboutissent à la capacité de reproduction (16).

C'est un phénomène long et progressif, étalé sur plusieurs années durant laquelle on observe le développement des caractères sexuels primaires, l'apparition de caractères sexuels secondaire, l'accélération de la croissance staturale ainsi que l'acquisition des fonctions de reproduction.

On admet que la puberté coïncide avec l'apparition des règles chez les filles et la première éjaculation chez le garçon. Tout ceci se produit sous l'effet de la maturation de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique à l'origine de l'augmentation de production des hormones mâles et femelles que sont respectivement la testostérone, et l'oestradiol.

1. Chez la fille

- Caractères sexuels primaires : les menstruations arrivent en moyenne deux ans après le début du développement mammaire, en général vers treize ans. Les organes génitaux se développent : la vulve augmente de volume, l'utérus et les ovaires grossissent, la muqueuse du vagin s'épaissit ;
- Caractères sexuels secondaires : ils sont le plus souvent visibles à l'extérieur. On retrouvera le développement des glandes mammaires, l'apparition d'une pilosité au niveau des régions pubertaires et axillaires, la modification de la silhouette avec l'élargissement des hanches (45).

2. Chez le garçon

La puberté commence un peu plus tard, entre 12 et 15 ans.

- Caractères primaires : le développement des organes génitaux concerne le pénis et le scrotum à l'extérieur et les testicules à l'intérieur. Le garçon atteint sa maturité sexuelle à 15 ans avec la spermatogénèse ;
- Caractères secondaires : la pilosité apparaît à 12 ans au niveau du pubis puis s'étend aux aisselles, au visage et aux membres. La voix mue, la silhouette se modifie également du fait de l'élargissement des épaules et du thorax, et du développement de la musculature (45) ;

- Croissance : elle est plus tardive que chez la fille mais peut augmenter de manière spectaculaire vers 15 ans.

3. Modification du Schéma corporel

Le centre de gravité du corps se déplace avec la croissance, la force musculaire augmente. Ainsi, l'instrument de mesure et de référence que représente le corps se modifie de pair avec les perceptions et les repères spatiaux antérieurs.

Par conséquent, certains adolescents n'arrivant plus à évaluer correctement les distances et les dimensions, peuvent sembler maladroits lors des gestes ou des déplacements (45).

B. Modifications psychiques à l'adolescence

L'adolescent doit faire le deuil de son corps d'enfant avec lequel il ne faisait qu'un. Il perd ses repères corporels qui paraissaient pourtant stables et bien acquis et sur lesquels il avait construit son identité. En effet, il s'était fait une idée de lui-même successivement à travers le regard de sa mère, de ses parents, puis du miroir dans lequel il découvrait une image à laquelle il pouvait s'identifier.

Lors de la puberté, le jeune doit se réapproprier un corps qui s'impose de manière violente au sujet et qu'il n'a pas choisi. Il subit un corps qu'il perçoit comme étranger, non familier, instable, et qui menace son sentiment d'être.

Par conséquent, il doit se redécouvrir, dans le miroir, mais aussi à travers les autres, le groupe qui le rassure sur son existence, sa valeur et ses capacités intrinsèques.

F Marty résume bien cette problématique « A l'adolescence le corps n'est pas seulement une réalité biologique, qui rend visible les transformations pubertaires, c'est un paradigme essentiel pour comprendre la plupart des problématiques, à commencer par celle, fondamentale de l'identité » (134).

1. Image du corps

Les transformations pubertaires corporelles brouillent l'image unifiée, paisible, maîtrisée et intégrée transformée que l'enfant avait pu acquérir et remettent au centre de l'activité psychique l'image du corps. S'opère à nouveau une fragmentation de l'image du corps d'autant plus accentuée en raison de la croissance discontinue et disproportionnée des parties du corps. Le sujet est donc amené à retrouver l'unité d'un corps à nouveau perçu comme morcelé sur la scène psychique. Bien entendu, il n'apparaît pas au même titre que dans la psychose où il provoque des effets déstructurant sur la personnalité.

Pour se réappropriier son corps, l'adolescent va avoir tendance à le traiter comme un objet pour l'autre. Assujetti au miroir, et accroché au regard de l'autre, il a besoin de savoir à quoi il ressemble et si cette image est acceptable et appréciable. Il s'engage dans une longue quête de reconnaissance par l'autre, dont la réassurance permettra un apaisement face à son sentiment d'étrangeté.

L'issue de cette quête dépendra de la qualité du narcissisme construit dans l'enfance. En effet, plus il sera solide, plus le jeune fera confiance en ses capacités intrinsèques et moins il sera touché par les aléas du regard des autres.

2. Image du corps, construction de l'identité et processus d'identification

a) Identité sexuée

La sexualité transforme le corps d'enfant pour lui donner une nouvelle identité, et qui plus est, dotée d'une sexualité. Ainsi, pour se construire en tant qu'être sexué, l'individu doit reconnaître et accepter son corps sexué. Ceci n'est pas nécessairement facile dans la mesure où cela implique plusieurs conséquences (16) :

- En perdant son corps infantile, le sujet doit également faire le deuil de la sexualité infantile. Il doit renoncer aux satisfactions infantiles et intégrer des nouvelles logiques de plaisir et de désir, qui peuvent effrayer et dont il n'a pas le mode d'emploi. Il peut également avoir le sentiment de perdre l'admiration parentale, son corps était très investi par ceux-ci. Parallèlement, les théories infantiles qui l'avaient aidé à comprendre la sexualité s'effondrent, le jeune réalise que ses origines ne se résument pas à un autoérotisme, qu'il n'est pas le créateur du couple parental. Cela peut être vécu comme une trahison et met fin à son sentiment de toute puissance ;
- La sexualité adulte, auquel le jeune n'est pas préparé, implique entre autre l'accession à la puissance orgasmique. Cela peut constituer une menace pour l'intégrité de la personne et on peut voir apparaître une crainte du dommage corporel avec une angoisse de perdre l'unité de moi, une peur de la mort, et une insatisfaction lors de la chute d'excitation ;

- La différence des sexes devient flagrante et la question de l'appartenance sexuelle ne se pose plus. Le jeune qui pouvait jouer des ambiguïtés tant que son corps était impubère et qui se sentait tout puissant devant sa bisexualité potentielle, n'appartient désormais qu'à un seul sexe, et qui plus est, lui a été imposé. Ceci est une désillusion pour l'enfant qui pensait que tous les avenir étaient possibles, et cela se voit notamment chez ceux qui ont des mouvements homosexuels défensifs à l'adolescence ;
- La différence des sexes soulève la question de la complémentarité des sexes et de « l'incomplétude » de la personne devant chercher satisfaction chez l'autre, dont le désir n'est ni certain, ni garanti ;
- Les émergences pulsionnelles nouvelles font effraction chez l'adolescent qui a du mal à les contenir, et imposent une distance avec les parents du fait d'un rapprochement potentiellement incestueux. Parmi les nombreux paradoxes existant à l'adolescence, Jeammet en évoque un autre, celui entre un soi devenu intime et un corps soumis au regard de l'autre, qui déborde et échappe (67) ;
- Le développement de la sexualité pousse l'adolescent à mobiliser son attention sur les parties visibles de l'image spéculaire signifiant la sexualité. Le garçon focalise son attention sur les muscles et le pénis ; la fille n'ayant pas de sexe visible, se tourne vers le sein. Le sein devient un signifiant d'être femme, et d'être mère. En ce sens, il peut donner lieu à des conflits psychiques car la fille se doit d'assumer la maternité et la sexualité.

b) Identité, image de soi

L'image du corps est fondatrice de notre identité. D'une part, les bouleversements pubertaires sont une véritable attaque du corps et de l'identité, ils menacent l'individu dans son intégrité et dans sa continuité personnelle. Au fur et à mesure que l'image du corps se modifie, le sentiment identitaire va se défaire.

D'autre part la nécessité de prise d'autonomie vis à vis des parents oblige le jeune à s'individualiser, à se construire comme un être unique, différent et singulier, ayant sa propre valeur, personnalité et ses propres points de vue. Jusque l'adolescence, le chemin était tracé, l'enfant se déchargeait de la difficulté d'être soi car il était porté par les parents, la famille, l'école.

Désormais, l'adolescent séparé des parents est confronté à lui-même ; pour assumer son identité, il doit voler de ses propres ailes, se reconnaître dans la trame sociale et se sentir exister aux yeux des autres. Il se voit désormais être vu par l'autre, il ne s'agit plus d'être soi par ce que l'on fait mais par ce que l'on affiche. Engagé dans une longue quête de reconnaissance par les autres et d'une signification à sa vie, il se sert de son image comme voie de reconnaissance. Derrière le suis-je beau, se pose vraiment la question : qui suis-je ? Ainsi, pour répondre à cette question, il va s'appuyer sur l'extérieur, mais dans ce jeu d'interactions entre le dedans et le dehors, le sujet va pouvoir se construire ou se perdre.

3. Enjeux narcissiques

L'image du corps préalablement construite pendant l'enfance sur laquelle s'est édifié un sentiment d'identité précaire ou robuste au travers du jeu des identifications, va poursuivre son évolution au moment de l'adolescence. La construction de cette nouvelle image de soi et du corps va dépendre de la qualité du narcissisme et d'une image déjà bien établie, ou au contraire fragilisée par les failles de l'enfance. L'adolescence et l'ouverture sur l'autre constituent un moment de passage du narcissisme primaire au narcissisme secondaire, l'amour de soi n'est plus instinctuel mais a besoin de l'autre pour se nourrir. Ce besoin sera plus ou moins important selon la qualité du narcissisme primaire construit dans l'enfance. Si celle-ci est bonne, le jeune aura un minimum d'amour propre et ne sera pas aussi sensible au regard des autres. A l'inverse l'individu avec un narcissisme fragile, avec un passé marqué de ruptures et d'abandons, va rechercher une compensation, dans son entourage, pour construire son narcissisme secondaire et répondre aux questions fondamentales : vais-je plaire ? Suis-je beau et désirable ?

C. Les moyens d'appropriation du nouveau corps

- Vêtements, tatouages : un des moyens d'habiter son nouveau corps est de le façonner à l'aide de vêtements, piercings et tatouages. Le vêtement a une vertu protectrice puisqu'elle camoufle la nudité du corps, elle protège des jugements ou des menaces, et peut servir de limite à un débordement d'angoisse. Pour A. Birraux, l'usage de vêtements est une stratégie fétichique défensive contre des incertitudes narcissiques et identitaires. Parfois, c'est le corps tout entier qui se fétichise par le culte de la laideur, dans le cas des punks et des gothiques (16) ;

- Identification aux paires : n'arrivant pas à habiter ce corps qui se transforme, le sujet cherche alors un corps idéal, le seul susceptible de séduire en s'appuyant sur de nouveaux modèles d'identification. Il va se construire une image idéale, basée sur la bande, les modes, la morale, les valeurs, ses idoles. Les médias érigent des normes hors desquelles, il semble impossible de réussir et prônent un idéal de beauté garantissant succès et réussite poussant le sujet à s'y conformer. Plus l'adolescent est fragilisé, plus il aura besoin de tendre vers cet idéal pour être reconnu, plus il aura besoin de s'identifier à ces modèles de beauté proposés par la société. Poussé à l'extrême, le jeune peut aller jusqu'à demander un nouveau corps et avoir recours à la chirurgie esthétique. A. Birraux le résume bien « la symptomatologie corporelle est un bon indice du fonctionnement psychique et de ses conflits. La surenchère des pratiques esthétiques illusionnent sur l'enveloppe afin d'esquiver le regard sur son monde interne, sa fragilité, ses incertitudes » (16).

D. Mécanismes de défense : moyens de mise à distance du corps

Les adolescents fragiles vont trouver des stratégies pour mettre à distance ce nouveau corps étranger, synonyme de menace identitaire (135).

- Le clivage : il s'agit de la coexistence de deux attitudes contradictoires vis à vis de la réalité qui peut être à la fois déniée et acceptée. S'agissant du corps, une partie de soi peut accepter le changement tandis que l'autre la dénie en gardant une représentation infantile du corps ;
- Le déni : c'est un mécanisme qui consiste à refuser une réalité, et l'exclure du psychisme. Ainsi, l'anorexique va bannir les caractères qui signifient l'être femme ou l'être homme et maigrir est une tentative de gommer et dénier les caractères signifiants liés à la sexualité et à la maternité. Son but est de retrouver l'image idéale de l'enfant modèle forgée dans le passé, que les transformations corporelles et l'arrivée des règles n'ont pas manqué de salir. En refusant les transformations, elle préserve l'image que ses parents ont d'elle et qui garantit la sensation d'être aimée. Aussi, un autre mouvement de refus s'opère pour s'affranchir de la dépendance. En effet, en restant enfant aux yeux de ses parents, l'adolescente y perd sa propre existence ; mais en devenant indépendante elle perd ce à partir de quoi elle se sent aimée et exister.

C'est pour sortir de cette double impasse que l'anorexique met en place le symptôme afin de garder l'amour mais la maîtrise qui va avec ;

- Projection : elle consiste à attribuer à l'autre des qualités et propriétés que l'on refuse chez soi afin de rejeter la responsabilité et rechercher une cause externe à ses souffrances. Les parents, mais aussi son propre corps peut être la cible des attaques ;
- L'intellectualisation : elle sert à dériver la poussée pulsionnelle sur des objets de pensée afin de les contrôler, et représente une défense contre l'émergence de représentations trop angoissantes. L'intellectualisation est à la pensée ce que l'ascétisme est au corps. Ainsi, les adolescents passent des heures à méditer, à refaire le monde. Le plus souvent, la pensée est pseudo abstraite, non productive, répétitive, contrairement à l'intellectualité qui correspond à une réflexion et une élaboration de solutions aux problèmes posés ;
- Penser ou se dépenser (l'hyperactivité physique) : elle est une manière de faire taire le corps, en dérivant l'excitation sexuelle de la puberté. La pensée n'est pas complètement exclue mais limitée le plus souvent limitée à une pensée opératoire ;
- L'ascétisme : c'est un mécanisme du Moi pour contrôler les pulsions au niveau du corps. L'adolescent dénie le moindre plaisir, et fait barrage à la moindre jouissance du corps, s'impose des tâches ou des restrictions physiques, s'interdit tel aliment, ne se vêt pas chaudement. Il devient un mode de vie chez l'anorexique qui recherche la pureté la plus totale et exclut la pulsion la plus vitale ;
- Régression : face à l'angoisse de la nouveauté, elle permet de retarder l'entrée à l'âge adulte en retournant vers un stade libidinal antérieur et en retrouvant un mode de relation aux autres connu ;
- Sublimation : c'est le déplacement des pulsions sexuelles et agressives vers des objets socialement valorisée, tels que l'écriture, le dessin, le théâtre, le sport, la compétition. Il s'agit du mécanisme le moins coûteux psychologiquement et le plus accepté.

- Le recours à l'agir : il s'agit de passages à l'acte auto ou hétéroagressifs qui permet de se maîtriser soi-même, et les autres. Selon Jeammet, la destructivité permet de s'affranchir du pouvoir de l'autre dont dépendent la réussite mais aussi l'échec, la déception et l'abandon. emprise sur sa vie. Le recours à l'agir permet alors d'avoir une emprise sur le destin avec tout ce qui lui échappe (136) .

Pour conclure, la puberté constituant une deuxième opportunité pour remanier certaines difficultés laissées en suspens pendant l'enfance. L'image du corps que l'adolescent doit reconstruire repose sur l'acceptation d'une nouvelle identité sexuée avec toutes les conséquences que cela entraîne. Elle sera aussi modelée par les relations sociales, les regards, les jugements, les réflexions mais surtout par la sensibilité du sujet eu reflet de sa nouvelle image, d'autant plus importante que le narcissisme est fragile. Lorsque l'amour de l'autre et que la volonté de se conformer aux exigences de beauté de la société apparaissent comme une exigence indispensable, le sujet s'expose à une réelle fragilité. Malheureusement cela peut aller jusqu'au suicide lorsque la situation de dépendance à la famille est tellement importante, et qu'il n'y a que la mort qui puisse permettre de se séparer. Inversement, cela peut se voir lorsqu'il y a une trop grande proximité des parents qui empêche le jeune de se construire comme il le souhaite et que la seule façon de se libérer de cette emprise est de mettre fin à sa vie (136).

Points essentiels :

Le schéma corporel fait référence aux représentations sensorimotrices du corps impliqué dans l'action. L'image du corps est un terme utilisé par les psychanalystes pour désigner une représentation inconsciente et subjective du corps construite dans la relation et le désir.

Schilder est le premier à proposer un début de théorie du schéma corporel et de l'image du corps tout en introduisant une certaine confusion. Il distingue trois corps : postural, libidinal, et social. Dolto distingue un schéma corporel universel d'une image du corps propre à chacun et en évolution constante. Elle définit l'image du corps comme la mémoire des vécus du corps ; vécu de l'enveloppe corporelle avec l'image de base ; vécu de l'intérieur du corps avec le corps fonctionnel et vécu des orifices avec l'image érogène. Lacan distingue le corps réel ressenti, du corps imaginaire vu et du corps symbolique nommé. Anzieu est à l'origine de la théorie du Moi peau selon laquelle, le moi intérieur se construit par analogie avec les fonctions de la peau. Le psychomotricien E.Pireyre définit une image composite du corps comprenant 9 sous composantes : la continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau et l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les compétences communicationnelles et les angoisses archaïques. L'image corporelle des cognitivistes réunit trois composantes : perceptive, cognitive et affective.

Toutes ces dimensions du corps vont être remaniées à l'adolescence du fait des transformations/pubertaires et de l'ouverture au monde.

DISCUSSION : DE L'ENJEU DIAGNOSTIQUE AUX IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES DE LA DYSMORPHOPHOBIE DANS L'ANOREXIE MENTALE

I. COMPARAISON DIAGNOSTIC ET CLINIQUE DES DEUX PATHOLOGIES

A. Comparaison des critères diagnostiques

L'anorexie mentale et le « *body dysmorphic disorder* » sont deux pathologies qui ont des caractéristiques communes.

	Anorexie mentale (21)	BDD (21)
Catégorie nosographique (DSM5)	Trouble du comportement alimentaire	Trouble anxieux
Critères diagnostiques	Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros et altération de la perception du poids et du corps avec influence sur l'estime de soi et déni de la gravité de la maigreur actuelle. Cette peur et altération entraînent des comportements restrictifs ou purgatifs répétés afin d'éviter la prise de poids malgré un poids inférieur à la normale.	Présence d'une ou de plusieurs préoccupation(s) concernant un défaut perçu de l'apparence physique, non perçu ou apparaissant comme léger pour les autres. Des comportements répétés et excessifs sont secondaires aux préoccupations concernant l'apparence.

Tableau 6 : Comparaison des critères diagnostiques

Malgré l'appartenance à des catégories nosographiques différentes, les deux troubles présentent un trouble majeur de l'image du corps marqué par la peur de prendre du poids chez l'un, et la conviction d'être laid chez l'autre. Cela entraîne conjointement une insatisfaction corporelle importante et l'apparition de comportements destinés à la supprimer.

Pour autant, les deux diagnostics sont considérés comme indépendant, voire pas associables jusque depuis peu. En effet, dans le DSM-IV le critère C du BDD précisait que pour faire le diagnostic il fallait éliminer un diagnostic d'anorexie mentale ; les préoccupations concernant le poids et la silhouette traduisant un trouble du comportement alimentaire éliminaient donc la possibilité d'avoir un BDD comorbide.

Afin de pouvoir associer les deux pathologies, il est proposé dans le critère D du DSM-V que les préoccupations concernant les apparences ne soient pas uniquement des préoccupations concernant le poids ou la masse corporelle. Cela permet de pouvoir diagnostiquer les deux pathologies ; et de pouvoir traiter correctement le BDD ainsi que l'anorexie mentale.

B. Comparaison des caractéristiques démographiques

Si l'anorexie semble être une pathologie essentiellement féminine, le BDD touche autant d'hommes que de femmes, et les deux troubles se déclarent majoritairement à l'adolescence. Nous pouvons donc penser que si l'adolescence est une période à risque pour les deux pathologies, c'est que ces deux pathologies traduisent une fragilité narcissique et identitaire ancienne décompensée par les épreuves de la puberté.

Ceci est en faveur d'une psychopathologie commune. Comment alors expliquer la différence de sexe ? L'individu va utiliser son corps différemment en fonction de la dimension culturelle, de son histoire et de son éducation. Le poids et la silhouette sont des caractéristiques du corps servant à une revalorisation narcissique plutôt féminine c'est pourquoi on observe plus de femmes anorexiques. Si le BDD touche autant d'hommes que de femmes c'est peut-être que les critères sont moins restrictifs et n'importe quel endroit du corps peut être touché. Nous remarquerons aussi que les deux troubles ont des répartitions démographiques différentes. Encore une fois, les messages sociétaux ainsi que les opinions générales peuvent différer d'une culture à une autre, et de ce fait influencer différemment la symptomatologie. Une étude a montré des différences de préoccupation corporelles entre les individus caucasiens et les individus asiatiques présentant un BDD. Les préoccupations des patients asiatiques portaient plus sur les cheveux et la peau alors que celles des patients caucasiens portaient sur le ventre, les hanches, les fesses (137).

	Anorexie (76) (78)	BDD (9) (140)
Sexe	Sexe ratio = 90 % fille	Sexe ratio = 1
Age de début	Age : début à l'adolescence entre 16 et 18 ans. On observe des cas d'anorexie prépubère débutant dans l'enfance.	Age : début à l'adolescence vers 16 ans. Pas de diagnostics avant l'âge de 15 ans. Les cas de BDD précoces sont très rares, certains auraient débuté à l'âge de 6 ans.
Caractéristiques démographiques	Fréquence plus élevée dans les pays industrialisés. Niveau élevé d'éducation.	Population plus étendue. Niveau d'études inférieur.

Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques démographiques

C. Comparaison clinique

1. Le « *Muscle Dysmorphia* » VS le « *Reverse Anorexia* »

Nous ne pouvons qu'être frappé de la parenté entre les deux sous types cliniques. Le terme de « *muscle dysmorphia* » est d'ailleurs parfois qualifié de « *reverse anorexia* » (26). Les patients souffrant de BDD se plaignent d'un corps jamais suffisamment musclé malgré une masse musculaire supérieure à la normale du fait de la prise de stéroïdes anabolisants.

Ils ont pour but de se façonner une image idéale du corps et entreprennent des démarches non moins coûteuses que chez l'anorexique. Autre point commun avec l'anorexie, ils pensent constamment à leur régime, l'objectif étant de prendre du muscle sans prendre de gras. Les conséquences liées à l'usage de stéroïdes sont aussi désastreuses et dangereuses que le jeûne de l'anorexique. En somme ces données semblent indiquer que le « *muscle dysmorphia* » apparaît comme un équivalent masculin de l'anorexie mentale. Le parallèle entre les deux est en faveur de l'assimilation de l'anorexie et du BDD. Aussi, l'apparition récente du « *muscle dysmorphia* » est certainement liée au nouveau statut social du corps masculin et de la virilité.

	Anorexie mentale (74).	BDD (26)
Formes Cliniques	Reverse Anorexia : Anorexie inverse ou complexe d'Adonis. Impression douloureuse d'être toujours trop maigre ou insuffisamment musclé. Toutes les conduites ont pour but de modifier le corps et surtout d'en augmenter la musculature, ainsi sont pratiqués des exercices intensifs de musculation parfois associés à des prises d'anabolisants.	Muscle Dysmorphia La préoccupation concerne principalement la musculature. Les individus se considèrent trop petit ou pas assez musclés. Ils vont donc tout faire pour se remuscler : soulever des poids, faire de la musculation, prendre des anabolisants, des vitamines.

Tableau 8 : Comparaison des sous-types cliniques

2. Les idées délirantes

Si des critères supplémentaires concernant l'insight existent pour le diagnostic de BDD afin d'en déterminer la sévérité ; le diagnostic d'anorexie mentale n'en possède pas. Cependant, certains auteurs comme Konstantakopoulos ont proposé de diviser le trouble anorexique en trois catégories selon le degré de croyance concernant l'apparence. (bon insight/pauvre insight/croyance délirante) (138).

Certains chercheurs ont étudié le caractère délirant de l'évaluation de l'image du corps et du poids dans l'anorexie mentale. Dans une étude de Phillipps : on peut lire « un trouble de l'image du corps d'intensité délirante est une composantes cardinale de l'anorexie mentale, ce qui est pathognomonique de l'anorexie mentale n'est pas la sévérité de la malnutrition en soi mais plutôt la distorsion de l'image du corps qui lui est associée, l'absence de souci quant à l'émaciation, même avancée, et la vigueur et l'obstination avec lesquelles l'apparence souvent impressionnante est défendue comme normale et adéquate, et surtout pas trop maigre, semblant la seule sécurité possible contre la crainte majeure de devenir grosse.

La véritable anorexique est identifiée par son apparence squelettique, dénie son anomalie et la maintient activement, en contraste avec l'anorexique non typique, qui déplore la perte de poids, mais se sent incapable d'y changer quelque chose. » (139).

La plupart des chercheurs réservent cette dimension pour les formes les plus sévères. Il apparaît donc que les perturbations de l'image du corps dans le BDD et l'anorexie rapprochent ces deux affections dans leur composante obsessionnelle et leur potentialité délirante (139).

Dans le BDD, l'insight est considérée comme une dimension supplémentaire du BDD, afin de pouvoir prévenir les risques suicidaires et la résistance associée et de traiter au mieux la pathologie quel que soit le traitement (médicamenteux/psychothérapie). Ce modèle dimensionnel pourrait également être appliqué à l'anorexie pour les mêmes raisons. Dans ce sens, plusieurs études se sont intéressées au caractère délirant des préoccupations des dysmorphophobies dans l'anorexie.

Konstantinou et al ont comparé en 2011 la composante délirante de la symptomatologie chez 72 patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire dont 39 patientes anorexiques mentales ; et 33 patientes boulimiques. Ils ont utilisé pour chacune le questionnaire « *Brown Assessment of Beliefs Scale* » (BABS) évaluant la conviction de la croyance ; la perception du point de vue de l'autre ; la manière d'expliquer la différence entre les points de vue ; la persistance de la croyance ; la critique de la croyance ; l'insight ; les idées de référence. Ils ont retrouvé un score indiquant une croyance délirante uniquement chez les patientes anorexiques et plus spécifiquement chez celles avec un sous type restrictif. Ainsi, 29% des patientes anorexiques avaient des convictions délirantes selon le questionnaire BABS. Parmi ces dernières 46 % avaient une anorexie restrictive et 6% avaient une anorexie mixte. Les patientes boulimiques avaient au maximum des idées surinvesties mais pas délirantes. La composante délirante était associée significativement à un âge de début plus précoce, au sous type restrictif ainsi qu'à l'insatisfaction corporelle mais n'était pas associée à la sévérité, à la durée de la maladie ou à l'IMC (138).

Une étude de Grant et al de 2002, met en évidence un risque de délire majoré chez les patientes anorexiques en cas de comorbidité avec le BDD. Il a été établi que 39% des 41 patientes avec anorexie mentale étudiées présentaient aussi un BDD se rapportant à des préoccupations indépendantes du poids et de la forme générale du corps. L'âge de diagnostic de l'anorexie était plus précoce chez les patientes présentant les 2 troubles et le BDD survenait avant les signes d'apparition de l'anorexie mentale.

Aussi, la sévérité du tableau était plus importante lorsqu'un diagnostic de BDD était retrouvé avec un handicap social et un taux de suicide plus élevé. La croyance délirante évaluée grâce au questionnaire BABS montrait des scores plus importants chez les patientes souffrant des deux troubles que chez les patientes anorexiques sans BDD associé (37).

Hartmann et al, ont voulu comparer les préoccupations d'intensité délirante chez 22 patients BDD et 19 patientes anorexiques. Ils ont retrouvé plus de préoccupations délirantes chez les patients BDD que les patientes anorexiques, mais le même nombre d'idées surinvesties (26% avec un score BABS entre 13 et 17) et d'idées de référence dans les deux groupes.

Cependant, l'étude avait plus de patient présentant une anorexie mixte qu'une anorexie restrictive. Chez les patientes anorexiques, le délire était positivement associé au désir de minceur et aux préoccupations concernant la forme du corps mais n'était pas associé à la sévérité du trouble, à l'IMC ainsi qu'à l'insatisfaction corporelle (140).

Ces données permettent de voir que les patientes anorexiques peuvent également présenter toute une gamme de préoccupations autour de leur image corporelle qui va de la préoccupation légère à la préoccupation délirante. Le risque d'avoir une préoccupation délirante de l'image du corps est augmenté par le type restrictif, l'âge de début précoce, et par l'association avec un BDD. Il faut donc être vigilant par rapport à ces patients et adapter la prise en charge. De même que pour les patients BDD, la thérapie pour ces patients est plus longue ; il vaut mieux s'adapter au rythme du patient et ne pas se risquer à provoquer des résistances ou des arrêts de traitement. Aussi, ces patients sont moins accessibles au raisonnement sur la forme du corps, et il vaut mieux mettre l'accent sur le handicap que cela peut entraîner plutôt que de minimiser la plainte ou de les convaincre qu'ils ne sont pas gros. Ainsi il faut faire attention au type de thérapie et de médiation utilisé et axer son traitement sur l'apaisement de l'angoisse générée par ces préoccupations plutôt que sur les erreurs cognitives. Enfin, si un BDD est associé nous pouvons penser qu'un traitement par IRS peut permettre d'améliorer la symptomatologie délirante.

	Anorexie mentale (140)	BDD (140)
Sous type : insight	Il n'existe pas à ce jour de critères spécifiant l'insight et le caractère délirant de la préoccupation. Les patientes sont souvent qualifiées d'obsessionnelles tant dans les préoccupations que dans les comportements. Certaines études cherchent à souligner le caractère délirant.	Le trouble peut être obsessionnel ou délirant lorsqu'il n'y a pas d'insight. L'insight est une dimension prise en compte dans les critères diagnostiques. La croyance fait partie d'un continuum qui va d'une idée surévaluée au délire. Le caractère délirant augmente la sévérité du trouble et le risque suicidaire.

Tableau 9 : Comparaison des critères spécifiant le caractère délirant de la préoccupation

3. Similarités cliniques

L'anorexique possède des pensées centrées sur la forme du corps, le poids, et l'alimentation. Elles sont préoccupées, largement plus d'une heure par jour, par la nécessité de faire disparaître la moindre trace de graisse. A côté de ces préoccupations, elles se livrent à des comportements incessants afin d'atteindre leur apparence physique idéale.

	Anorexie mentale (144)	BDD (139) (3)
Particularités cliniques	<p>Le trouble de l'image du corps : il concerne le corps entier par sa silhouette ou le poids ou sa partie inférieure.</p> <p>Comportements spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesures répétées du tour de hanche • Contrôle du poids • Contrôle des calories • Hyperactivité physique • Comparaison aux images féminines médiatiques • Rituels alimentaires • Comportements purgatifs. 	<p>Le trouble de l'image du corps : il peut à la fois concerner l'ensemble du corps mais aussi se focaliser sur une partie du corps. Le plus souvent il s'agit de la peau, des cheveux et du nez.</p> <p>Comportements spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camouflage ; • Recherche d'un traitement chirurgical, dermatologique ; • Apprêtement ; • Evitement des miroirs ; • Curage de la peau.

Tableau 10 : Comparaison des particularités cliniques

4. Les différences cliniques

La première différence est que les préoccupations de l'anorexique concernent souvent le corps entier (la silhouette, la forme du corps, le poids) même s'il existe également des fixations sur les cuisses, les hanches, les fesses, la taille. Mais globalement, c'est le corps entier qui n'est jamais assez maigre. En ce sens, Rosen et Ramirez mettent en évidence des différences de préoccupation entre les patientes anorexiques et les patients BDD. Nous remarquerons qu'il y a un fort recouvrement des préoccupations des deux populations dans le tableau suivant (141).

Parties du corps	TCA (en %)	BDD (en %)
Cuisses, jambes	62,2	21,5
Estomac taille	44,4	23,5
Fesses	28,9	9,5
Poids, forme du corps, ou taille	26,7	11,7
Sein, poitrine	9,8	19,6
Bras	8,9	0
Face (forme, taille, symétrie)	8,9	15,7
Nez	2,2	15,7
Yeux	2,2	5,9
Menton	2,2	7,8
Bouche (dents comprises)	4,4	11,8
Peau (rides, cicatrices, taches, acné)	8,9	39,2
Cheveux ou poils	4,4	21,6
Pieds	2,2	1,9
Mains	0	5,9
Organes génitaux	0	7,8
Symétrie du corps	0	1,9

Tableau 11 : Type de préoccupations concernant l'apparence chez des patients souffrant de TCA et des patients présentant un BDD (d'après Rosen et Ramirez, traduction de Tignol) (141)(3)

Les comportements et rituels secondaires à ces préoccupations peuvent être les mêmes chez l'anorexique et le BDD : il s'agit de la vérification dans le miroir, la comparaison à autrui, le régime, l'exercice physique, la recherche de réassurance ainsi que l'évitement (142).

Pour autant, une autre différence est le succès temporaire des comportements de contrôle du poids et de la forme du corps chez l'anorexique puisqu'elles traversent une période de triomphe dans laquelle elles maîtrisent leur apparence et exhibent un corps maigre et en excellente santé apparent, physique et morale. Plus elles sont transparentes, à force de maigreur, plus elles sont vues. Elles réussissent sans le trouble ce qu'elles ne réussissent pas ailleurs. Cette phase ne s'observe pas chez le sujet BDD ou alors très succinctement lors des phases de rémission transitoire qui suivent les tentatives de correction chirurgicale. En effet, le sujet BDD n'est jamais satisfait de son apparence quelle que soit la stratégie adoptée. Contrairement à l'anorexique, il ne va pas hésiter à solliciter l'aide du médecin pour soigner le défaut.

Il va tout mettre en œuvre pour corriger son stigmate mais sera toujours déçu du résultat. Dans les deux troubles, les individus conservent leurs comportements malgré l'évidence de leur échec (épuisement, dépression, complications sociales et physiques).

Enfin, l'ampleur des comportements n'est pas la même dans les deux affections. La volonté d'amaigrissement de l'anorexique peut mettre en jeu le pronostic vital alors que la volonté de correction esthétique localisée du dysmorphophobique typique n'a pas de conséquences aussi dramatiques. De plus, l'amaigrissement de l'anorexique entraîne non seulement une modification de la forme du corps, mais aussi une modification de sa physiologie caractérisé par l'aménorrhée. L'amaigrissement de l'anorexique est caractérisé par un profond remaniement de l'image du corps qui de sexué devient asexué. Chez le dysmorphophobique, l'intervention esthétique ne semble pas modifier de façon aussi radicale l'image du corps. Les conséquences des comportements ne sont donc pas les mêmes ; si les uns frôlent le décès et évitent les médecins, les autres recherchent à vivre mais sous une autre forme. Pour autant, si les comportements anorexiques peuvent être mortels ; ce n'est en général pas ce qu'elles recherchent. Bien au contraire, plus elles sont proches du décès, plus elles se sentent vivantes. Maigrir est une ascèse qui donne sens à leur vie et les rassure sur leur valeur, malgré le prix que cela coûte. Nous entendons souvent dire « si je ne suis pas anorexique qui suis-je ? » ; une patiente aurait rapporté « En fait ce n'est pas possible de lâcher les dysmorphophobies, car cela tient tout le reste. Si on lâche cela, il n'y a plus de raison de maigrir et il faut trouver autre chose pour exister ». Quelle que soit la méthode adoptée les enjeux paraissent similaires, le changement apparaît indispensable pour trouver ou recouvrer le sens de l'existence, de liens sociaux et la réussite. Le corps est mis en avant mais l'enjeu plus profond est identitaire et existentiel.

D. Comorbidité

Elle est très importante, l'étude de Rosen et Ramirez comparent 45 patientes présentant des troubles du comportement alimentaire, 50 patients présentant un BDD et 50 patients contrôles. Les patients BDD et TCA montrent des perturbations sévères équivalentes, de l'image du corps, significativement plus importantes que les sujets du groupe contrôle. Leur insatisfaction vis à vis de leur apparence, les vérifications et le niveau de préoccupation sont semblables dans les deux groupes. La seule différence dans cette étude concernait les comportements d'évitement. Les patients du groupe BDD avaient plus tendance à éviter les interactions sociales à cause de leur apparence physique.

Ces données permettent aux auteurs de conclure sur le fait que les deux pathologies sont plus semblables que différentes. Ils considèrent que le problème le plus prégnant n'est pas la localisation du défaut mais la préoccupation pour l'apparence et son impact sur le fonctionnement du sujet (141).

Une autre étude rétrospective a comparé 36 filles souffrant de troubles du comportement alimentaire, et 40 filles saines et a mis en évidence chez les filles souffrant de troubles du comportement alimentaire, la présence de symptômes de BDD précédant les symptômes du trouble alimentaire chez 25% d'entre elles. Elles avaient présenté des symptômes de BDD au moins six mois avant les premiers signes de trouble du comportement alimentaire. Toutes avaient un profil d'anorexie restrictive. Parmi celles-ci des comorbidités supplémentaires étaient également retrouvées puisque 16,7 % d'entre-elles souffraient également de TOC, 5,6% de troubles thymiques et 2,8% de trouble de la personnalité. Dans la période précédant tout symptôme, ils ont retrouvé plus d'évènements tels qu'un rejet des pairs, un manque d'intérêt vis à vis du sexe masculin, une perte sentimentale, des critiques négatives sur l'apparence, et une pression des parents pour la beauté et l'apparence dans le groupe de patients souffrant des deux troubles que dans les autres groupes (143).

L'étude de Ruffolo et Philipps (2006) sur la comorbidité de 200 patients BDD a retrouvé un diagnostic d'anorexie comorbide chez 32,5% des patients. Parmi ceux-ci, 6,5% avaient une boulimie, 17,5% présentaient un EDNOS (*eating disorder non otherwise specified*) et 9% des patients souffraient d'anorexie mentale. Les patients présentant un BDD et un trouble du comportement alimentaire associé étaient le plus souvent des femmes, rarement d'origine Africaine, le plus souvent Américaine, présentant plus de comorbidités, et possédant un trouble de l'image corporelle avec une insatisfaction corporelle plus sévère que les autres patients avec un BDD seul. Aussi les hospitalisations étaient plus fréquentes pour ces patients, et le traitement plus intensif. Les résultats montrent donc des différences en terme de caractéristiques démographiques et en terme de sévérité de l'image du corps lorsque les deux troubles sont associés, d'où l'importance de pouvoir faire le diagnostic (144).

E. Aspect cognitif et traits de personnalité

Les croyances concernant l'apparence sont semblables dans les deux pathologies. Ces sujets font des raccourcis entre l'apparence et la valeur personnelle, les compétences et performances. Autrement dit s'ils ne sont pas beaux c'est qu'ils n'en valent pas la peine.

Les personnes avec un BDD vont plutôt s'attarder sur le visage et les parties supérieures du corps qu'ils vont sous-estimer par rapport aux autres alors que les patientes anorexiques vont se focaliser sur les parties inférieures du corps ainsi que la masse corporelle qu'elles vont surestimer (145).

1. Les processus cognitifs

Il semblerait qu'il y ait un mécanisme commun et anormal dans le traitement de l'information visuel et l'organisation perceptive. Les sujets vont traiter les informations en se rapportant aux détails plutôt que de les traiter de manière globale. Les patientes anorexiques vont avoir tendance à se focaliser sur les parties du corps tandis que les patients dysmorphophobiques sur les traits du visage. Cela est confirmé par les travaux d'imagerie cérébrale fonctionnelle chez ces patients qui retrouvent lors des tâches d'analyse d'objets ou de visages, une suractivation des régions impliquées dans l'intégration et l'analyse des détails plutôt que les régions impliquées dans le traitement global. L'attrait pour le détail ainsi que les difficultés à percevoir la globalité peut être à l'origine du déficit visuospatial et de la surestimation de la silhouette dans les tâches d'exposition (146).

Ce processus est retrouvé pour des stimuli indépendants de l'image. En effet, la faiblesse des performances aux épreuves de type figure de Rey témoigne aussi d'un défaut de l'organisation perceptive. La figure de Rey est une forme géométrique complexe, non symétrique et sans signification qu'il faut reproduire soit par copie, soit de mémoire. La baisse de performance en organisation perceptive est à relier au concept de « cohérence centrale » qui reflète la capacité à traiter les informations de manière globale par opposition à un traitement des détails. Les tâches perceptives nécessitant une analyse locale de la figure (portant sur les détails) comme « *L'embedded Figures Test* » (147).

Les patients BDD auraient une mémoire spatiale de travail altérée et ne solliciteraient pas les régions cérébrales traitant le tout. Ils perçoivent plus facilement des distorsions dans leur visage et détectent la moindre modification dans les visages des autres. Par ailleurs les situations sociales ou de la vie courante sont interprétées en fonction de l'apparence (146).

En ce qui concerne les cognitions sociales, la reconnaissance des émotions est altérée dans les deux troubles. Les expressions même quand elles sont neutres sont souvent interprétées comme de la colère.

Les fonctions exécutives semblent également touchées. Ces fonctions permettent d'avoir des comportements souples, flexibles, adaptés au contexte de la tâche et au but à atteindre. La flexibilité cognitive semble être atteinte en particulier.

Elle peut être opérationnalisée dans des tâches où les participants sont amenés à modifier rapidement et avec précision leur comportement en réponse à un changement dans la demande de la tâche. Dans le « *Wisconsin Card Test* », le participant doit choisir d'apparier sa carte avec une autre se trouvant parmi quatre cartes variant selon le symbole, la couleur ou le nombre d'éléments. Le sujet doit deviner sur la base de retours donnés par l'examineur, la bonne règle à adopter. Mais la règle change au cours du test, à l'insu du sujet, de manière implicite. On note en particulier les erreurs de persévération qui reflètent la tendance à continuer à utiliser une règle alors que celle-ci a changé, laissant suggérer une certaine rigidité de pensée (147).

2. Traits de personnalité

Les traits de personnalité communs retrouvés sont l'évitement des événements désagréables, les traits névrotiques, le perfectionnisme et le manque d'autodétermination. En ce qui concerne les différences de caractère, l'obstination serait plus importante chez les patientes anorexiques et la recherche de nouveauté plus présente chez les patients dysmorphophobiques (142).

L'estime de soi qu'elle soit explicite c'est à dire évaluée par des questionnements sur ce que l'individu pense de lui-même, ou implicite autrement dit évaluée par des indices indirects (par exemple la mesure de différence de temps de réaction pour associer des adjectifs positifs sur soi versus négatifs) est faible chez les sujets BDD et anorexique. L'étude de Rosen et Ramirez est la seule à comparer le niveau d'estime de soi explicite chez les deux types d'individus et ne retrouve pas de différence significative (141).

En conclusion l'anorexie mentale et le BDD partagent de nombreux points communs outre le trouble de l'image du corps. Pour autant y a-t-il un intérêt à les associer au sein d'une même famille ? Cette question a été très peu étudiée dans la littérature. Rosen et Ramirez sont les seuls à avoir comparé les particularités psychologiques entre les deux. Ils ont retrouvé une sévérité équivalente en termes de trouble de l'image corporelle et de l'estime de soi. Cependant les anorexiques semblaient avoir un fonctionnement psychologique plus pathologique, et les patients BDD étaient plus sévères lorsqu'il s'agissait d'évaluer leur apparence. Ils avaient également plus de stratégies d'évitement des relations sociales (141). Les patients dysmorphophobiques évitent le regard des autres alors que les anorexiques le recherchent pour exister.

Aussi, la différence principale réside dans la réponse au traitement. Nous allons voir que les patients dysmorphophobiques sont plus accessibles aux IRS et à la thérapie cognitivo-comportementale que les patientes anorexiques qui présentent plus de résistances (148). Considérer l'anorexie comme un sous type de BDD n'est alors pas judicieux pour ce qui concerne la prise en charge même si nous pouvons nous en inspirer. Ce qui est sûr c'est qu'il est important de rechercher un diagnostic de BDD associé, car l'association des deux troubles augmente le risque suicidaire et majore le pronostic en terme de qualité de vie.

Points essentiels :

Malgré des différences en terme de répartition démographique et sexe ratio, le BDD et l'anorexie mentale ont en commun un trouble de l'image du corps qui se manifeste par des préoccupations corporelles potentiellement délirantes suivies de comportements destinés à atteindre un physique idéal. Ils partagent également une faible estime de soi, et un traitement de l'information biaisé.

L'association des deux pathologies, plus fréquente en cas d'anorexie restrictive, augmente le risque suicidaire et majore le pronostic de l'anorexie mentale. La différence principale réside dans la réponse au traitement (IRS et TCC).

L'enjeu diagnostique de la dysmorphophobie qu'elle soit isolée ou qu'elle fasse partie d'un BDD permet d'optimiser les soins et d'améliorer le pronostic.

II. IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

A. Le traitement pharmacologique

En ce qui concerne le traitement de l'anorexie mentale, l'efficacité des neuroleptiques atypiques reste encore à prouver. Une revue de la littérature a mis en évidence l'efficacité des neuroleptiques atypiques dans la décroissance des symptômes alimentaires mais les données sont insuffisantes pour juger de leur efficacité dans la prise de poids. Le traitement par inhibiteur de recapture de la sérotonine n'a pas prouvé son efficacité sur l'anorexie mentale, malgré son efficacité à forte dose contre le BDD, le TOC, et aussi la boulimie. Les chercheurs émettent l'hypothèse selon laquelle la résistance au traitement pourrait s'expliquer par la dénutrition. En effet, la dénutrition serait responsable d'une carence en tryptophane et donc d'un ralentissement de la fabrication de la sérotonine dans l'organisme qui en dépend. Des études contrôlées en ouvert, ont permis de démontrer que la Fluoxétine réduisait le taux de récurrences de l'anorexie mentale après restauration du poids (149). Cela peut s'expliquer par la restauration du taux de sérotonine grâce à la reprise de poids. Selon les chercheurs, le traitement par IRS serait donc indiqué dans la prévention des rechutes après restauration du poids chez l'anorexique (105)(149).

La buspirone est un agoniste partiel des récepteurs 5-HT_{1A} qui a été estimée efficace dans le BDD, à doses fortes (jusqu'à 60 mg/j), en adjonction à des fortes doses d'IRS (fluoxétine ou clomipramine) prescrites sans effet pendant 10 semaines (150).

Une étude de cas sur la Tandospirone, (proche de la buspirone) a montré qu'elle améliorait certains symptômes dans l'anorexie mentale, notamment les préoccupations corporelles et la peur de prendre du poids selon l'échelle « *eating disorder examination questionnaire* (EDE-Q) ». Les auteurs notaient par ailleurs moins d'effets secondaires et une meilleure compliance au traitement que lors d'un traitement par antidépresseurs ou antipsychotiques (151). La Buspirone dans l'anorexie mentale et dans le BDD pourrait donc avoir un intérêt prometteur mais qui reste encore à évaluer.

B. Traitement de l'image du corps dans l'anorexie inspiré des théories sur l'image du corps et du BDD

Nous avons évoqué précédemment comment le corps et sa représentation psychique se fait à plusieurs niveaux différents et évolue au fur et à mesure du temps. Elle dépend d'un nombre important de variables qu'elles soient sensorielles, perceptives, physiologiques, neurologiques, cognitives, affectives, inconscientes.

Ces variables indispensables sont toutes intriquées et complémentaires. Leur articulation est indispensable à prendre en compte dans l'abord des dysmorphies corporelles. Les troubles de l'image corporelle tels que retrouvés dans l'anorexie et la dysmorphophobie sont des troubles complexes dans lesquelles nous ne pouvons pas isoler tel ou tel fonctionnement anormal. La prise en charge de ces patients nécessite de se pencher sur les différents aspects du corps afin de pouvoir aider le patient à reconstruire et à articuler les différentes dimensions du corps entre elles. Il faut penser le corps dans sa globalité et essayer d'explorer toutes ses facettes. Les possibilités thérapeutiques sont donc infinies. En reprenant les théories sur l'image du corps et du schéma corporel, il est possible de cibler les thérapeutiques en fonction des aspects (cognitif, sensoriel, symbolique etc..) plus ou moins défailants.

1. Le corps représenté

S'agissant des représentations du corps, plusieurs thérapies sont utilisées se centrant tantôt sur l'aspect cognitif, tantôt sur le comportement. Les outils de remédiation vont lutter contre l'effet renforçateur des distorsions corporelles et restaurer un certain niveau de flexibilité cognitive. Les thérapies d'exposition avec prévention de réponse se feront à l'aide de supports vidéo ou photographique ou de la réalité virtuelle.

a) Modèle basé sur les inférences

Ce modèle appelé « *Interference Based Therapy (IBT)* » a été initialement développé pour les individus atteints de trouble obsessionnel compulsif dont les idées obsessionnelles étaient surévaluées. C'est un programme d'intervention individuel d'une durée de 20 semaines constitué de 10 étapes. Il s'intéresse au raisonnement menant aux obsessions. L'obsession est un processus en deux étapes. Premièrement l'individu dispose d'une ou plusieurs inférences primaires qui le convainquent qu'un état de fait peu probable constitue une réalité. Dans le cas de la BDD, la force de l'inférence primaire est souvent très marquée, donnant lieu à une quasi conviction. Une inférence primaire pourrait prendre l'aspect suivant « Mon nez me semble épouvantablement asymétrique ».

Deuxièmement, l'inférence primaire est suivie d'une ou de plusieurs inférences secondaires qui font référence aux conséquences anticipées des inférences primaires qui pourraient être « Mon nez affreux m'empêchera de trouver l'amour et d'être heureux ».

La première étape de l'IBT consiste à définir la nature du doute obsessionnel et de quelle façon ce dernier se distingue d'un doute réel (un doute amené par les sens dans l'ici et maintenant).

Le doute normal disparaît facilement suite à la détection d'informations concrètes qui le contredisent, contrairement au doute obsessionnel qui est insistant et augmente en intensité au fur et à mesure que la personne lui accorde du crédit.

La seconde étape s'attarde à la logique et au raisonnement sous-jacent au doute obsessionnel. Le raisonnement apporté peut être le suivant « dans les films, c'est toujours les beaux hommes qui attirent les femmes ».

L'étape 3 consiste à faire comprendre au patient que les arguments justifiant le doute obsessionnel ne sont pas pertinents et vont à l'encontre de la perception dans l'ici et maintenant. Ils proviennent de l'imaginaire et se réfèrent à tout ce qui n'est pas ici et maintenant mais concerne le passé, le futur, ce qui pourrait être, ce qui a déjà été. Par exemple la pensée « mes mains sont sales » n'a pas lieu d'être si il n'y a ni saleté, ni odeur pouvant traduire un manque de propreté.

À l'étape 4, l'histoire subjective menant à l'inférence primaire est précisée et une histoire réaliste alternative, basée sur l'information provenant des sens, est développée. Un exemple d'histoire alternative pourrait être « certes, je ne suis pas grand mais j'ai d'autres capacités et talents faisant de moi quelqu'un de bien et respectable ».

La cinquième étape vise à amener l'individu à identifier le moment précis où il franchit la frontière entre le réel et l'imaginaire, et consiste à mettre en place des stratégies permettant de demeurer du côté de la réalité.

Dans les étapes 6 et 7, les « stratagèmes de raisonnement » du BDD sont identifiés et la façon dont ces derniers mènent au doute en allant au-delà des sens et de l'information directe, est soulignée. Le tableau 12 résume les différentes erreurs de raisonnement chez le patient BDD.

L'étape 8 introduit l'individu à la nature sélective du doute imaginaire en explorant les situations dans lesquelles il ne se présente pas. L'étape 9 consiste à identifier le thème de vulnérabilité de l'individu et à explorer pourquoi ce dernier a développé des obsessions dans une sphère de sa vie plutôt qu'une autre. Par exemple, « ce n'est pas parce que ma mère me disait que j'étais moche que cela fait de moi une personne moche ».

Enfin, l'étape 10 s'apparente à la prévention de la rechute et vise à aider l'individu à tolérer le vide laissé par les obsessions et compulsions et à se familiariser avec sa nouvelle confiance en ses sens et la réalité. Si les études ne permettent pas de comparer l'IBT et la TCC dans le BDD, la thérapie basée sur les inférences apparaît néanmoins prometteuse et pourrait s'avérer efficace chez les individus présentant un mauvais insight (152).

Overview of reasoning errors in BDD

Reasoning error	Definition	Example
Category errors	Confusing two logical distinct properties or objects.	<i>My sister had a nose job and got a lot of compliments. This procedure is therefore also justified for me.</i>
Apparently comparable events	Confusing two distinct events separated by time or place.	<i>Teenagers with acne get mocked, which means that I can also be laughed at if my skin is imperfect.</i>
Selective use of out-of-context facts	Inappropriately applying abstract facts to specific personal contexts.	<i>Actors with physical flaws don't get as many contracts.</i>
Purely imaginary sequences	Making up convincing stories and living them.	<i>When people look at me I feel my nose grow even bigger and I become even uglier.</i>
Distrust of normal perception	Disregarding the senses in favour of going deeper into reality.	<i>People say I look ok but it doesn't mean that I actually do.</i>
Inverse inference	Inferences about reality precede it rather than follows from observation.	<i>People in the room have laughed, which might mean I look ugly.</i>

Tableau 12 : Les erreurs de raisonnement dans le BDD (O'Connor et al 2013)

b) Accepter son apparence physique : apports de l'acceptation dans les problématiques d'image corporelle ACT

Les sujets présentant une anorexie mentale et un BDD recherchent à tout prix une modification de l'apparence physique ce qui nourrit l'escalade comportementale et cognitive conduisant à toujours plus de lutte contre les défauts à améliorer. Ils présentent très peu de pensées logiques et constructives concernant leur apparence. Un nouveau modèle de thérapie cognitive appelé « *Acceptance and comitment therapy* » ou « *mindfulness* » consiste à cibler les processus psychologiques sous-jacents que sont les pensées intrusives et la volonté de contrôle des émotions négatives en voulant transformer le corps. L'acceptation vise un processus actif d'accueil de tous les événements psychologiques (pensées, émotions, sensations, souvenirs), même les plus désagréables d'entre eux. En effet, la crainte du rejet d'autrui est observée chez toutes les personnes préoccupées par leur apparence physique. Leur conduite consiste moins à chercher à se conformer à un idéal esthétique qu'à tout mettre en œuvre pour dissimuler les imperfections. Par ailleurs, les personnes cherchent une réassurance verbale concernant leur apparence physique. La conjonction de ces deux stratégies (éviter de dévoiler ses imperfections et chercher à être rassuré), a pour objectif d'éviter de faire l'expérience d'évènements psychologiques pénibles (pensées, émotions, sensations) comme le sentiment de rejet ou la honte.

Autrement dit, ne pas penser que nous sommes imparfait, laid, repoussant, difforme ; ne pas éprouver la frustration de ne pas pouvoir changer d'apparence ; l'anxiété du regard d'autrui, la tristesse d'être rejeté, la colère d'être stigmatisé, la honte d'avoir honte de son corps, la culpabilité de se sentir imparfait. Le contrôle du corps vise un contrôle des événements psychologiques, pour autant, elles alimentent les préoccupations pour le corps et constituent un véritable cercle vicieux (44) .

En ce sens, la démarche d'acceptation repose sur ces mécanismes communs aux troubles d'image corporelle. Elle consiste à accepter les aléas de son histoire personnelle ; accepter de pouvoir être rejeté par les autres, et accepter d'être comme nous sommes. Différentes techniques peuvent être employées :

- Détecter les évitements expérientiels : il s'agit d'explorer l'ensemble des tentatives de lutte, et d'évaluer leur efficacité ;
- S'exposer aux événements intimes : le patient doit prêter attention à toutes les dimensions d'un événement habituellement évité. Par exemple, le thérapeute peut proposer au patient d'explorer les sensations physiques liées au sentiment de rejet. Où se situent-elles ? Où commencent-elles et où s'arrêtent-elles ? De même, le patient peut explorer les émotions liées à ce sentiment de rejet, comme la honte. Il peut aussi observer attentivement les envies d'agir qui apparaissent en lui, comme le fait de vouloir se cacher ou de masquer son défaut, ou encore de se remémorer les souvenirs de moqueries ;
- Rompre la fusion cognitive : cette dernière consiste à agir en fonction du contenu des pensées et constitue l'une des sources de perte de flexibilité psychologique. La défusion cognitive consiste à regarder les pensées pour ce qu'elles sont et non pour ce qu'elles disent être. Nous avons vu que chez les personnes préoccupées par leur apparence physique, le soi tend à être conceptualisé comme un objet esthétique. La démarche d'acceptation consiste à favoriser la prise de conscience que ces jugements ne sont que des pensées parmi d'autres, et non des vérités ou des règles de conduite auxquelles le patient est contraint d'accorder toute son attention. Pour cela, plusieurs exercices sont utilisés :

- Proposer au patient de fermer les yeux et de s’imaginer tranquillement assis sur un banc, dans un parc. Le patient doit s’entraîner à accepter les événements intimes déplaisants activés par le regard d’autrui : sont convoquées alors, dans l’imagination, plusieurs personnes importantes pour l (proches ou partenaire amoureux). Ces personnes viennent lui parler, et il explore alors les émotions, les sensations corporelles, les réactions comportementales (comme le fait de réajuster ses vêtements) et les pensées qui apparaissent. Le patient doit rester en contact avec ces événements psychologiques, et ne pas chercher à les faire disparaître ou à les contrôler ;
- En thérapie de groupe, les patients se répartissent en binômes, de préférence avec une personne qu’ils ne connaissent pas, et se regardent silencieusement, dans les yeux, pendant plusieurs minutes. L’accent est mis sur l’attention portée aux pensées, aux émotions et aux sensations provoquées par la situation, dont chaque patient essaie de prendre conscience sans chercher à les modifier. Cet exercice permet également de faire l’expérience que se rapprocher des autres requiert parfois d’accepter de se sentir vulnérable (44).

Hartmann et al, ont réalisé en 2014 une étude dans laquelle ils comparent l’ACT et la TCC auprès de 21 patients BDD, 20 patients anorexiques et 22 patients contrôles. Le but de l’étude était de déterminer l’approche la plus efficace pour les pensées intrusives concernant l’apparence. Après randomisation des patients, 17 d’entre eux ont reçu une « *distracting strategy* » autrement dit stratégie visant à distraire les pensées, 21 patients ont bénéficié d’une « *acceptance commitment therapy* » et 20 patients d’une restructuration cognitive. La première hypothèse était que toutes les stratégies seraient efficaces sur la réduction de la fréquence des pensées intrusives, et de la détresse engendrée par ces pensées. Les auteurs pensaient que la restructuration cognitive serait plus efficace que l’ACT sur la réduction des pensées négatives ; que l’ACT serait plus efficace pour les patients BDD à cause du plus grand nombre d’idées délirantes non accessibles à la restructuration cognitive ; et que la restructuration cognitive serait plus efficace chez les patientes anorexiques du fait du nombre plus limité de croyances délirantes. Au final les résultats ont montré que toutes les stratégies réduisaient le nombre de pensées et la détresse engendrée par celles-ci chez les deux types de patients. Aussi, l’ACT était tout aussi efficace que la restructuration cognitive que ce soit pour les patients BDD que pour les patients anorexiques.

L'ACT était effectivement plus efficace chez les patients BDD tandis que la restructuration cognitive était plus efficace pour les patients anorexiques (153).

c) Remédiation cognitive

Elle vise à améliorer les fonctions cognitives altérées chez les patientes anorexiques comme l'attention excessive aux détails, la rigidité et le manque de flexibilité psychologique, les perceptions et expressions émotionnelles altérées.

Whitney et ses collaborateurs (2008) proposent un programme de remédiation cognitive d'une dizaine de séances durant environ 30 à 45 minutes.

Le but est de remédier aux fonctions cognitives défaillantes, de permettre à la patiente d'avoir une vision d'ensemble et de rétablir un certain niveau de confiance en soi et d'acquérir un certain niveau d'introspection. Pour ce faire différents exercices sont proposés tout au long de ses séances (bisection de lignes, illusions sensorielles, tours de Londres, test de Stroop, manipulation de nombre, de formes et de lettres...). Les patients doivent se familiariser avec les exercices, établir des liens entre les exercices et leur mode de pensée, adapter ces exercices à la vie quotidienne afin de pouvoir les mettre en œuvre par la suite. Dans cette étude le regard des patients est également exploré. Ces derniers apprécient que la méthode proposée ne soit pas focalisée sur l'alimentation, estiment qu'elle les aide à réduire leurs comportements perfectionnistes et rigides, ainsi qu'à appréhender les choses de façon plus générale, et se félicitent de pouvoir transposer ces changements d'attitude dans leur quotidien. Ce type de traitement constitue pour les auteurs un préalable nécessaire à d'autres formes de psychothérapies (154).

d) Exposition corporelle avec prévention de la réponse

L'exposition à l'image corporelle via le miroir ou la vidéo consiste à encourager les individus vêtus de vêtements serrés, à regarder toutes les parties de leur corps pendant un certain temps. Ces techniques permettraient de diminuer l'insatisfaction corporelle et les comportements d'évitements sociaux en rapport avec l'image de son apparence. L'exposition répétée et prolongée, grâce à un effet d'habituation, permettrait de réduire les émotions négatives face au miroir et de corriger les cognitions erronées de la personne sur son image. Ainsi, la personne aura moins peur de prendre du poids, acceptera plus facilement son image corporelle, et se focalisera sur les aspects positifs. En s'exposant au miroir, l'individu apprendra aussi à faire face aux situations contraignantes plutôt que de les éviter ce qui réduira ses préoccupations corporelles.

Plusieurs approches sont possibles ; le « *cognitive dissonance-based mirror exposure* » dans laquelle le patient doit se décrire de manière positive, l'exposition basée sur le « *mindfulness* » dans laquelle le sujet s'exerce à la méditation avant la confrontation au miroir, et l'approche neutre dans laquelle le sujet doit avoir un regard neutre et objectif. A ce jour, aucune étude n'a comparé les différentes approches, et les études cas témoins sur l'exposition corporelle sont rares mais prometteuses (155).

Vocks et Legenbauer (2005) proposent un programme d'une dizaine de séances de 90 minutes chacun sur une période de 3 mois, sur base d'un support vidéo ou photographique. Le contenu reste inchangé d'une session à l'autre.

Au cours de ces séances, différents exercices d'exposition sont proposés au patient afin de corriger le biais de surestimation corporelle, de limiter les conduites d'évitement de son propre corps. Les émotions et les pensées négatives sont également abordées au cours de ces séances. Ce programme semble avoir déjà fait la preuve de son efficacité, comme en témoignent les modifications fonctionnelles observées en neuroimagerie après traitement : augmentation de l'activité dans le gyrus temporal moyen, incluant l'EBA, et les structures frontales bilatérales, le gyrus frontal moyen y compris (156).

e) La réalité virtuelle

(a) L'exposition virtuelle

Cette dernière décennie fut également marquée par l'avènement de la réalité virtuelle. La thérapie virtuelle est employée depuis quelques années comme outil thérapeutique en psychiatrie, avec comme principe de base, l'immersion des patients dans des environnements virtuels contrôlés, conçus en fonction du trouble à prendre en charge. Initialement conçue pour le traitement des phobies, elles sont aujourd'hui utilisées par certaines équipes dans l'approche des TCA. Cette technologie semble particulièrement appropriée non seulement pour l'évaluation des troubles d'image corporelle, mais aussi pour son traitement (157). Plusieurs logiciels d'immersion ont déjà été élaborés à cet effet mais ces derniers n'ont jusqu'à maintenant pas eu pour cible les distorsions corporelles. Les équipes de recherche à Milan les ont utilisé pour l'exposition virtuelle à des aliments plus ou moins anxiogènes, ainsi qu'au sein d'environnements de synthèse impliquant des choix, face à diverses situations à problème. Au sein de cet environnement, ils peuvent explorer l'idée de changer leur comportement, sans avoir peur des conséquences. Par exemple si le patient mange une pomme dans la réalité virtuelle il n'a pas à craindre de prendre du poids. Il peut être exposé à la nourriture sans être menacé.

(b) *La permutation des corps*

Il a été observé que l'utilisation de la réalité virtuelle pouvait engendrer une modification du corps en plongeant les individus dans un corps virtuel dont la silhouette était différente de celle des participants. La permutation de corps est désormais rendue possible par la réalité virtuelle. Elle nécessite pour cela une illusion de sortie de corps. Pour ce faire, le patient est immergé dans un environnement virtuel dans lequel il voit le corps du mannequin au lieu du sien. Afin de tromper le cerveau, il reçoit une stimulation tactile sur le ventre, réalisée par exemple avec un bâton. La stimulation synchronisée du ventre du sujet et du ventre du mannequin provoque alors une illusion de sortie de corps.

Le sujet voit une image virtuelle dans laquelle le bâton touche le corps virtuel en même temps qu'il ressent le toucher sur son ventre et au même endroit. Il ressent le corps virtuel comme son propre corps. Dans le cadre des distorsions corporelles, cette procédure aurait pour intérêt de proposer une recalibration visuo-tactile du schéma corporel, les patientes réintégrant leur schéma réel par le biais de cette permutation virtuelle. Il s'agirait ainsi d'expérimenter de nouvelles limites du corps plus adéquates et ainsi d'agir sur les croyances erronées par un effet de type bottom-up (158).



Figure 17 : dispositif permettant d'induire le sentiment d'appropriation d'un corps artificiel (photographie de gauche). Le participant voit le corps du mannequin dans la perspective de la tête du mannequin (photographie de droite ; d'après Petkova et Ehrsson, 2008).

(c) *L'illusion corporelle*

Normand et ses collaborateurs (2011) proposent une autre alternative. Dans leur expérimentation, les sujets étaient plongés dans un corps virtuel dont les dimensions avaient été augmentées.

Ils recevaient des stimulations tactiles du ventre d'abord synchrones soit simultanément à l'avatar, puis asynchrones c'est à dire décalées par rapport à l'avatar. Les stimulations multisensorielles synchrones provoquent des changements de dimensions du schéma corporel et l'émergence secondaire d'une représentation consciente du corps, les participants se percevant plus gros qu'ils ne l'étaient en réalité. L'illusion d'avoir un autre corps pourrait permettre aux patientes anorexiques d'avoir une perception plus réaliste de leur corps ou de les aider à s'adapter aux changements de silhouette lors de la reprise de poids (159).

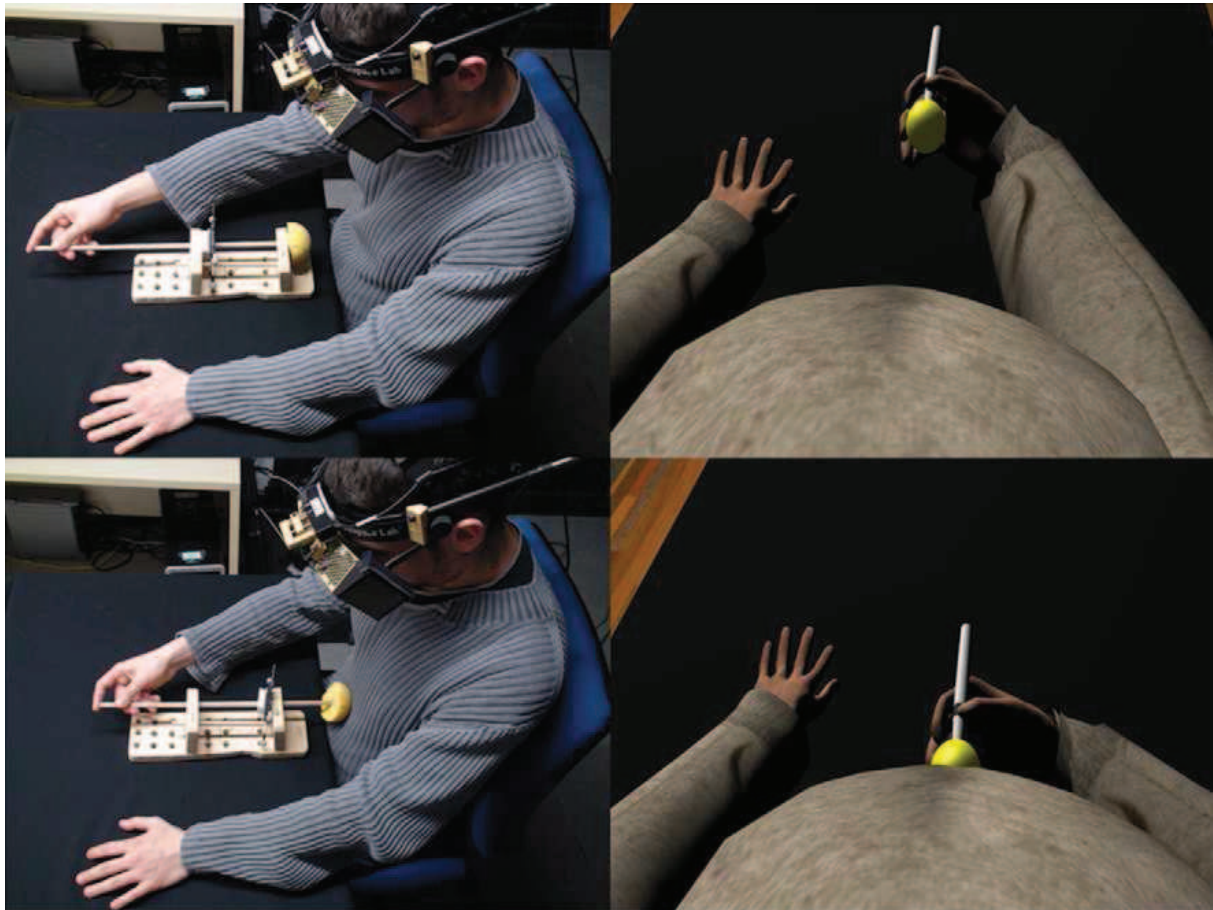


Figure 18 : Dispositif expérimental d'immersion en réalité virtuelle et de stimulation synchrone d'un gros avatar (Normand et al, 2011)

(d) *L'avatar numérique*

Dans l'unité de Xavier Pommereau à Bordeaux, l'équipe de soins propose la palette graphique du logiciel « *Les Sims* » comme outil d'autoreprésentation pour les patientes anorexiques. Chaque patient doit produire son double numérique, doit le vêtir et le parer d'accessoires, de la manière la plus réaliste et ressemblante possible. Cela permet de favoriser la verbalisation et le dialogue en offrant un support pour des adolescents dont la culture digitale permet de dire plus facilement en images ce qu'ils ne parviennent pas à dire en mots.

L'adolescente, absorbé par le choix des traits est amené à parler d'elle, de ses ressemblances et différences vis à vis des proches, de sa place dans la famille, ses attentes et ses craintes. S'agissant du corps de l'avatar, les patientes étaient autorisées à retoucher le personnage afin d'exprimer de visu, mieux qu'en paroles, à quels endroits du corps elles se voulaient maigres. Cela a permis à l'équipe de voir que l'adolescente anorexique ne s'attaquait pas qu'aux formes évocatrices du corps sexué, elle cherchait à faire disparaître toute vision du gras où qu'il soit.

Aussi, les patientes regrettaient que leur avatar ne puisse être amaigri jusqu'à faire saillir les os sous la peau, traduisant le besoin que l'avatar soit incarné et suffisamment réaliste afin de projeter leur vécu de vide intérieur. D'où la critique émise par Xavier Pommereau, selon laquelle l'inconvénient du virtuel est que les stimulations sensorielles (visuelles, et auditives) produisent essentiellement des sensations, ce que cherchent justement les anorexiques voulant réduire leur vie affective et émotionnelle. Selon lui, les adolescentes anorexiques peuvent s'abandonner aux sensations mais résistent féroce­ment aux émotions qu'elles assimilent à des facteurs de déséquilibre intérieur. Si les émotions peuvent être exprimées virtuellement, elles n'ont pas la puissance et le réalisme de celles produites et vécues en chair et en os. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les techniques de cinéma dites « *motion capture* » font appel à de vrais acteurs pour servir de support aux personnages de synthèse (160).

f) Un exemple de programme pour améliorer l'image du corps

Le chercheur américain Thomas F. Cash, a développé un programme appelé « *Manualized cognitive behavioral body image therapy* » en huit séances visant un travail sur les pensées et les comportements pour améliorer l'image corporelle (161) (162).

La première étape vise une connaissance de soi et de son image corporelle. Il comprend différents tests évaluant le niveau de satisfaction ou d'insatisfaction par rapport à plusieurs parties du corps, la perception du corps réelle et souhaitée, les situations causant des émotions négatives liées à l'image corporelle, les pensées négatives et positives liées à l'image corporelle et leur fréquence.

La deuxième étape vise à distinguer les éléments qui ne se contrôlent pas comme le diktat de la mode, l'héritage physique, les changements pubertaires, des éléments qui influencent l'image corporelle qui peuvent être contrôlés comme les croyances erronées, les pensées, les émotions et comportements.

La troisième étape est une désensibilisation au miroir grâce à des exercices de relaxation permettant un affrontement progressif du miroir. L'objectif est de pouvoir tolérer se regarder entièrement devant le miroir, sans angoisse.

La quatrième étape consiste à identifier les croyances par rapport à la beauté et l'apparence et de pouvoir les remettre en question. Les croyances sont des idées forgées par les expériences du passé et modifient la perception des situations et la pensée.

Voici les croyances les plus retrouvées : les gens attirants ont toutes les possibilités, la première chose que les gens remarquent est ce qui ne va pas dans mon apparence, l'apparence révèle la personne intérieure, si j'avais l'apparence que je souhaite ma vie serait meilleure, si les gens voyaient ce dont j'ai vraiment l'air ils m'aimeraient moins, en contrôlant mes apparences je peux contrôler mes émotions et ma vie sociale ; mon apparence est responsable de ce qui m'arrive dans la vie, je devrais toujours tout faire pour avoir la meilleure apparence possible, les messages véhiculés par les médias éliminent toute possibilité d'être satisfait de mon apparence ; la seule façon de m'aimer c'est de changer mon apparence.

La cinquième étape consiste à développer un nouveau discours intérieur réaliste et rationnel par rapport aux situations difficiles, et travailler sur les distorsions cognitives. Les distorsions cognitives sont des pensées spécifiques à certaines situations et représentent le discours intérieur. Un exemple de distorsion est de prédire que l'apparence aura des impacts négatifs sur le futur « Si je vais à cette fête, personne ne s'intéressera à moi à cause de mon apparence » ou « au cours de ma carrière, personne ne me prendra au sérieux à cause de mon apparence ».

La sixième étape vise à éviter d'évitement (fuite, soin de l'apparence à outrance, vérifications multiples). Elle invite le sujet à s'exposer graduellement aux situations normalement évitées afin de l'aider à comprendre que les comportements d'évitement sont destructeurs puisqu'ils ne font que maintenir les fausses perceptions et entraînent peu à peu un isolement social. Aussi, en s'exposant à ce qu'il redoute le plus, le sujet verra que ses craintes n'ont pas lieu d'exister.

La septième étape consiste à apprendre à établir une relation positive avec son corps, en le complimentant, en y accordant une importance particulière, en ayant des activités procurant plaisir et détente, en soignant l'apparence de façon saine sans que ce soit un devoir ou une obligation.

La huitième étape est préventive. Le jeune identifie les facteurs potentiels de rechute et apprend à l'avance à prévenir une éventuelle rechute en développant des stratégies de résolution des problèmes.

Morgan et al (2013), ont réalisé une étude portant sur 10 sessions de « *Manualised body image therapy* » en groupe chez des patientes anorexiques. Les résultats suggèrent que le

programme guidé est efficace chez les patients ayant atteint un IMC supérieur à 16, en relais ou en complément des autres thérapies. Le programme permet une diminution des préoccupations, des comportements de vérification et d'évitements corporels (163).

2. Les corps en psychanalyse

Le mot médiation vient du latin « medius », qui signifie : « qui est au milieu ». De manière générale la médiation dans le soin va répondre aux enjeux identitaires et narcissiques qu'on rencontre chez l'adolescent. L'objectif de la médiation est de créer un espace intermédiaire dans lequel jeunes et adultes sont au même niveau et se rencontrent autour d'un médiateur commun. Les objets de médiations vont permettre rencontre et échange avec l'adolescent en créant un partage d'intérêt, sur lequel vont pouvoir se déployer la vie psychique de l'un et de l'autre. Ils permettent également de faire fonction de tiers dans la relation, et ainsi de rompre la relation de dépendance entre les sujets et mettre fin à toute menace que cela peut engendrer. Dans un second temps, la médiation devient un support sur lequel va se déployer la créativité du jeune. Il va pouvoir se fabriquer une image, un objet, un symbole de sa propre créativité auquel il va pouvoir s'identifier et se reconnaître, et acquérir « un sentiment de mêmeté d'être » dans la mesure où sa création vient du plus profond de lui-même. Au sein de la médiation, l'adolescent va découvrir un potentiel et des capacités qui vont stimuler sa confiance en soi et permettre l'affirmation de sa place en tant que sujet (164) (165).

Ces médiations sont réalisées soit au cours de l'hospitalisation soit lors des prises en charge ambulatoires en CATTP et hôpital de jour. Pour ce qui concerne le corps, les médiations seront essentiellement basées sur des approches corporelles et peuvent être réalisées en individuel ou en groupe. Elles permettent au patient de se confronter à ses propres sensations corporelles, de se les réapproprier, de pouvoir les contenir et de verbaliser ce qu'il ressent. Dans ce but différentes techniques vont pouvoir être utilisées, des techniques psychosensorielles utilisant les massages et la relaxation, des méthodes d'expression corporelle à travers la danse, le théâtre et la musique, des soins d'esthétique. Voici quelques exemples de médiations thérapeutiques cherchant à améliorer les distorsions de l'image du corps.

a) Le corps symbolique

L'équipe du CHU de Bordeaux a développé un « atelier silhouette » comme l'explique X. Pommereau dans « Avatar et anorexie » (160). Dans un premier atelier, la patiente s'allonge sur une feuille de papier kraft posée au sol et laisse une soignante dessiner son contour.

La jeune fille s'applique ensuite à détourer sa propre silhouette, puis à la rapporter sur une surface de lin de la taille d'un drap. Le choix du lin comme support ne s'est pas fait au hasard. X. Pommereau explique que le lin peut faire un rappel à l'enfance et « retrace » l'histoire d'un corps, du drap nuptial conceptuel à la couche du bébé puis aux enveloppes vestimentaires, jusqu'à la toile du linceul au soir de sa vie.

La patiente s'emploie ensuite à y appliquer à l'extérieur comme à l'intérieur du trait, des pigments colorés par application d'éponges imprégnées de gomme arabique. Puis, elle achève sa silhouette en y faisant figurer des symboles représentant les cinq sens et la féminité à l'aide de plumes, de perles et ajouts divers. Si la figuration des seins en forme de panneaux de signalisation ou de packs de lait, et celle de l'utérus en forme de cœur ou de point d'interrogation en disent long sur les représentations psychiques de ces patientes, X. Pommereau rapporte que ces figurations étaient non investies parce que non ressenties.

Un deuxième atelier consiste à réaliser une deuxième petite silhouette dans la toile de lin puis dans un deuxième temps à la rembourrer avec du coton et lui donner une structure avec une armature en fil de fer. Là encore, le matériel utilisé contient plusieurs métaphores. La petite taille de la silhouette convoque le passé en renvoyant aux objets transitionnels. Ils révèlent pour certains, leur aspiration secrète à une régression infantile, pour d'autre la difficulté à se projeter dans le désir de devenir mère un jour, en donnant d'abord naissance à une petite silhouette avec les proportions du nouveau-né. Le fait de coudre ramène à la mémoire les souvenirs de la petite enfance et amène l'adolescente à « renouer » avec ce passé, en lui donnant la main sur un assemblage créatif et réparateur. Le fil de fer représente « la prégnance du dur sur le mou » et fournit une figuration symbolique de l'état de maigreur et de rigidité psychique et corporelle de l'adolescente incitée à gagner en souplesse. Aussi, le rembourrage est une métaphore du « prendre soin de soi », « de se former ». Ce geste permet des associations mentales impossibles à imaginer sans le support. Si certaines patientes boulimiques tendent à bourrer le coton jusqu'à exploser les coutures, les patientes anorexiques restrictives ont beaucoup de mal à le répartir. D'autres, en mettant des formes qu'elles n'ont pas encore, utilisent la poupée comme étape transitionnelle pour diminuer l'angoisse générée par la prise de poids. Les patientes doivent ensuite habiller, parer et trouver une posture pour leur poupée. Certaines expriment la volonté d'exposer une poupée apaisée, féminine dans ses attributs et accessoires, telle une projection de désir et d'épanouissement incarné. D'autres expriment le repli, l'enfermement et la privation en dotant leur poupée de larmes ou de symboles de scarifications (160).

Ces exemples illustrent bien tous les mécanismes psychiques qui peuvent être mis en jeu lors des médiations thérapeutiques. Les objets de médiations offrent une manière de symboliser les angoisses et difficultés cristallisées dans le corps.

b) Le corps imaginaire ou spéculaire

(a) Atelier vêthotèque

La *maison de Solenn* organise chaque semaine un atelier thérapeutique « vêthotèque » pour les patientes hospitalisées présentant des pathologies de l'image de soi. L'objectif de l'atelier est d'aider la patiente à se reconstruire et à se valoriser en se réappropriant son nouveau corps sous le regard bienveillant de l'autre et grâce au pouvoir thérapeutique du vêtement. Le groupe est composé de trois à cinq patients et animé par une éducatrice spécialisée et une styliste. Il se déroule dans une grande salle dont les murs sont recouverts de miroirs et dans laquelle les vêtements sont exposés sur des malles. L'adolescente doit choisir un vêtement qu'elle essaye dans un vestiaire puis chacune passe devant un miroir, où se joue un dévoilement de l'intimité du corps. Au fur et à mesure du processus thérapeutique, le corps, maîtrisé jusqu'alors par les conduites anorexiques, nié dans ses formes et dégage de tout signe évoquant féminité ou sexualité, se modifie peu à peu de façon visible par réappropriation progressive des différentes images. Outre la reprise de contact avec un corps pubère et étranger, le passage devant le miroir permet d'avoir un regard neuf et contenant porté sur la patiente. Regard neuf qui n'est pas chargé d'histoires et qui va donner la possibilité d'exister plus pleinement en se différenciant d'une image antérieure à laquelle elle s'était identifiée. Pour mémoire, l'image du corps se construit à force d'expériences et aussi au travers du regard et de la rencontre d'autrui. Aussi, les attitudes corporelles des patientes reflétant l'histoire singulière vont pouvoir être reprises, mises en lien avec des expériences personnelles ou des frustrations, et modifiées au fil des séances et des rencontres. Certaines patientes anorexiques ne reconnaissent pas leur reflet dans le miroir tellement le corps imaginé est déformé et gros, et ont besoin d'emprunter le regard des animatrices pour acquérir une image de soi. Pour ces patientes, l'hypothèse formulée par les auteurs, est que les dysfonctionnements et les défaillances doivent être précoces pour aboutir à de telles dysmorphophobies, et trouvent sûrement leur origine au stade du miroir décrit par J. Lacan, formateur de la fonction sujet. Cette même fonction ne peut se mettre en place que par la présence de l'autre. Impossible de dire je s'il n'y a personne à qui le proposer, ou l'opposer.

Pour conclure sur cet atelier, Kagan et al propose de voir le miroir « comme un seuil entre dedans et dehors, la parure signant un dedans qui se modifie, le corps, antérieurement étrange et déformé, cette fois exploré, ne se limite plus à un corps objet externe, mais devient une synthèse vivante des expériences émotionnelles, mémoire inconsciente de tout vécu relationnel (...).

L'adolescente valorisée perçoit sa singularité et, comme l'enfant qui se découvre, elle reconnaît progressivement l'originalité de son image dans le miroir, qui peut enfin se vivre de manière personnelle, à distance d'autrui, loin de ces temps d'atelier et du groupe » (166).

(b) L'autoportrait

L'autoportrait permet aux jeunes de travailler une représentation d'eux-mêmes et représente un moyen d'accès à leur intimité psychique. Il peut se faire avec de multiples supports comme la photographie, le dessin, la peinture, le collage ou l'écriture. Souvent les adolescents se retrouvent en difficulté dans leur capacité de penser et de créer, et ne trouvent pas d'autres moyens que leurs symptômes comme l'anorexie, les dysmorphophobies pour s'exprimer. Ces adolescents ne se reconnaissent plus, ne savent plus qui ils sont et ne sont pas rassurés par l'image renvoyée par le miroir ou par le regard des adultes qui lui aussi a changé. L'autoportrait permet d'explorer sa propre image interne, de dire je et parler de soi dans un cadre sécurisant et contenant (167).

Le regard du groupe va permettre la prise de conscience du décalage entre le corps réel et la perception du corps et va permettre une réappropriation progressive de l'image corporelle nouvelle par un jeu d'identifications (168).

(c) La Vidéothérapie

Dans son article « corps en représentation et représentations du corps » M.Moutet, décrit son stage de plusieurs jours intitulé « images de soi et rôle de mon image » dans le cadre de la « gestalt thérapie ». Cette dernière est une méthode de psychothérapie qui s'appuie sur l'ici et le maintenant, sur la manière dont les personnes entrent en contact, et se comportent dans une relation. Elle s'appuie sur le fait que l'homme est constamment en contact avec l'autre et son environnement, et vit une expérience indissociable de son contexte. Elle vise à travailler les sensations, les émotions, le corps, les images, les pensées qui traversent l'esprit lors d'une rencontre. Dans ce contexte la vidéo-thérapie est présentée comme une tentative d'explorer ce que la personne est, ce qu'elle croit être, ce qu'elle montre et ce qu'elle croit montrer. Ce que l'auteur met en avant est que ce qui est généralement vu en premier est ce qui ne plaît pas. Cette dépréciation est en lien avec des éléments du passé intériorisé. Il propose alors de filmer le reste du corps et de se focaliser sur la visualisation de parties du corps restées jusque-là inconnues. Le présent reprend alors sa place, et la patiente peut se reconstruire à partir de l'expérience nouvelle.

Il met également en avant la dynamique du groupe qui offre un climat de sécurité, permettant à la personne de se dévoiler, exister aux yeux des autres et habiter son corps.

Entre outre, la vidéo permet une représentation en trois dimensions, et donne plus d'angles de vision que le miroir. En filmant le corps sous toutes ses coutures, il offre au sujet la possibilité de se voir en entier et de ne pas se focaliser sur certains aspects du corps. Le jeu des angles de vue inhabituels permet de court-circuiter les représentations solidement ancrées, et de créer de la surprise amenée par la comparaison entre les corps attendus et les corps filmés. Par le biais du regard, la personne peut ainsi prendre conscience de la globalité de son corps et développer la perception et la sensation de toutes ses parties du corps y compris les parties non senties habituellement. Enfin, de la même manière que l'image du corps proposée par Schilder évolue au gré des rencontres ; la vidéo thérapie confronte l'image du corps du sujet avec l'image renvoyée par l'autre. Ainsi, le sujet voit ce que l'autre voit de lui et la représentation de l'autre module sa propre image du corps. C'est au contact de l'environnement et de l'autre reflétée par la caméra que va se constituer cette nouvelle image de soi.

On voit donc que ces médiations thérapeutiques se centrent essentiellement sur le regard et l'image spéculaire de la personne. Grâce au regard d'un tiers, se rejoue en quelque sorte le stade du miroir, permettant à l'individu de se construire une identité et de solidifier son « je » et son « moi » rendu fragile à l'adolescence.

Cependant, il semble important de ne pas négliger les autres aspects du corps aussi important dans le développement du moi, d'autant plus que l'anorexique a une forte tendance à privilégier le visuel au détriment de ces autres aspects (169).

c) Corps en mouvement

Certains auteurs se sont intéressés au rôle de l'activité physique dans le traitement du trouble de l'image du corps des anorexiques et ont développé des programmes d'intervention en activité physique. Pratiquée de manière adaptée et cadrée, l'activité physique peut présenter des effets bénéfiques sur l'image du corps dans l'anorexie. Vandereycken, Depreitere et Probst, après quatre années d'expérimentation par le corps « *body-oriented therapy* », démontrent les effets bénéfiques d'un programme de psychomotricité basé sur le mouvement dansé des patientes anorexiques. Les objectifs sont de reconstruire une image réaliste de soi, apprendre à prendre du plaisir et à s'exprimer avec son corps et développer des capacités sociales. Ces mêmes auteurs avancent que le yoga, le tai chi, la danse et l'utilisation du miroir sont autant de méthodes thérapeutiques permettant l'acceptation du corps des patients (172)(170).

A titre d'exemple, en adoptant des postures plus souples, la personne psychorigide va apprendre à se laisser aller et apprendre à ne pas tout contrôler que ce soit en danse ou psychiquement ;

- Ensuite, la gestualité est également imprégnée des relations aux autres et à l'environnement et vice et versa. Par le biais du dialogue tonique, la relation se crée très tôt dans l'enfance grâce au rythme du porté, des mouvements du corps de la dyade mère-enfant, au rythme cardiaque. Le rythme induit par la danse va servir de communication avec l'autre et va permettre d'entrer en relation, de s'accorder à lui, de partager plaisir ou souffrance. Dans ce sens, le groupe va être une composante forte du travail. Il s'agira de compter avec les autres, partager et composer avec l'espace, jouer avec les mouvements de chacun, la forme des corps, les rythmes particuliers et contrastés, les silences.

Aussi, l'identité de l'enfant se construit au travers des expériences motrices et corporelles. De la même façon, les premiers organisateurs de la construction du sujet sont convoqués dans la danse : le regard, le toucher, l'expérience du mouvement, les sensations, les éprouvés. La liberté des mouvements, le sentiment de créer quelque chose d'artistique qui vient du plus profond de soi-même ne peut que renforcer le sentiment de soi et donner au sujet le sentiment de valeur et d'utilité.

Grâce au travail de la représentation, qui s'appuie sur l'image d'un corps unifié, le danseur peut s'identifier au corps du professeur, se représenter mentalement le mouvement proposé et le transposer sur lui-même, l'intérioriser. C'est cette intégration dans le schéma corporel, ainsi enrichi d'une nouvelle possibilité motrice, qui va ouvrir sur l'enrichissement de l'image corporelle et qui va donner au danseur de nouvelles possibilités de jeu et d'expression, au service de sa propre psyché et de sa créativité. En effet, l'un des supports les plus évidents et les plus efficaces que la danse propose « naturellement » est la situation en miroir. Montrer et faire ensemble. Or, le miroir, c'est ce qui permet à l'enfant de se reconnaître et de se construire dans les yeux d'un autre, en l'occurrence le regard de sa mère. On sait combien le stade du miroir est une étape importante et fondatrice dans l'acquisition des limites entre soi et l'autre, dans la différenciation dedans-dehors et la construction identitaire (171).

Dans le cas particulier des anorexiques, les symptômes s'expriment corporellement, à travers des postures rigides et un mouvement contrôlé en permanence traduisant un besoin de maîtrise. Les mouvements de bassin sont évités de manière à réduire les sensations dans cette zone.

Les mouvements respiratoires sont également réduits voire stoppés afin que le ventre soit plat et le diaphragme contracté le plus possible. L'objectif va être de consolider et restructurer l'image du soi corporel, en restituant l'identité des patientes dans leur corps auparavant abandonné, dans un espace de création et de relation. Le corps, auparavant rejeté et considéré comme un objet détaché de l'esprit ; se réincarne, devient un allié, capable de s'exprimer et de communiquer (172)(173).

Comme dirait le danse thérapeute V.Bellia, « Caché au sein du corps – y compris dans les corps les plus mentalement abîmés –, il y a toujours un noyau sain de perception de soi. L'interaction des codes corporels qui résonnent entre eux (moteurs, visuels, kinesthésiques, auditifs et verbaux) appelle le développement de projets de cure multimodale et complexe auxquels l'approche infralinguistique réserve de grandes potentialités en bonne partie encore inexplorées. » (173).

d) Corps ressenti ou réel articulé au schéma corporel

Les dispositifs décrits ci-dessous permettent de travailler l'articulation entre le schéma corporel et l'image du corps. Si la stimulation des afférences sensorielles vise une connaissance plus précise de la représentation sensori-motrice du corps ; l'intervention du thérapeute, permet de créer des conditions de sécurité dans lesquelles le patient peut explorer ses souvenirs et émotions ancrées dans le corps.

(a) Relaxation

Catherine Potel dans « corps brûlant, corps adolescent » argumente les bienfaits de la relaxation à l'adolescence. Elle la considère comme une expérience de construction, comme un moyen pour aider à l'intégration ou à la réappropriation des éléments du schéma corporel et pour nourrir une image du corps immature et figée.

La relaxation se déroule en cinq temps. Après le temps d'installation, le thérapeute propose un temps d'induction verbale et corporelle. Les inductions verbales mettent le corps en condition pour qu'il puisse être disponible aux sensations tactiles auditives proprioceptives. Le thérapeute peut évoquer la place du corps dans l'espace, insister sur le poids du corps, les appuis au sol, les limites corporelles, le dessin du corps dans l'espace, le volume, nommer certaines parties du corps, certaines fonctions comme la respiration la thermorégulation. Les inductions corporelles sont reliées aux inductions verbales et se font à l'aide des différents touchers (effleurement, appuis, pressions, mobilisations articulaires, portés des segments corporels). S'ensuit un temps de silence permettant au sujet de supporter d'être seul, dans un espace à soi, sans trop d'angoisses.

Durant ce temps, le patient découvre la sensation du corps tranquille, apaisé, dont l'activité est limitée par autrui sans que cela ne crée d'inquiétude ou de débordement, ce qui permet d'élaborer les bases psychocorporelles d'un ressenti personnel rassurant. Viennent ensuite les temps du réveil du corps puis de la verbalisation. Cette dernière permet de mettre les mots sur les sensations et les ressentis corporels. Ce qui a été vécu vient s'inscrire dans le langage.

Elle permet de mettre des mots sur le ressenti, l'éprouvé, les émotions vécues, de relier les symptomatologies corporelles à des expériences de vie, des émotions, des tensions psychiques. Le travail de relaxation vient donc s'inscrire dans une construction du schéma corporel, qui va enrichir la perception de leur image du corps ; aussi il vise la transformation de la sensation vers un processus de symbolisation par le langage. L'enjeu d'un travail à médiation corporel est d'aider les adolescents à se sentir mieux dans leur peau, se sentir exister, faire des liens entre les éprouvés du corps et ce qui s'agite dans la tête (175)(176)(174)(177).

(b) Les soins multisensoriels

Dodin et ses collaborateurs (2012) proposent des soins à médiation sensorielle pour la prise en charge des patientes anorexiques. Ces soins sont mis en place afin de restaurer l'insécurité interne à l'origine du défaut dans le processus de séparation/individuation de l'anorexique. Cette insécurité interne confronte la patiente à de véritables d'angoisses d'anéantissement et de vide intérieure lors de la confrontation à la solitude. Dans ce contexte, les « soins à médiation multi-sensorielle » combinant des stimulations olfactives, un enveloppement corporel chaud, un environnement musical lumineux relaxant, autorisant une certaine régression. Les stimulations sensorielles olfactives permettent de réveiller la mémoire corporelle du sujet. Elle permet une réminiscence de souvenirs et constitue une aide à la reconstruction d'une sécurité de base. Dodin rappelle que si le nerf olfactif se constitue dès la neuvième semaine de vie, le bébé ne pourra exercer son odorat qu'à la naissance. Six jours après l'accouchement, il est guidé vers le sein de sa mère par l'odeur des sécrétions lactées ; deux après il reconnaît un vêtement porté par la mère, jusqu'à se l'approprier, et en faire son objet transitionnel participant au renforcement de sa sécurité de base. Aussi, l'odorat est le seul organe possédant sa propre zone cérébrale de la mémoire rendant la mémoire olfactive intacte et fidèle avec le temps. Quant aux enveloppements chauds ; ils vont permettre de recréer un environnement homéostatique agréable et rassurant grâce aux limites imposées par les serviettes et redonner à la peau son rôle de protection.

Il permet de réparer le Moi peau défaillant retrouvé chez l'anorexique et l'aide à créer une sécurité de base à l'intérieur de l'enveloppe apportée. Cette sécurité autorise la patiente à revisiter les souvenirs infantiles à la fois agréables et désagréables. Si les traumatismes douloureux sont aussi réveillés, ils sont néanmoins moins menaçants dans ce contexte, et le sujet apprend à être en confiance et à s'armer pour y faire face. Au préalable, le sujet doit définir l'ambiance olfactive dans laquelle il sera plongé. Pour ce faire, il dispose d'une cinquantaine d'odeurs différentes, réparties en 6 groupes : odeurs de nature et de fleurs, odeurs alimentaires, odeurs de salle de bain, odeurs d'alerte, odeurs de trousse d'école, odeurs de pharmacie. Le choix de ces odeurs vise un réveil tant émotionnel que mnésique. Les odeurs sélectionnées seront utilisées au cours des séances. Le nombre de séances est fixé à 10, à raison d'une par semaine. Chaque séance dure une heure. L'équipe se compose d'un psychothérapeute et d'un infirmier. Durant ces séances, un travail de relaxation et d'éprouver sensoriel et émotionnel est mené. Les auteurs ne disposent pas encore de données autres qu'empirique sur l'efficacité de tels ateliers qui semblent néanmoins très appréciés par les patientes. Si pour Jeammet « abandonner les convictions qui nourrissent leur conduite anorexique c'est du même ordre que lâcher la main de sa mère pour l'enfant qui a peur » (67), les médiations multisensorielles proposés par Dodin répondent à cette peur : « C'est comme si, lui tenant la main, nous revenions avec le patient sur la scène de son traumatisme, mais aussi sur la vie qu'il avait avant son traumatisme. Cela permet de débusquer les fantômes, de pleurer les morts, de vaincre les monstres, de surmonter ces accidents qui, du fait de l'effroi ressenti à l'époque, ont jusqu'alors été refoulés. » (126).

e) **Le corps social**

Les médias diffusent constamment des images irréalistes de beauté que ce soit via la télévision, les magazines, les publicités, les vedettes de cinéma. Lévine et Piran ont démontré en 2004 le rôle de l'image du corps dans l'apparition de troubles du comportement alimentaire. Pour eux, « une prévention primaire » de l'image négative du corps est en enjeu majeur de santé publique en population générale. Aussi, des préventions plus ciblées sont également importantes parmi les populations à risque de développer un trouble du comportement alimentaire. Ils présentent plusieurs programmes de prévention et de sensibilisation dont certains intervenants sur les médias. L'éducation aux médias permet de donner des outils pour une analyse approfondie et un sens critique par rapport aux images véhiculées par les médias (178).

Une vaste revue de la littérature faite par Z.Yager et J.O'Dea a évalué 27 programmes de prévention de l'image du corps et les troubles du comportement alimentaire dont les objectifs étaient la promotion de la santé, l'éducation à la santé en vue d'améliorer l'image corporelle, la réduction de l'insatisfaction corporelle et des troubles du comportement alimentaire. Il a été démontré que l'éducation aux médias, les programmes basés sur la dissonance, les interventions spécifiques sur l'estime de soi à l'aide de supports informatiques étaient plus efficaces que les interventions didactiques, les interventions basées sur les connaissances, les interventions psycho-éducatives et cognitivo-comportementales (179).

Les programmes éducatifs aujourd'hui comportent donc deux grands types d'approches :

- Les « *dissonance-based approaches* » ou approches basées sur la dissonance cognitive : elles sont basées sur les théories de Festinger selon lesquelles un écart ou une dissonance entre les croyances et les comportements vont créer un inconfort chez la personne motivant un changement de comportement pour le réduire. Ainsi des patients encouragés à avoir des pensées nouvelles et contradictoires par rapport à leur comportement antérieur, vont changer leurs comportements. Dans le cas des patientes anorexiques, cette approche vise à réduire l'internalisation de l'idéal de minceur, l'insatisfaction corporelle et les conduites de restriction alimentaire (180) ;
- L'éducation aux médias : elle permet aux jeunes de développer certaines compétences en littératie médiatique comme une accessibilité minimale aux médias, une capacité d'analyse et de critique. Cette approche doit se faire à long terme et permettre aux jeunes de pouvoir s'impliquer et s'opposer à ce qu'il lit ou voit. Le but est d'ouvrir au questionnement et à la discussion et d'échanger autour des idées médiatiques.

Un exemple de programme d'éducation aux médias est le programme « *go girls* » créé en 1999 par l'EDAP : « *Eating Disorder Awareness and Prevention* », une association qui lutte contre les troubles alimentaires aux USA. Au cours de ce programme, les participantes explorent les questions de l'image du corps, sont informées sur la prévention des troubles alimentaires et participent à une analyse et une critique des messages véhiculés par les médias sur l'image corporelle. Lorsque les jeunes filles apprennent à développer des compétences dans le domaine du média, elles s'acceptent mieux et se sentent plus valorisées et authentiques. L'efficacité de ce programme a été démontrée dans une étude contrôlée de 2003.

Quatre classes de collégiennes ont été randomisées en 2 groupes, celui recevant le programme et l'autre ne le recevant pas. Les sujets ayant participé au groupe ont des préoccupations par rapport au poids moins importantes après l'intervention et ce jusqu'à trois mois plus tard (178).

Nous avons pu voir combien les jeunes filles et en particulier les patientes anorexiques au narcissisme vulnérable, sont extrêmement sensibles aux messages médiatiques. Arrivé à l'adolescence, la faille narcissique et identitaire se creuse et se faisant ; elles ressentent le besoin de s'identifier et de ressembler à des figures « fortes » porteuses de valeur, et de succès pour pouvoir se sentir aimées et regardées par l'autre.

Si les programmes de prévention d'éducation aux médias sont efficaces pour améliorer l'image de soi et du corps, alors dans la même dynamique nous pourrions imaginer un dispositif de soin avec des interventions du même type chez les patientes anorexiques ciblant les images du corps des magazines et médias. Des séances de lecture critique de la presse pourraient venir nuancer le point de vue des patientes sur la silhouette idéale et prôner plus de diversité de silhouettes corporelles. Il est essentiel qu'elles puissent comprendre la façon dont la presse fonctionne et que si les slogans et les images prônent un idéal de beauté et de perfection ce n'est que pour créer de la demande. Décoder les messages médiatiques et s'apercevoir que ce qui est montré à la télévision et dans les magazines est très loin de la réalité, permettrait aux jeunes filles anorexiques d'avoir une meilleure image d'elles-mêmes, et de leur corps et de ne pas vouloir ressembler à tout prix à une image fausse et irréelle.

Nous avons également vu que le développement de l'image corporelle dépendait aussi de l'entourage (famille, pairs). Les parents qui adoptent une attitude positive envers l'enfant, en valorisant ses qualités physiques et personnelles vont aider l'enfant et plus tard l'adolescent à avoir une image corporelle saine. Ils représentent qui plus est, des premiers modèles d'identification pour leur enfant en matière d'image corporelle, d'alimentation et de bonne forme physique.

Ils ont donc un rôle important à jouer est dans la prévention des troubles de l'image corporelle et des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes filles. Rodger et Chabrol ont effectué une revue de la littérature en 2009 portant sur les facteurs socioculturels contribuant aux distorsions de l'image du corps et aux troubles du comportement alimentaire. Ils ont étudié 56 publications s'intéressant plus particulièrement à l'influence des parents sur le développement de ces troubles chez leur enfant. Il en ressort trois manières de s'impliquer dans les troubles. Premièrement, l'image que les parents donnent d'eux-mêmes à leurs enfants n'est pas sans conséquence sur la manière dont les enfants appréhenderont la leur.

En effet certaines études ont retrouvé que l'insatisfaction corporelle, la restriction alimentaire et les troubles alimentaires des jeunes étaient corrélés respectivement à l'insatisfaction corporelle, la restriction alimentaire des parents ainsi que la présence de troubles du comportement alimentaire chez la mère. Deuxièmement, les messages négatifs adressés aux enfants comme les critiques sur le poids, la silhouette ou les incitations au régime avaient également une influence sur le développement du trouble et étaient associés à une plus grande insatisfaction corporelle, un plus grand nombre de régime et à un risque plus important de développer des troubles du comportement alimentaire chez les enfants.

Troisièmement le comportement et la position des parents face aux médias avaient également un impact sur les croyances relatives à l'idéal de minceur chez leur fille et sur l'intériorisation des messages médiatiques (181).

Dans cette même lignée, une étude de Berge étudiant les conversations entre parents et adolescents, a montré que les parents parlant de leur poids à leur adolescents favorisaient les stratégies inadéquates de contrôle du poids et un comportement alimentaire malsain (182).

Ces études confirment rôle crucial des parents dans la prévention et le traitement des troubles liés à l'image corporelle et du comportement alimentaire. Ils sont des modèles parfois encore plus importants que les médias. Les commentaires sur l'apparence, ou le corps idéal peuvent être interprétés comme des exigences à atteindre pour l'enfant. Cette façon de percevoir les médias risque d'être imitée par leur enfant. Si, à l'inverse, une mère développe un regard critique par rapport aux images médiatiques et en fait part à son enfant, celui-ci apprendra à raisonner face aux modèles irréalistes proposés. L'image que l'adolescent a de lui-même est aussi modulée par la qualité du regard de ses parents. Un regard critique accompagné de commentaires négatifs peut longtemps résonner en l'adolescent. En repérant leur propres attitudes vis à vis de l'alimentation et du corps, ils vont prendre conscience des différents messages communiqués parfois de manière non intentionnelle à l'enfant et apprendre à ne pas projeter leur mal être sur l'enfant. S'ils admettent qu'ils sont en difficulté avec leur corps et essaient d'en comprendre le sens, l'enfant fera de même et pourra prendre du recul par rapport à sa perception de lui-même. Dans l'étude de Roger et Chabrol, il a été montré que le rapport au corps et à l'alimentation était meilleur lorsque les familles consacraient du temps pour les repas (181).

Dans ce cadre, une psychoéducation pour la famille paraît envisageable. L'objectif serait d'encourager les patients à consacrer du temps pour les repas et argumenter les bienfaits de l'alimentation ; de les amener à insister sur les compétences et habiletés de leur enfant, et faire attention aux commentaires négatifs ; de repérer leurs propres attitudes à l'égard de leur apparence afin de se dégager le plus possible de leur propre perception liée à leur propre histoire ; d'encourager leur enfant à examiner d'un œil critique les images vues et entendues dans les médias ; d'accompagner l'enfant lors des transformations corporelles et de l'aider à comprendre les changements du corps lors de la puberté.

Enfin, il est important que les mères qui sont de moins en moins vieillissantes ne se mettent pas en compétition avec leur fille et qu'elle laisse de la place pour s'affirmer en tant que presque femme.

André Giordan, un biologiste spécialiste de la didactique, propose de sensibiliser les jeunes aux pouvoirs du corps et de repenser les programmes éducatifs à ce sujet. Il propose trois approches éducatives permettant de valoriser une image d'un corps vivant et incarné et non seulement anatomique. La première serait d'apprendre à l'adolescent à mieux apprivoiser son corps, notamment au moment de la puberté. Il propose donc de développer une éducation qui rende le corps familier, notamment à travers la reconnaissance et l'acceptation de ses sensations, émotions et désirs. Une deuxième approche serait de prendre conscience des capacités incroyables du corps afin de renforcer l'estime de soi et de le respecter. La troisième piste est une mise en perspective de l'imaginaire social concernant les liens entre le corps, la santé, les gestes, les émotions, mais également la culture, l'éthique et l'art de vivre en général. Une telle démarche conduirait, si elle se trouvait pratiquée de façon systémique, à mieux comprendre les modalités de représentations du corps humain, et surtout à estimer les conséquences que nos conceptions de la santé et de la maladie peuvent avoir sur notre existence psycho-corporelle (183).

L'image correspondante	Dimension abordée	Définition	Dispositif Thérapeutique	Réf
Image corporelle des cognitivistes	Corps représenté	L'image corporelle se compose de trois dimensions : <ul style="list-style-type: none"> • La dimension perceptive se rapporte à l'estimation du poids et de la silhouette • La dimension cognitive concerne les croyances par rapport au corps • La dimension affective correspond à la satisfaction ou à l'insatisfaction de l'individu concernant son corps. 	IBT ACT Remédiation cognitive TCC : exposition corporelle avec prévention de la réponse : <ul style="list-style-type: none"> • <i>In vivo</i> • En réalité virtuelle 	(152) (44) (153) (154) (155) (156) (161) (162) (163)
Image du corps des Psychanalystes	Corps symbolique	Le corps est nommé par un signifiant représentatif du sujet.	Atelier silhouette	(160)
	Corps imaginaire	Le corps est vu dans le miroir, il est à l'origine du « je » et du « moi ».	Autoportrait Atelier vêthothèque Photothérapie Vidéo thérapie	(166) (167) (168) (169)
	Corps réel ou ressenti	Le corps est fait de sensations internes et externes.	Soins à médiation multisensoriel Relaxation	(126) (176)

<p>Image sociale du corps de Schilder / Facteurs sociaux intervenant dans le développement de l'image corporelle.</p>	<p>Corps social</p>	<p>L'image du corps se construit au contact des autres et se module au gré des rencontres et des regards.</p>	<p>Education aux médias (180) Psychoéducation familiale (181) (182)</p>
<p>Schéma corporel</p>	<p>Corps en mouvement</p>	<p>Représentation sensori-motrice du corps en action. Les médiations peuvent cibler :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les afférences sensorielles • La recalibration visuo-tactile du SC 	<p>Danse thérapie (170) Body orientated therapy (173) Les soins à médiation multisensoriels (126) L'illusion de sortie de corps La permutation de corps</p>

Figure 21 : Tableau récapitulatif des différentes dimensions corporelles, de leur image correspondante et des dispositifs thérapeutiques proposés.

ILLUSTRATION CLINIQUE

I. ANAMNESE

Béatrice est une jeune fille suivie hospitalisée à deux reprises pour des troubles du comportement alimentaire, à type d'anorexie mentale restrictive. Il s'agit d'une fille de 16 ans qui vit avec ses parents et sa sœur de 13 ans. Elle est en première dans un lycée classique et n'a jamais redoublé. Elle a présenté un premier épisode de perte de poids début 2011 dans un contexte de difficultés relationnelles avec des amies de longue date. Après une reprise de poids spontanée, elle restreint son alimentation puis sélectionne drastiquement les aliments à partir de décembre 2012, ne tolérant pas qu'une amie en cours de régime soit capable de se restreindre plus qu'elle. Emerge alors toute la symptomatologie du trouble du comportement alimentaire avec un amaigrissement de 8 kilos en un mois, une hyperactivité physique, un hyper-investissement intellectuel, des dysmorphophobies et des préoccupations alimentaires. C'est dans ce contexte que débute le suivi pédiatrique et pédopsychiatrique à la maison des adolescents de Rouen, puis sa première hospitalisation dans l'unité de psychopathologie des adolescents au CHU de Rouen. Après une sortie contre avis médical, elle reperd du poids lors d'un voyage scolaire aux Etats Unis motivant une deuxième hospitalisation.

II. ANTECEDENTS MEDICAUX

Dans ses antécédents médicaux, on note :

- Une naissance à terme d'une grossesse sous cerclage suite à deux fausses couches spontanées tardives (de deux garçons à 4 et 6 mois de grossesse) ;
- Des pyélonéphrites à répétition jusqu'à l'âge de 6 ans ;
- Une appendicectomie lors d'une hospitalisation en Ukraine à l'âge de 11 ans ;
- Une opération pour une dent incluse dans l'enfance et une avancée mandibulaire par force extra orale pendant plusieurs années;
- Une aménorrhée primaire ;
- Un développement normal sans retard psychomoteur.

Dans les antécédents familiaux, on note plusieurs épisodes dépressifs et un trouble du comportement alimentaire probable chez la grand-mère maternelle.

III. BIOGRAPHIE

Béatrice était une enfant qui se conformait à ce que « l'on attendait d'elle ». Les parents relatent avoir toujours protégé leur fille contrairement à sa sœur qu'ils jugeaient plus autonome. Ils décrivent Béatrice comme une « suiveuse » qui n'initie pas d'elle-même les activités et qui reste beaucoup avec sa sœur avec laquelle elle dort souvent. Béatrice aurait toujours eu besoin de reconnaissance et de réassurance de la part de ses parents et proches. Le mode de fonctionnement familial est décrit comme fusionnel, les parents sont décrits comme « des modèles écrasants ». Béatrice pointe une minceur familiale et une famille très portée sur l'apparence. A l'inverse, la famille aurait tendance à délaissé les repas familiaux.

A. La Mère

Travaillant dans les soins, elle dit présenter un vécu opératoire envers la maladie et évoque un double rôle de mère et de soignante envers sa fille ; « tu es la première anorexique de ma clientèle », aurait elle dit un jour à sa fille. Madame exprime une certaine difficulté à extérioriser son empathie, et à écrire des lettres à sa fille lors de l'hospitalisation. Le lien avec Béatrice est surtout centré sur le corps et les soins. La patiente évoque beaucoup d'absences de sa mère au domicile dues à un travail accaparant. Elle aurait eu un « burn-out » en 2012 l'amenant elle-même à perdre du poids. Elle dira de sa mère qu'elle a peur de vieillir et qu'elle ne mange pas beaucoup. Aussi, elle aurait eu une opération esthétique du nez après avoir accouché de sa deuxième fille, lorsque Béatrice avait 2 ans.

B. Le Père

Il travaille en cabinet de cession acquisition et aurait eu de grandes difficultés financières. Sa fille confirmera avoir éprouvé des moments difficiles durant lesquelles elle se faisait du souci pour son père qui « était tout le temps préoccupé » ; et ne voyait jamais ses parents. Le père dit venir d'une famille très portée sur les apparences et ne communiquant pas. S'agissant apparences, il aurait lui-même tenté de faire un régime selon la patiente et ferait souvent quelques remarques sur le physique de sa fille. Pour autant, père et fille sont très proches, et font souvent du shopping ensemble.

Pendant l'hospitalisation de sa fille, la séparation est compliqué pour le père.

Il se sent dépossédé de sa fille, il déclarera « être amputé », et « n'avoir plus qu'une fille unique » en parlant de la sœur de Béatrice. L'hospitalisation est vécue comme un échec du suivi mis en place au domicile.

Béatrice dira de son père qu'il lui met beaucoup de pression pour l'alimentation et la scolarité, suggérant une volonté de maîtrise. Il irait même jusqu'à demander au directeur de surveiller l'alimentation de Béatrice à la cantine.

Enfin, il aurait du mal à accepter la sexualité de sa fille, et à imaginer qu'elle puisse avoir un copain un jour.

C. La Sœur

Malgré qu'elle soit la cadette de Béatrice, elle semble avoir la place de l'aînée. Elle aurait accédé à la puberté et aux règles avant elle et ferait preuve d'une certaine autonomie et d'un caractère plus marqué. Il y a une certaine rivalité avec la sœur « c'est la meilleure de la classe », « j'envie sa complicité de femme avec ma mère ».

IV. CLINIQUE

Béatrice présente en parallèle à ses symptômes alimentaires, de nombreuses dysmorphophobies centrées sur les cuisses, le visage et le nez. En effet, elle passe la majeure partie de son temps (plus de 2 heures) à se scruter dans les miroirs, les reflets de vitre, les rétroviseurs, que ce soit à l'intérieur ou lors des sorties d'équipe. Elle met en avant la crainte d'avoir un « visage carré » et la peur « d'être virile », c'est pourquoi elle caresse sans cesse son visage afin d'en vérifier les contours et limites. En ce qui concerne son nez, elle émet la peur d'avoir « une bosse sur son nez » et souhaite qu'il soit fin, ce qui l'amène à le fixer avec du scotch, à vérifier de nombreuses fois qu'il soit bien comme il faut et à se maquiller de façon excessive. Outre les rituels de vérification, elle est constamment en quête de réassurance auprès des autres, elle leur demande si « elle est belle », et fait du chantage pour qu'ils lui disent.

L'hyperactivité est très difficile à maîtriser pour la patiente. Elle fait 600 abdominaux par jour qu'elle justifie par la crainte d'une « mauvaise répartition su poids ». Elle dira souvent que le poids fixé « est un poids que j'ai jamais fait », qu'elle a « peur de plus se trouver aussi bien, d'être déçue ».

Vers la fin de l'hospitalisation, on notera une incurie importante qu'elle justifiera par « une crainte de s'arracher les cils » en se démaquillant.

Le maquillage deviendra de plus en plus excessif, les nombreuses couches de fond de teint ainsi que le rouge à lèvres débordant masqueront peu à peu le visage naturel de la patiente.

La patiente a également tendance à s'arracher compulsivement les ongles de pied. Cette négligence du corps se manifeste aussi par l'apparition d'escarres et de plaies au niveau du sacrum et du dos.

Cependant, la sollicitation de l'image du corps dans sa dimension sensorielle est sollicitée aussi de manière positive. Elle ressent beaucoup la nécessité de demander des séances de relaxation aux soignantes, en référence aux massages dont elle était coutumière avec sa mère et sa sœur. On notera que les préoccupations corporelles disparaissent lors des séances.

Enfin, la patiente présente également de fortes angoisses lors des soins médicaux. La pose de sonde naso-gastrique est redoutée devant la crainte que « ses viscères sortent avec » Elle refuse catégoriquement l'extraction des dents de sagesse.

On constate donc des angoisses de transformation et de « morcellement » importantes et prédominantes au niveau du visage.

V. DISCUSSION ET HYPOTHESE

A. Enjeu diagnostique de la dysmorphophobie

Au vu de la littérature abordée précédemment, se pencher sur les troubles de l'image du corps de la patiente représente un grand intérêt, d'une part parce qu'ils représentent un facteur de risque et de rechute de la symptomatologie ; d'autre part parce qu'ils interrogent des dimensions complexes et anciennes qui vont pouvoir être travaillées avec la patiente et abordées en douceur. En effet, nous avons pu voir que le corps est bien plus d'un simple corps physique donné à voir. Il est ce qui fait que le sujet se sent lui-même, il sert de repère dans le temps et dans l'espace, il sert de lien et de support relationnel, et s'il s'est bien construit il permet de s'aimer et de se sentir en sécurité face aux épreuves de la vie. La plainte « je suis grosse » cache donc bien des interrogations et des problématiques essentielles qui méritent d'être recherchées afin que l'adolescente puisse répondre, à l'aide d'un tiers et de médiations, à ces questionnements enfouis depuis longtemps.

Aussi, nous avons vu que le BDD et l'anorexie mentale partagent de nombreux points communs, d'où l'emploi du terme « dysmorphophobie » pour qualifier les représentations corporelles distordues de l'anorexique. Si des recherches plus poussées seraient nécessaires pour intégrer ces deux pathologies au sein d'un même continuum de trouble de l'image du corps, la « question » de la dysmorphophobie a ses bénéfices en clinique. Dans ce cas, il y a très probablement un BDD associé puisque les plaintes se concentrent ailleurs qu'au niveau du poids et de la silhouette. Tenir compte de la comorbidité va permettre d'optimiser les soins grâce aux recommandations pour le BDD, ainsi que prévenir le risque suicidaire plus important et les comorbidités plus fréquentes. Cela permet de prévoir un temps plus long d'hospitalisation au vu du moins bon pronostic. Aussi, à l'aide des échelles adaptées, l'évaluation de l'insight permettra de spécifier si le trouble est d'intensité délirante et d'agir en conséquence.

B. Hypothèses psychopathologiques sur les troubles de l'image du corps et le rôle des préoccupations corporelles

1. Séparation et problématique identitaire.

Les troubles du comportement alimentaire se déclenchent certes à l'adolescence, impliquant comme on l'a vu une séparation psychique avec les parents mais également dans des contextes de perte. En effet, la première perte de poids fait suite à un éclatement de son groupe d'amis de longue date, et la deuxième a lieu lors d'un voyage aux Etats unis. Ce contexte de perte et de séparation est mal toléré pour Béatrice qui ne semble plus exister pour l'autre dans ces moments. Cela se verra par la suite lors de la séparation à l'hôpital qui est très mal tolérée par Béatrice. Elle a l'impression de ne plus exister aux yeux de ses parents, « que leurs sentiments s'effacent » à partir du moment où ils ne sont pas présents. Dans ses cauchemars ils sont « inexpressifs et indifférents » ; à Noël ils ne penseront pas à lui acheter des cadeaux ; autrement dit c'est comme s'il elle « ne faisait plus partie de la famille ». Pour diminuer ces angoisses, Béatrice va constamment solliciter le regard de l'autre, par ses défilés dans le couloir, par ses vérifications dans le miroir, par ses comportements alimentaires avec tout ce que cela suscite. Elle gardera sur elle, un miroir donné par la mère et servant d'objet transitionnel.

Si son projet futur est de devenir mannequin c'est pour « se sentir vivante », « être rassurée », exister à travers les photos et les encouragements.

Cette séparation est en miroir, très mal tolérée par les parents qui disent « être amputés » sans leur fille, n'avoir plus qu'une fille unique, ou avoir l'impression que les choses ne bougent pas sans eux. Si Béatrice a du mal à exister sans ses parents, ceux-ci ont du mal à la faire exister sans eux.

2. Le corps identitaire

Les dysmorphophobies semblent permettre à Béatrice de se rassurer sur son existence, et de ne pas perdre son être face aux nombreux changements de l'adolescence. Il est remarquable de constater que les dysmorphophobies ne concernent pas vraiment sa silhouette, mais son visage. Les préoccupations autour du nez ne sont sans doute pas sans lien avec celles de la mère et sa volonté de s'identifier à elle. Elle fait le lien entre la peur d'avoir une mâchoire carrée et des remarques faites par des pairs sur le fait qu'elle ressemblait à une travestie. Aussi, pour elle la mâchoire carrée signifie « qu'on est virile » traduisant ainsi le refus du masculin. Il semblerait que se toucher le visage lui permet aussi de se rassurer sur ses limites et contours à cette période charnière où l'on se transforme et qu'on rencontre l'autre que soi. Si le visage, interface de cette rencontre avec l'autre est le siège des dysmorphophobies on peut penser que l'angoisse traduit une difficulté à rencontrer l'autre, dont le regard peut devenir menaçant si les limites entre soi et l'autre sont floues.

Refuser de devenir homme ou femme, équivaut à rester enfant de ses parents et se rassurer sur son rôle et son identité dans la famille. L'absence de projection dans le futur et d'idée sur l'avenir confirme ces suppositions.

Enfin, la symptomatologie permet probablement de rassurer sa mère sur sa peur de vieillir, ou sur son rôle de médecin ; de garder une certaine proximité avec le père qui redoute de la voir partir et qui peut continuer à garder une autorité et une maîtrise. La petite sœur quant à elle, peut garder son rôle de grande sœur autonome et mature qu'elle a toujours eu en devenant femme avant elle.

3. Le corps social

Maigrir permet à Béatrice de lui donner une identité de groupe et une appartenance à celui-ci. En maigrissant comme son amie elle s'identifie à ses pairs. Elle permet aussi de rester ancrée dans la famille, puisque dans cette dernière « on est maigre » et que les apparences représentent une véritable valeur familiale.

4. Le corps sensoriel ou ressenti

L'image du corps dans sa dimension sensorielle paraît très sollicitée par sa symptomatologie et ses demandes. Les séances de massages et de relaxation lui font beaucoup de bien, et soulagent ses dysmorphophobies. Ce corps, très investi dans l'enfance par sa mère (massages et soins) ainsi que par le corps médical, semble lui procurer une identité et une « continuité d'être ». Nous pouvons faire l'hypothèse que la recherche de sensations à travers les abdominaux, le toucher incessant du visage, l'arrachage des ongles de pieds, les mutilations du dos, le refus de se nourrir, lui permet de retrouver ses limites et une même d'être perdus au moment de l'adolescence.

C. La question de la psychose et le corps contenant

Béatrice a des angoisses de transformation et de morcellement importantes. L'adolescence semble avoir déclenché chez elle un profond remaniement de son identité et de son sentiment d'unité et d'intégrité pouvant faire le lit d'une psychose. L'adolescence viendrait décompenser une image du corps déjà fragilisée en une image morcelée du corps. En effet, la perception du corps, on l'a vu s'est édifiée à travers toutes les expériences et les relations qu'elle a eu au cours de l'enfance et l'adolescence. A l'aide de la mère et d'un environnement suffisamment bon va pouvoir émerger un corps unifié et un sentiment de sécurité interne à partir d'un corps sans limites et initialement confondu avec la mère. Dans la psychose, le sentiment de sécurité interne fait défaut et la perception du monde environnant et de son propre corps est modifiée. Les frontières entre le soi et le non soi sont indifférenciées donnant lieu à une représentation fragmentée du corps en perpétuelle menace de dispersion, de morcellement ou de fusion avec l'autre. Les fonctions du moi peu décrites plus haut font défaut. Nous pouvons émettre l'hypothèse que dans le cas de Béatrice, les soins médicaux à répétition (appendicectomie, opération pour dent incluse, avancée mandibulaire et pyélonéphrite à répétition) ont été vécus comme intrusifs et menaçant son intégrité corporelle. Les préoccupations concernant la sphère orale qu'elle qualifie de « phobie orale » (peur du dentiste, de la sonde naso-gastrique, refus de l'alimentation) sont probablement en lien avec des angoisses archaïques restées inscrites dans cette zone du corps. Par ailleurs les deux fausses couches ainsi que les nombreuses préoccupations autour du nez ne permettent pas à la mère d'être disponible psychiquement pour son enfant et de l'aider à construire un « moi psychique ». Les entretiens familiaux l'amènent en ce sens à verbaliser une difficulté à extérioriser son empathie et ses affects pour sa fille.

Aussi, les absences due à un travail accaparent ont pu entraîner des nombreuses ruptures avec son enfant, ne permettant pas une relation stable et sécuritaire. Enfin la surprotection de Béatrice ainsi que la maîtrise et l'emprise des parents vis à vis de l'apparence, de l'alimentation et de l'école ont pu participer au sentiment d'insécurité interne de la patiente qui, arrivée à l'adolescence n'est pas en capacité de faire face, seule, aux traumatismes extérieurs. Ainsi face à l'angoisse profonde devant la perte de cohérence de sa personne, elle se scrute sans cesse dans le miroir, se raccroche aux troubles alimentaires, aux identifications anciennes, cherche ses limites corporelles et recherche la stimulation sensorielle. Ce qui est sûr c'est que la patiente est sur le fil qui sépare la névrose de la psychose et que le trouble du comportement alimentaire permet de contenir le corps et d'empêcher, tant que faire se peut, le vécu de morcellement et de transformation de la patiente. Si les mécanismes anorexiques finissent par se lever, c'est pour laisser poindre un vide intérieur et des angoisses intenses au niveau de ses limites corporelles concernant le visage qu'elle essaiera ensuite de contenir par le maquillage et le manque d'hygiène. Le traitement par neuroleptique (zyprexa) ainsi que le travail avec les pairs et les parents autour de ces différentes dimensions vont progressivement aider Béatrice à se reconstruire. L'effet sera d'ailleurs radical puisqu'à ce jour, Béatrice a lâché son anorexie, et a repris une vie normale.

D. Les implications thérapeutiques

L'association avec un BDD permet d'avoir recours plus facilement à un IRS. Le traitement par IRS seul n'a pas permis d'amélioration mais la potentialisation par un neuroleptique atypique a été très efficace.

L'insight de la patiente paraît ici plutôt mauvais car la patiente est convaincue de son défaut et n'est pas accessible à la réassurance. En ce qui concerne le corps représenté, le choix des médiations se portera donc plus sur la « *mindfulness* » que sur le travail des cognitions et du comportement (TCC, IBT). Les médiations permettant de contenir le corps (à la place du symptôme) et d'éviter qu'il soit vécu comme morcelé, seront d'un grand secours pour Béatrice qui non seulement les réclame mais se dit soulagée lors des temps de relaxation et de stimulation sensorielle, et ne pense plus à ses dysmorphophobies. Enfin, les médiations moins centrées sur le corps, mais servant davantage à travailler le narcissisme de Béatrice (atelier dessin, écriture) lui permettront d'exister autrement que par l'aspect physique, et lui seront également d'une grande aide.

CONCLUSION

Cette revue de la littérature illustrée d'un cas clinique sur les troubles de l'image du corps dans l'anorexie mentale, permet de mettre en lumière la diversité et la complexité des mécanismes psychiques pouvant être en jeu dans cette pathologie qui met le corps en avant mais dont la problématique est identitaire, existentielle et bien souvent plus ancienne qu'il n'y paraît.

A l'instar des théories sur le dialogue entre le schéma corporel et l'image du corps, chercher à soigner le corps anorexique nécessite de prendre en compte les multiples dimensions du corps à la fois sur le plan biologique mais également sur le plan psychique. Ainsi, nous avons pu voir que l'image du corps, malgré sa terminologie, interroge non seulement le corps dans sa dimension spéculaire, mais fait référence au corps vécu, pensé, agit, relationnel et à bien d'autres aspects. Elle interroge entre autres les cognitions et les croyances du sujet par le corps représenté ; l'aspect sensoriel et ressenti du corps par le corps réel ; de plus elle s'intéresse aux paroles enracinées dans le corps par le corps symbolique. Elle s'est construite et édifiée grâce au dialogue permanent entre le sentiment de sécurité interne, le narcissisme, la libido, les capacités motrices, l'environnement, et les identifications successives. Enfin elle est garante de l'identité et de la permanence du sujet dans le temps et dans l'espace.

Nous comprenons donc comment une période comme l'adolescence, dans laquelle toutes ces dimensions du corps et du psychisme sont remaniées et perturbées, peut occasionner des troubles de l'image du corps comme l'anorexie ou la « *body dysmorphic disorder* » pour des sujets fragilisés et incapables de faire face à tant de changements sans avoir le sentiment d'être anéanti, de perdre leur identité ou de voler en éclat. La symptomatologie est ce qui va leur servir de béquille et permettre une « auto-guérison », parfois même empêcher une véritable entrée dans la psychose comme nous avons pu le voir dans le cas clinique.

En cela, une approche globale du corps, grâce à un travail multidisciplinaire, permettrait de mieux appréhender la prise en charge de ces patientes et prévenir les complications dramatiques auxquelles ces jeunes filles peuvent être exposées.

Les objectifs alors seraient d'aider les patientes à reprendre connaissance avec un corps longtemps tenu à distance par la pathologie et dont l'histoire est singulière et unique ; de réveiller une mémoire corporelle endormie mais cachant bien des souvenirs ; de reconstruire avec l'aide d'un tiers dégagé de toute perception subjective, l'image d'un corps allié et mis en valeur, garantissant un sentiment d'identité solide et permettant au sujet, désormais partenaire de ce corps, d'affronter la puberté ainsi que les différentes étapes difficiles de la vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mufaddel A, Osman OT, Almugaddam F, Jafferany M. A Review of Body Dysmorphic Disorder and Its Presentation in Different Clinical Settings. *Prim Care Companion CNS Disorder*, 2013;15(4).
2. Filteau M-J, Pourcher E, Baruch P, Bouchard RH, Vincent P. La dysmorphophobie (trouble dysmorphique physique). *Can J Psychiatry*. 1992;37(7):503–9.
3. Tignol J. Les défauts physiques imaginaires : Comprendre et soigner le BDD. Paris: Editions Odile Jacob; 2006.
4. Ferreri M, Godefroy M, Nuss, Ferreri F. Dysmorphophobie. Peur de dysmorphie, dysmorphesthésie. *Encycl Méd Chir*, 37-146-A-10, 2002, 8p.
5. Tignol Jean, 19. Dysmorphophobie , Les troubles anxieux, *Cachan, Lavoisier, «Psychiatrie»*, 2014, 342 pages
6. Goldsztaub L, Dupont S. Lucia et ses mains « masculines » : de la dysmorphophobie adolescente au suspens de la sexualité. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2006 Sep;54(5):304–14.
7. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry*. 1977 Jun;134(6):673–6.
8. Thomas CS. Dysmorphophobia: a question of definition. *Br J Psychiatry*. 1984 May 1;144(5):513–6.
9. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*. 1991 Sep;148(9):1138–49.
10. Pitres A, Régis E. Les Obsessions Et Les Impulsions. *Ulan Press*; 2012. 452 p.
11. Finder J. La dysmorphophobie - la peur d'être laid. Comment ? Pourquoi ? *J Droit Jeunes*. 2013 Dec 1;N° 330(10):23–6.
12. Ouvry O, Bidaud É. Dysmorphophobie, pubertaire et processus adolescent. *Adolescence*. 2012 Jan 1;78(4):801–18.
13. Filteau MJ, Pourcher E, Baruch P, Bouchard RH, Vincent P. Dysmorphophobia (body dysmorphic disorder). *Can J Psychiatry*. 1992 Sep;37(7):503-9.
14. Munro A, Chmara J. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: a diagnostic checklist based on 50 cases of the disorder. *Rev Can Psychiatr*. 1982 Aug;27(5):374–6.
15. Thoret Y. La dysmorphophobie, comment s'approcher de la beauté ? *L'Évolution*

- Psychiatr.* 2003 Oct;68(4):649–57.
16. Birraux A. L'adolescent face à son corps. Paris: *Albin Michel* ; 2013. 320 p.
 17. Jeammet Philippe, 83. La dépression chez l'adolescent , Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, *Presses Universitaires de France, Quadrige*, 2004.
 18. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body Dysmorphic Disorder: Some Key Issues for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010 Jun;27(6):573–91.
 19. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010 Jun;12(2):221–32.
 20. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé. 2e ed. Issy-les-Moulineaux: *Editions Masson*; 2003.
 21. American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: *Elsevier Masson*; 2015.
 22. Organisation Mondiale de la Santé-OMS. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. *Editions Masson*; 1992.
 23. Tignol, Corinne Martin-Guehl, Bruno Aouizerzate. Body dysmorphic disorder (BDD). *Presse Med.*2012. 41:22–35.
 24. Bakhla AK, Prakriti S, Kumar PA. A Case of Body Dysmorphic Disorder by Proxy. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2012;14(4).
 25. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47(2):77–87.
 26. Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2005 Dec;2(4):395–400.
 27. Phillips KA. Body Dysmorphic Disorder: Common, Severe and in Need of Treatment Research. *Psychother Psychosom.* 2014;83(6):325–9.
 28. Veale D, Riley S. Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther.* 2001 Dec;39(12):1381–93.
 29. Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res.* 2004 Jan;38(1):63–72.
 30. Phillips KA. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res.* 2006 Mar;40(2):95–104.

31. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med.* 2006 Jun;36(6):877–85.
32. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr.* 2008 Apr;13(4):316–22.
33. Phillips KA, Quinn G, Stout RL. Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective, Follow-up Study. *J Psychiatr Res.* 2008 Jul;42(9):701–7.
34. Phillips KA, Menard W. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *Am J Psychiatry.* 2006 Jul;163(7):1280–2.
35. Gunstad J, Phillips KA. Axis I Comorbidity in Body Dysmorphic Disorder. *Compr Psychiatry.* 2003;44(4):270–6.
36. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance Use Disorders in Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005 Mar;66(3):309–405.
37. Grant JE, Kim SW, Eckert ED. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features, and delusionality of body image. *Int J Eat Disord.* 2002 Nov 1;32(3):291–300.
38. Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The Pathophysiology of Body Dysmorphic Disorder. *Body Image.* 2008 ; Jul 3;5(1).
39. Cheval S, Guelfi J-D. Psychopathologie et prise en charge cognitivo-comportementale du trouble dysmorphophobique : revue de littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012 Apr;170(3):151–6.
40. Korff-Sausse S. Ils ne sont pas beaux... *Champ Psy.* 2002 Jul 1;n° 26(2):81–104.
41. Girardon N, Dorey H. L'adolescence ou la peur du monstre. *Enfances Psy.* 2011 Dec 1;51(2):92–102.
42. Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris: Points; 2014.
43. Klein H, Shiffman KS. Messages about physical attractiveness in animated cartoons. *Body Image.* 2006 Dec;3(4):353–63.
44. Cheval S, Monestès J-L, Villatte M. Chapitre 7. Accepter son apparence physique : apports de l'acceptation dans les problématiques d'image corporelle. *Carrefour Psychothérapies.* 2011 Dec 1;207–32.
45. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie 8e. Édition : 8e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. 688 p.
46. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder.

- Body Image*. 2004 Jan;1(1):113–25.
47. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):28–38.
 48. Winnicott DW, Monod C, Pontalis J-B. Jeu et réalité. Paris: *Gallimard*; 2002.
 49. Bidaud E. Reflexions sur les troubles dysmorphophobiques a l'adolescence. *Revista Mal-estar E Subjetividade*. 2011 jun; Vol XI-n2-p481-197
 50. Jeammet P. La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui. *Enfances PSY*. 2001 Jan 1;23–9.
 51. Maïdi H, de la Vega R. Le beau, le laid, le genre. *Adolescence*. 2007;60(2):417.
 52. Navarri P. Under the Skin. A Psychoanalytic Study of Body Modification, d'Alessandra Lemma (2010). *Rev Fr Psychanal*. 2012 Oct 1;76(4):1211–8.
 53. Lemma A. Etre vu ou être regardé? Une perspective psychanalytique sur la dysmorphophobie. *L'Année Psychanal Int*. 2010 Jun 1;2010(1):127–48.
 54. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Apr 1;59(4):381–8.
 55. Phillips KA, Rogers J. Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Body Dysmorphic Disorder: Current Status and Future Directions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011 Apr;20(2):287–304.
 56. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*. 2001 Nov;42(6):504–10.
 57. Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg*. 2007 May;119(6):1924–30.
 58. Kerfant N, Henry A-S, Ta P, Trimaille A, Philandrianos C, Hu W. Body Dysmorphic Disorder et chirurgie esthétique : une revue de la littérature. *Ann Chir Plast Esthét*. 2015 Jul13;1260(15)00113-2
 59. Veale D, Ellison N, Werner TG, Dodhia R, Serfaty MA, Clarke A. Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012 Apr 1;65(4):530–2.
 60. Phillips KA, Dufresne RG. Body Dysmorphic Disorder: A Guide for Primary Care Physicians. *Prim Care*. 2002 Mar;29(1):99 – vii.
 61. Waysfeld B. Le poids et le moi. Édition : 2e édition. Paris: *Armand Colin*; 2014.
 62. Vibert S, Histoire et développements, *Les anorexies mentales*, Paris, Presses

- Universitaires de France , *Que sais-je ?*, 2015.
63. Maître J. Façons anorectiques d'être au monde : Anorexie mystique et anorexie mentale. *Socio-Anthropol.* 1999 May 15;(5).
 64. Brouwer Anne-Clotilde, Mirabel-Sarron Christine, Pham-Scottetz Alexandra, Les troubles des conduites alimentaires, Les addictions comportementales, Wavre, Mardaga , *PSY-Émotion, intervention, santé*, 2009.
 65. Lasègue C. De l'anorexie hystérique. *J Fr Psychiatr.* 2009;32(1):3.
 66. Meyer JE, Feldmann H, editors. Anorexia nervosa: Symposium am 24./25 April 1965 in Göttingen. Herausgeber: J.-E. Meyer und H. Feldmann. Stuttgart: Thieme; 1965.
 67. Jeammet P. Éditorial. *Nutr Clin Métabolisme.* 2007 Dec;21(4):135–6.
 68. Jeammet P. Anorexie, Boulimie : Les paradoxes de l'adolescence. Paris: Fayard/Pluriel; 2011.
 69. Malaguarnera S. L'anorexie face au miroir : Le déclin de la fonction paternelle. Paris: *L'Harmattan*; 2010.
 70. Kestemberg E, Kestemberg J, Decobert S, Lebovici S. La faim et le corps : Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale. Paris: *Presses Universitaires de France - PUF*; 2005.
 71. Vindreau C. Clinique de l'anorexie mentale, Repenser l'anorexie.2012. *Revue santé mentale* pp. 23-85 p.
 72. Alvin P, Collectif. Anorexies et boulimies à l'adolescence. Édition : 4e édition. Rueil-Malmaison: *Doin Editions*; 2013.
 73. Brusset B. La figure de l'anorexique dans *l. Adolescence*. 2005 Sep 1;n° 53(3):575–86.
 74. Chambry J, Agman G. L'anorexie mentale masculine à l'adolescence. *Psychiatr Infant.* 2006;49(2):477.
 75. Brusset Bernard, 94. L'anorexie mentale des adolescentes , Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, *Presses Universitaires de France* , «Quadrige», 2004.
 76. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale.* 2013 Apr;39(2):85–93.
 77. Livre blanc Afdas TCA. Haute autorité de Santé. Recommandations de Bonnes pratiques. Paris : HAS Juin 2010
 78. McClelland L, Crisp A. Anorexia nervosa and social class. *Int J Eat Disord.* 2001 Mar 1;29(2):150–6.
 79. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating

- disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jul;19(4):389–94.
80. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007 Aug;164(8):1259–65.
 81. Godart N, Duclos J, Hubert T, Carrot B, Chapelon E, Roux H, et al. Hospitalisation pour anorexie mentale à l'adolescence : quel devenir 10ans plus tard pour ces jeunes femmes ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2014 Sep;62(5):263–70.
 82. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1284–93.
 83. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2009 Jan;194(1):10–7.
 84. Huas C, Caille A, Godart N, Foulon C, Pham-Scottet A, Divac S, et al. Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Jan 1;123(1):62–70.
 85. Godart N., Perdereau F., Jeammet P. Etiopathogénie des troubles des conduites alimentaires. In Manuel de Psychiatrie. Paris : Elsevier-Masson ; 2007, p424-30.
 86. Guéguen J-P. L'anorexie mentale : une pathologie féminine. *Lett Enfance Adolesc*. 2003 Feb 1;n° 51(1):81–6.
 87. Chabrol H. Déterminismes et modèles. *Que Sais-Je*. 2004 Sep 1;4(2603):75–110.
 88. Tennoune N, Chan P, Breton J, Legrand R, Chabane YN, Akkermann K, et al. Bacterial ClpB heat-shock protein, an antigen-mimetic of the anorexigenic peptide α -MSH, at the origin of eating disorders. *Transl Psychiatry*. 2014 Oct 7;4(10):e458.
 89. M. Corcos, F. Atger, Ph. Jeammet. Evolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico Psychologiques* 161 2003 621-629
 90. Jeammet P. Chapitre 8. Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires : l'évolution des conceptions et ses incidences sur la métapsychologie. *Carrefour Psychothérapies*. 2006 Oct 1;95–108.
 91. Bruch H. Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique. Rééd. Paris: Payot; 1994. 444 p.
 92. Freud S. Pour introduire le narcissisme. Paris: Payot; 2012.
 93. Vibert S. Psychopathologie et psychanalyse de l'anorexie mentale : modèles dynamiques. *Que Sais-Je*. 2015 May 27;50–90.
 94. Jeammet. Paradoxes et dépendance à l'adolescence. Edition Fabert. Temps d'arrêt

- lecture ; 2009.
95. Corcos M. Le corps insoumis - 2e édition - Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Édition : 2e édition. Paris: *Dunod*; 2011. 344 p.
 96. Chabrol H. Clinique, classification et diagnostic, évaluation, épidémiologie, évolution. *Que Sais-Je*. 2004 Sep 1;4(2603):7-74.
 97. Cook-Darzens. Thérapie familiale de l'adolescent anorexique. Paris: *Dunod*; 2002.
 98. Podlipski M-A, Bénard M, Brechon G, Latreille S, Scelles R, Fillatre M, et al. La fratrie de l'adolescente anorexique: apports pratiques d'une étude clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2009 Sep;57(6):523-8.
 99. Branch CH, Eurman LJ. Social attitudes toward patients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):631-2.
 100. Slade P. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc*. 1982 Sep;21(Pt 3):167-79.
 101. Whitehouse AM, Freeman CP, Annandale A. Body size estimation in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1988;153(Suppl 2):23-6.
 102. Haute autorité de santé. Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations de bonne pratique, juin 2010. *Nutr Clin Métabolisme*. 2011;25:57-74.
 103. Chabrol H. Traitement, L'anorexie et la boulimie de l'adolescente, Paris, Presses Universitaires de France, «*Que sais-je ?*», 2004.
 104. Léonard T. Thérapies comportementales et cognitives de l'anorexie mentale. *Nutr Clin Métabolisme*. 2007 Dec;21(4):172-8.
 105. Vibert Sarah, Les traitements, Les anorexies mentales, Paris, Presses Universitaires de France, «*Que sais-je ?*», 2015.
 106. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC. A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1975 Aug;32(8):1031-8.
 107. Dewi Guardia. Représentation du corps et anorexie mentale : de l'intégration sensorielle à l'action : approche neurocognitive du phénomène de distorsion corporelle. Human Health and pathology. université du Droit et de la Santé-Lille II, 2012.
 108. Joly F, Labes G, Collectif. Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité: Volume 2, Psychopathologie développementale et troubles psychomoteurs. Montreuil: *Editions du Papyrus*; 2009. 371 p.
 109. Morin Catherine, « 1. Le schéma corporel », Schéma corporel, image du corps, image spéculaire, Toulouse, *ERES, Psychanalyse*, 2013.

110. Schwoebel J, Coslett HB. Evidence for multiple, distinct representations of the human body. *J Cogn Neurosci*. 2005 Apr;17(4):543–53.
111. Freud S. Introduction à la psychanalyse. Payot. Paris: *Payot*; 2004.
112. Freud S. Le Moi et le ça, Essais de psychanalyse, Paris, *Payot*; 2004 .
113. Schilder P, Gantheret F, Truffert P. L'Image du corps: Étude des forces constructives de la psyché. Paris: *Gallimard*; 1980.
114. Golse B, Simas R. Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. *Contraste*. 2008 Jun 1;28-29(1):129–38.
115. Morin Catherine, « 2. L'image du corps », Schéma corporel, image du corps, image spéculaire, Toulouse, *ERES*, *Psychanalyse*, 2013, 216 pages
116. Nasio J-D. Mon corps et ses images. Paris: Payot; 2013. 274 p.
117. Anzieu D. Le Moi-peau. Édition : 2e. Paris: Dunod; 1995. 291 p.
118. Delassus J-M. Le génie du fœtus. Paris: Dunod; 2001. 193 p.
119. Delion P. Franchir le tabou du corps en psychiatrie. *Inf Psychiatr*. 2009 Jan 1;Volume 85(1):15–25.
120. Boutinaud J, Chabert P. Anorexie mentale et troubles de l'image du corps : à propos de leur prise en compte en psychodrame psychanalytique individuel. *Adolescence*. 2013 Apr 14;311(1):65–76.
121. Pireyre EW. Clinique de l'image du corps - De la pratique aux concepts. Paris: *Dunod*; 2011. 240 p.
122. Braconnier A. Entretien avec Colette Chiland. *Carnet PSY*. 2005 Feb 1;97(2):35–41.
123. Chiland Colette, Identité sexuée et handicap, Handicap, identité sexuée et vie sexuelle, Toulouse, *ERES*, *Connaissances de la diversité*, 2010.
124. Bachollet M-S, Marcelli D. Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy*. 2011 Feb 17;49(4):14–9.
125. Tustin F, Cler C, Davidovici M. Les états autistiques chez l'enfant. Nouvelle. Paris: Seuil; 2003. 437 p.
126. Dodin V, Payen A, Croquelois C, Bayart A, Benzidour N, Anache C, et al. Soins à médiation multi-sensorielle. *Adolescence*. 2012 Oct 1;81(3):603–16.
127. Cash TF, Green GK. Body weight and body image among college women: perception, cognition, and affect. *J Pers Assess*. 1986;50(2):290–301.
128. Striegel-Moore RH, Kearney-Cooke A. Exploring parents' attitudes and behaviors about their children's physical appearance. *Int J Eat Disord*. 1994 May;15(4):377–85.
129. Franko DL, Striegel-Moore RH. The role of body dissatisfaction as a risk factor for

- depression in adolescent girls: Are the differences Black and White? *J Psychosom Res.* 2002 Nov;53(5):975–83.
130. Jones DC, Vigfusdottir TH, Lee Y. Body Image and the Appearance Culture Among Adolescent Girls and Boys: An Examination of Friend Conversations, Peer Criticism, Appearance Magazines, and the Internalization of Appearance Ideals. *J Adolesc Res.* 2004 May 1;19(3):323–39.
 131. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 1997 Sep 1;22(2):107–26.
 132. Marc-Antoine Podlipski et al., Le repas familial thérapeutique. un outil de soin pour les adolescentes anorexiques hospitalisées et leurs familles, *Perspectives Psy* 2015/1 (Vol.54), p20-29.
 133. F dolto. C Dolto. Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard. Edition Gallimard Jeunesse; 1989.
 134. Marty François, Adolescence et émotion, une affaire de corps. *Enfances & Psy* 4/2010 (n° 49) , p. 40-52
 135. Mareau C, Dreyfus AV. L’indispensable de la psychologie. Levallois-Perret: Studyrama; 2013. 219 p.
 136. Jeammet P. Paradoxes et dépendance à l’adolescence. Paris; Bruxelles: Editions Fabert; 2014. 58 p.
 137. Marques L, LeBlanc N, Weingarden H, Greenberg JL, Traeger LN, Keshaviah A, et al. Body dysmorphic symptoms: Phenomenology and ethnicity. *Body Image.* 2011 Mar;8(2):163–7.
 138. Konstantakopoulos G, Varsou E, Dikeos D, Ioannidi N, Gonidakis F, Papadimitriou G, et al. Delusionality of body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Res.* 2012 Dec 30;200(2–3):482–8.
 139. Phillips KA, Kim JM, Hudson JI. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? *Psychiatr Clin North Am.* 1995 Jun;18(2):317–34.
 140. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: Delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2013 Dec 30;210(3):1129–35.
 141. Rosen JC, Ramirez E. A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *J Psychosom Res.* 1998 Apr;44(3-

- 4):441–9.
142. Hartmann AS, Greenberg JL, Wilhelm S. The relationship between anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Rev*. 2013 Jul;33(5):675–85.
 143. Rabe-Jablonska Jolanta J, Sobow Tomasz M. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *Eur Psychiatry*. 2000 Aug;15(5):302–5.
 144. S. Ruffolo J, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord*. 2006 Jan 1;39(1):11–9.
 145. Castle DJ, Rossell SL. An update on body dysmorphic disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(1):74–8.
 146. Madsen SK, Bohon C, Feusner JD. Visual processing in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: Similarities, differences, and future research directions. *J Psychiatr Res*. 2013 Oct 1;47(10):1483–91.
 147. Luyat M. Les apports de la psychologie cognitive et de la neuropsychologie dans la compréhension de l'anorexie mentale. *J Thérapie Comport Cogn*. 2014 Sep;24(3):114–21.
 148. Grant JE, Phillips KA. Is Anorexia Nervosa a Subtype of Body Dysmorphic Disorder? Probably Not, but Read On *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(2):123–6.
 149. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry*. 2001 Apr 1;49(7):644–52.
 150. Phillips KA. An open study of buspirone augmentation of serotonin-reuptake inhibitors in body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1996;32(1):175–80.
 151. Okita K, Shiina A, Nakazato M, Iyo M. Tansospirone, a 5-HT_{1A} partial agonist is effective in treating anorexia nervosa: a case series. *Ann Gen Psychiatry*. 2013 Mar 9;12:7.
 152. Taillon A, O'Connor K, Dupuis G, Lavoie M. Inference-Based Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2013;20(1):67–76.
 153. Hartmann AS, Thomas JJ, Greenberg JL, Rosenfield EH, Wilhelm S. Accept, distract, or reframe? An exploratory experimental comparison of strategies for coping with intrusive body image thoughts in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 2015 Feb 28;225(3):643–50.
 154. Whitney J, Easter A, Tchanturia K. Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *Int J Eat Disord*. 2008

- Sep;41(6):542–50.
155. Koskina A, Campbell IC, Schmidt U. Exposure therapy in eating disorders revisited. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Feb;37(2):193–208.
 156. Vocks S, Legenbauer T, Wächter A, Wucherer M, Kosfelder J. What happens in the course of body exposure?: Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *J Psychosom Res*. 2007 Feb;62(2):231–9.
 157. Ferrer-García M, Gutiérrez-Maldonado J. The use of virtual reality in the study, assessment, and treatment of body image in eating disorders and nonclinical samples: A review of the literature. *Body Image*. 2012 Jan;9(1):1–11.
 158. Slater M, Perez-Marcos D, Ehrsson HH, Sanchez-Vives MV. Inducing Illusory Ownership of a Virtual Body. *Front Neurosci*. 2009 Sep 15;3(2):214–20.
 159. Normand J-M, Giannopoulos E, Spanlang B, Slater M. Multisensory Stimulation Can Induce an Illusion of Larger Belly Size in Immersive Virtual Reality. *PLoS ONE*, 6(1), e16128.
 160. Pommereau X. Avatars et anorexie. *Santé mentale*. 2012. Mai;(168).
 161. Cash, T.F, The body image workbook : An 8-Step Programm For Learning To Like Your Looks. Oakland, CA: *New Harbinger Publications*.
 162. Gagnier N. Miroir, miroir... je n'aime pas mon corps ! Le développement de l'image corporelle chez les enfants, les adolescents et les adultes. Montréal: La Presse; 2007.
 163. Morgan JF, Lazarova S, Schelhase M, Saeidi S. Ten session body image therapy: efficacy of a manualised body image therapy. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2014 Jan;22(1):66–71.
 164. Catheline N, Marcelli D, Raynaud J-P. Ces adolescents qui évitent de penser : Pour une théorie du soin avec médiation. *Édition : Ire*. Toulouse: Erès; 2011. 250 p.
 165. Brun A, Chouvier B, Roussillon R. Manuel des médiations thérapeutiques. Paris: Dunod; 2013. 416 p.
 166. Kagan M, Mortemart ED, Bellieud-Vigouroux M, Moro MR. Au pays des miroirs. *Adolescence*. 2012 Jun 1;80(2):401–9.
 167. Benhamou O. L'atelier autoportrait : se représenter à l'adolescence. *J Psychol*. 2014 Jul 1;319(6):20–5.
 168. Marion hull Christine vindreau. Troubles de l'image du corps dans l'anorexie mentale : intérêt d'un travail spécifique sur l'image du corps via la photographie. *Edition universitaire Européenne*, Jan 2011.
 169. Moutet M. Corps en représentation et représentations du corps. *Cah Gestalt-Thérapie*.

- 2004 Mar 1;15(1):137–54.
170. Vandereycken W, Depreitere L, Probst M. Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *Am J Psychother*. 1987 Apr;41(2):252–9.
 171. Potel Catherine, 10. Tout au fond de nous, il y a un petit être qui danse, Corps brûlant, corps adolescent, Toulouse, *ERES*, L'Ailleurs du corps, 2006.
 172. Hornyak LM, Baker EK. *Experiential Therapies for Eating Disorders*. Guilford Press; 1989.
 173. Bellia Vincenzo, Le retour du soi dans le corps : la danse-thérapie dans la prise en charge plurielle de l'anorexie mentale, La danse dans le processus thérapeutique, Toulouse, *ERES*, L'Ailleurs du corps, 2009.
 174. Potel Baranes C. Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents. Un exemple : la relaxation. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2007 May;55(2):120–6.
 175. Potel Catherine, 12. Hypothèses théorico-cliniques, Corps brûlant, corps adolescent, Toulouse, *ERES*, L'Ailleurs du corps, 2006.
 176. Potel Catherine, 15. La cure en relaxation, Corps brûlant, corps adolescent, Toulouse, *ERES*, L'Ailleurs du corps, 2006.
 177. Potel Catherine et al. Passer par l'acte psychomoteur, *Enfances & Psy* 2013/4 (N° 61),p. 20-31
 178. Levine MP, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):57–70.
 179. Yager Z, O'Dea JA. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promot Int*. 2008 Jun 1;23(2):173–89.
 180. Stice E, Shaw H, Becker CB, Rohde P. Dissonance-based Interventions for the Prevention of Eating Disorders: Using Persuasion Principles to Promote Health. *Prev Sci Off J Soc* 2008 Jun;9(2):114–28.
 181. Rodgers R, Chabrol H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2009 Mar;17(2):137–51.
 182. Berge JM, MacLehose R, Loth KA, Eisenberg M, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Parent conversations about healthful eating and weight: Associations with adolescent disordered eating behaviors. *JAMA Pediatr*. 2013 Aug 1;167(8):746–53.
 183. Giordan A. Apprendre le corps ? Hors Collect. 2007 Jan 1;133–46.

ANNEXES

Brown Assessment of Beliefs Scale - (Adolescent Version)

ID#: _____ Date _____

Belief (describe principal belief(s) during the past week): _____

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient **over the past week**. The patient's specific belief can be incorporated into the question--for example, "How convinced are you of this belief--that touching doorknobs will make you ill?" Optional questions are indicated in parentheses; instructions to the interviewer are italicized.

1. Conviction

How convinced are you of these ideas/beliefs?
Are you certain your ideas/beliefs are accurate?
(Why do you think so?)

- 0- Completely convinced beliefs are false (0% certainty).
- 1- Beliefs are probably not true, or substantial doubt exists.
- 2- Beliefs may or may not be true, or unable to decide whether beliefs are true or not.
- 3- Fairly convinced that beliefs are true but an element of doubt exists.
- 4- Completely convinced about the reality of held beliefs (100% certainty).

2. Perception of others' views of beliefs

What do you think other people (would) think of your beliefs? How certain are you that most people think your beliefs make sense?

(Interviewer should clarify if necessary that the patient answers this question assuming that others are giving their honest opinion.)

- 0- Completely certain that most people think these beliefs are unrealistic.
- 1- Fairly certain that most people think these beliefs are unrealistic.
- 2- Others may or may not think beliefs are unrealistic, or uncertain about others' views concerning these beliefs.
- 3- Fairly certain that most people think these beliefs are realistic.
- 4- Completely certain that most people think these beliefs are realistic.

(Interviewer should not ask this item if responses on item 1 and 2 are the same. In that case, give the same score as items 1 and 2.)

3. Explanation of differing views

You said that *(fill in response to item 1)*, but that *(fill in response to item 2)*.
How do you explain the difference between what you think and what other people think about your beliefs?
(Who's more likely to be right?)

- 0- Completely certain that beliefs are unrealistic or absurd (e.g., "my mind is playing tricks on me.")
- 1- Fairly certain that beliefs are unrealistic.
- 2- Uncertain about why others don't agree-- beliefs may be unrealistic or others may be wrong.
- 3- Fairly certain that beliefs are true; view of others is less accurate
- 4- Completely certain that beliefs are true; view of others is not accurate.

4. Fixity of ideas

If I were to tell you that your beliefs aren't true, what would your reaction be?
Could I convince you that they're wrong?
(Would you consider the possibility?)

(If necessary, supply a non-confrontational example.)

(Rate on the basis of whether the patient could be convinced, not whether s/he wishes s/he could be convinced.)

- 0- Eager to consider the possibility that beliefs may be false; demonstrates no reluctance to entertain this possibility.
- 1- Easily willing to consider the possibility that beliefs may be false; reluctance to do so is minimal.
- 2- Somewhat willing to consider the possibility that beliefs may be false, but moderate resistance is present.
- 3- Clearly reluctant to consider the possibility that beliefs may be false; reluctance is significant
- 4- Absolutely refuses to consider the possibility that beliefs may be false--i.e., beliefs are fixed.

5. Attempt to disprove ideas

How often do you try to talk yourself out of your ideas/beliefs? How much of an effort do you make to convince yourself that your beliefs are wrong?

(Interviewer should rate attempts patient makes to talk himself/herself out of the belief, not attempts to push the thoughts/ideas out of his/her mind or think about something else.)

- 0- Always involved in trying to disprove beliefs, or not necessary to disprove because beliefs are not true.
- 1- Usually tries to disprove beliefs.
- 2- Sometimes tries to disprove beliefs.
- 3- Occasionally attempts to disprove beliefs.
- 4- Makes no attempt to disprove beliefs.

6. Insight

What do you think has caused you to have these beliefs? Do they have a psychiatric or psychological cause--in other words, are they in your mind? Or are they really true?

(Interviewer should determine what the patient actually believes, not what s/he has been told or hopes is true.)

(Recognition that the thoughts are excessive (i.e., take up too much time) or cause problems for the patient should not be considered equivalent to psychiatric/psychological etiology. Instead rate patient's awareness that the source/cause of the beliefs is psychiatric/psychological.)

- 0- Beliefs definitely have a psychiatric/psychological cause.
- 1- Beliefs probably have a psychiatric/psychological cause.
- 2- Beliefs possibly have a psychiatric/psychological cause.
- 3- Beliefs probably do not have a psychiatric/psychological cause.
- 4- Beliefs definitely do not have a psychiatric/psychological cause.

7. TOTAL BABS SCORE: _____ = SUM OF QUESTIONS 1 THROUGH 6
--

ADDITIONAL ITEM: *(Do not include in total score)*

8. Ideas/delusions of reference

Does it ever seem that people are talking about you or taking special notice (for example, staring at you) because of *(fill in belief)*?
(How certain are you of this?)

(This question pertains only to the belief(s) being assessed by the BABS interviewer--not if patient thinks s/he is noticed for a reason unrelated to the beliefs being assessed. Interviewer should NOT base answer on observable actions or compulsions; instead, rate core belief.)

- 0- No; others definitely do not take special notice of me.
- 1- Others probably do not take special notice of me.
- 2- Others may or may not take special notice of me.
- 3- Others probably do take special notice of me.
- 4- Others definitely do take special notice of me.

DATE: ____/____/____

SUBJECT # _____

BODY DYSMORPHIC DISORDER DIAGNOSTIC MODULE - for Adolescents

1. Are you very worried about how you look?
IF YES: What don't you like?
Do you think (body part) looks really bad?

A. Preoccupation with an imagined defect in appearance. If a slight physical anomaly is present, the person's concern is markedly excessive.

? 1 2 3

Is there anything else you don't like about how you look?
What about your face, skin, hair, nose, or the shape, size or other things about any other part of your body?

Do you think about (body part) a lot?
Do you wish you could worry about it less? (Do others say you worry about it too much?)

NOTE: GIVE SOME EXAMPLES EVEN IF PATIENT ANSWERS NO TO THESE QUESTIONS.

Examples include: skin concerns (e.g., acne, scars, wrinkles, paleness), hair concerns (e.g. thinning), or the shape or size of the nose, jaw, lips, etc. Also consider perceived "defects" of hands, genitals or any other body part.

NOTE: LIST ALL BODY PARTS OF CONCERN

2. How does this problem with how you look affect your life? Does it upset you a lot?

B. Preoccupation causes clinically significant distress OR impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

? 1 2 3

Has your worry affected your family or friends?

NOTE: IF SLIGHT PHYSICAL DEFECT IS PRESENT, CONCERN IS CLEARLY EXCESSIVE

3. (If concern is secondary to Anorexia Nervosa, score "1")

C. The preoccupation is not better accounted for by another mental disorder (e.g., dissatisfaction with body shape and size in Anorexia Nervosa).

? 1 2 3

1 = absent

2 = subthreshold

3 = threshold or true

This questionnaire asks about concerns with physical appearance. Please read each question carefully and circle the answer that is true for you. Also please write out your answers where asked.

1) Are you very worried about how you look? Yes No

• If yes: Do you think about your appearance problems a lot and wish you could think about them less? Yes No

• If yes: Please write down the body areas you don't like:

Examples of disliked body areas include: your skin (for example, acne, scars, wrinkles, paleness, redness); hair; the shape or size of your nose, mouth, jaw, lips, stomach, hips, etc.; or defects of your hands, breasts, or any other body part.

(If you answered "No" to either of the above questions, you are finished with this questionnaire. If you answered "Yes" to both of them, please continue filling it out.)

2) How has this problem with how you look affected your life?

• Has it often upset you a lot? Yes No

• Has it often gotten in the way of doing things with friends, family or dating? Yes No

• If yes: Please describe how it's gotten in the way :

• Has it caused you any problems with schoolwork, your job, or other activities? Yes No

• If yes: Please describe what problems your concerns have caused:

• Are there things you avoid because of how you look? Yes No

• If yes: Please describe what you avoid:

3) How much time a day do you usually spend thinking about how you look? (Add up all the time you spend in a day, then circle one of the following):

a) Less than 1 hour a day b) 1 to 3 hours a day c) More than 3 hours a day

**BODY DYSMORPHIC DISORDER MODIFICATION
OF THE Y-BOCS (BDD-YBOCS) FOR ADOLESCENTS**[©]

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

**1. TIME OCCUPIED BY THOUGHTS
ABOUT BODY DEFECT**

How much time do you spend thinking about this problem with how you look?

- 0 - None
 - 1 - Mild (less than 1 hr/day)
 - 2 - Moderate (1-3 hrs/day)
 - 3 - Severe (greater than 3 and up to 8 hrs/day)
 - 4 - Extreme (greater than 8 hrs/day)
-

**2. INTERFERENCE DUE TO THOUGHTS
ABOUT BODY DEFECT**

How much do these THOUGHTS about how you look get in the way of school, work, or doing things with family or friends? (Is there anything you don't do because of them?)

- Y/N Spending time with friends
- Y/N Dating
- Y/N Attending social functions
- Y/N Doing things w/family in and outside of home
- Y/N Going to school/work each day
- Y/N Being on time for or missing school/work
- Y/N Focusing at school/work
- Y/N Productivity at school/work
- Y/N Doing homework or maintaining grades
- Y/N Daily activities

- 0 - None
 - 1 - Mild, slight interference with social, occupational, or role activities, but overall performance not impaired.
 - 2 - Moderate, definite interference with social, occupational, or role performance, but still manageable.
 - 3 - Severe, causes substantial impairment in social, occupational, or role performance.
 - 4 - Extreme, incapacitating.
-

**3. DISTRESS ASSOCIATED WITH THOUGHTS
ABOUT BODY DEFECT**

How much do these THOUGHTS about how you look bother or upset you?

- 0 - None
- 1 - Mild, and not too disturbing.
- 2 - Moderate, and disturbing.
- 3 - Severe, and very disturbing.
- 4 - Extreme, and disabling distress

Rate "disturbing" feelings or anxiety that seem to be triggered by these thoughts, not general anxiety or anxiety associated with other symptoms.

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

4. RESISTANCE AGAINST THOUGHTS OF BODY DEFECT

How hard do you try to stop these thoughts or ignore them?

Only rate effort made to resist, NOT success or failure in actually controlling the thoughts. How much patient resists may or may not correlate with ability to control them.

- 0 - Makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist.
 - 1 - Tries to resist most of time.
 - 2 - Makes some effort to resist.
 - 3 - Yields to all such thoughts without attempting to control them but yields with some reluctance.
 - 4 - Completely and willingly yields to all such thoughts.
-

5. DEGREE OF CONTROL OVER THOUGHTS ABOUT BODY DEFECT

When you try to fight the thoughts about how you look, can you beat them?

How much control do you have over your thoughts?

- 0 - Complete control, or no need for control because thoughts are so minimal.
 - 1 - Much control, usually able to stop or divert these thoughts with some effort and concentration.
 - 2 - Moderate control, sometimes able to stop or divert these thoughts.
 - 3 - Little control, rarely successful in stopping thoughts, can only divert attention with difficulty.
 - 4 - No control, experienced as completely involuntary, rarely able to even momentarily divert attention.
-

6. TIME SPENT IN ACTIVITIES RELATED TO BODY DEFECT

Now I'm going to ask you about the activities/habits you do related to your appearance problem.

Read list of activities below to determine which ones the patient engages in.

How much time do you spend doing these things?
Include all behaviors.

- 0 - None
- 1 - Mild (spends less than 1 hr/day)
- 2 - Moderate (1-3 hrs/day)
- 3 - Severe (spends more than 3 and up to 8 hours/day)
- 4 - Extreme (spends more than 8 hrs/day in these activities)

**READ LIST OF ACTIVITIES
(check all that apply)**

- Checking mirrors/other surfaces
- Grooming activities
- Applying makeup
- Excessive Exercise (time beyond 1 hr. per day)
- Camouflaging with clothing/other cover (rate time spent selecting/changing clothes, not time wearing them)

- Scrutinizing others' appearance (comparing)
- Questioning others about/discussing your appearance
- Picking at skin
- Other _____

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

7. **INTERFERENCE DUE TO ACTIVITIES**
RELATED TO BODY DEFECT

How much do these activities/habits get in the way of school, work, or doing things with family or friends? (Is there anything you don't do because of them?)

- 0 - None
- 1 - Mild, slight interference with social, occupational, or role activities, but overall performance not impaired.
- 2 - Moderate, definite interference with social, occupational, or role performance, but still manageable.
- 3 - Severe, causes substantial impairment in social, occupational, or role performance.
- 4 - Extreme, incapacitating.

8. **DISTRESS ASSOCIATED WITH ACTIVITIES**
RELATED TO BODY DEFECT

How would you feel if you were prevented from doing these activities/habits?

How upset would you become?

Rate degree of distress/frustration patient would experience if performance of the activities were suddenly interrupted. Use a composite rating for all behaviors.

- 0 - None
- 1 - Mild, only slightly anxious if behavior prevented.
- 2 - Moderate, reports that anxiety would mount but remain manageable if behavior is prevented.
- 3 - Severe, prominent and very disturbing increase in anxiety if behavior is interrupted.
- 4 - Extreme, incapacitating anxiety from any intervention aimed at modifying activity.

9. **RESISTANCE AGAINST COMPULSIONS**

How much do you try to fight doing these activities/habits?

Only rate effort made to resist, not success or failure in actually controlling the activities. How much the patient resists these behaviors may or may not correlate with his/her ability to control them. Use a composite rating for all behaviors.

- 0 - Makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist.
- 1 - Tries to resist most of the time.
- 2 - Makes some effort to resist.
- 3 - Yields to almost all of these behaviors without attempting to control them, but does so with some reluctance.
- 4 - Completely and willingly yields to all behaviors related to body defect.

10. **DEGREE OF CONTROL OVER COMPULSIVE BEHAVIOR**

How strong is the feeling that you have to carry out these activities/habits?
When you try to fight them, what happens?

(For the advanced child ask: How much control do you have over the activities/habits?)

Use a composite rating for all behaviors.

- 0 - Complete control, or control is unnecessary because symptoms are mild.
- 1 - Much control, experiences pressure to perform the behavior, but usually able to exercise voluntary control over it.
- 2 - Moderate control, strong pressure to perform behavior, can control it only with difficulty.
- 3 - Little control, very strong drive to perform behavior, must be carried to completion, can delay only with difficulty.
- 4 - No control, drive to perform behavior experienced as completely involuntary and overpowering, rarely able to even momentarily delay activity.

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

11. **INSIGHT**

Is it possible that your defect might be less noticeable or less unattractive than you think it is?

How convinced are you that [fill in body part] is as unattractive as you think it is?

Can anyone convince you that it doesn't look so bad?

- 0 = Excellent insight, fully rational.
 - 1 = Good insight. Readily acknowledges absurdity of thoughts (but doesn't seem completely convinced that there isn't something besides anxiety to be concerned about).
 - 2 = Fair insight. Reluctantly admits that thoughts seem unreasonable but wavers.
 - 3 = Poor insight. Maintains that thoughts are not unreasonable.
 - 4 = Lacks insight, delusional. Definitely convinced that concerns are reasonable, unresponsive to contrary evidence.
-

12. **AVOIDANCE**

Have you been avoiding doing anything, going any place, or being with anyone because of your thoughts or activities/habits related to your problem with how you look?

If YES, then ask: What do you avoid?

Rate degree to which patient deliberately tries to avoid things such as social interactions or school-related activities. Do not include avoidance of mirrors or avoidance of compulsive behaviors.

- 0 - No deliberate avoidance.
- 1 - Mild, minimal avoidance.
- 2 - Moderate, some avoidance clearly present.
- 3 - Severe, much avoidance; avoidance prominent.
- 4 - Extreme, very extensive avoidance; patient avoids almost all activities.

Brackets [] indicate material that should be read.

Parentheses () indicate optional material that may be read.

Italicized items are instructions to the interviewer.

Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:17-22.

This scale is based on the BDD-YBOCS for adults and the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; it was modified by R.S. Albertini and K.A. Phillips.

Cosmetic Procedures Screening Questionnaire (COPS)

This questionnaire aims to understand how you feel about your appearance prior to a cosmetic procedure. All information will be kept strictly confidential.

Please study this example before completing question 1. In a moment, we will ask you to describe the feature(s) of your body which you dislike or would like to improve. If you want to improve more than one feature, please list all the features in the space provided. Please note, the 1st feature should be the feature you are most concerned about.

This is an example of a woman whose main worry was her nose and who was concerned to a lesser extent by her skin and bottom.

1) Features Causing Concern

Please describe the feature(s) of your body, which you dislike or would like to improve.

1st Feature

Nose is too crooked with a bump

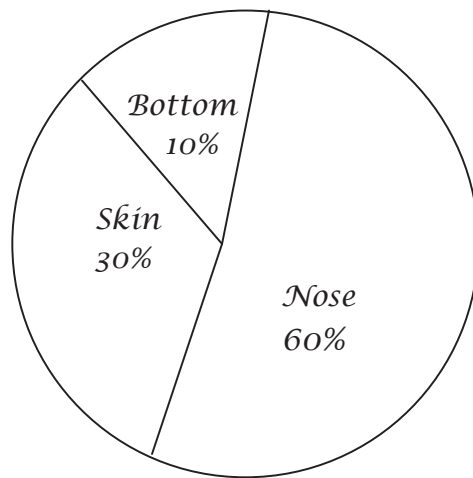
2nd Feature

Blemishes and acne scars on face

3rd Feature

Bottom is too big

We will then ask you to draw a pie chart and estimate the percentage of concern allocated to each feature. The person above completed her pie chart like this.



1) Features Causing Concern

Please describe the feature(s) of your body which you dislike or would like to improve.

1st Feature (feature you are most concerned about)

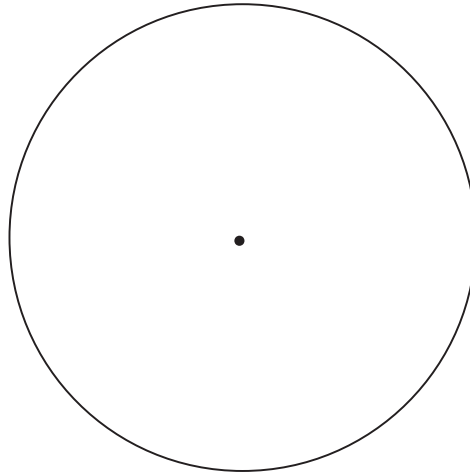
2nd Feature

3rd Feature

4th Feature

5th Feature

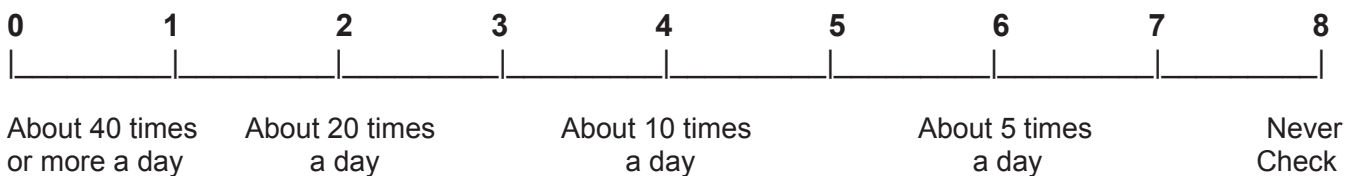
Now please draw a pie chart and estimate the percentage of concern allocated to each feature. Please ensure that your percentages add up to 100%!



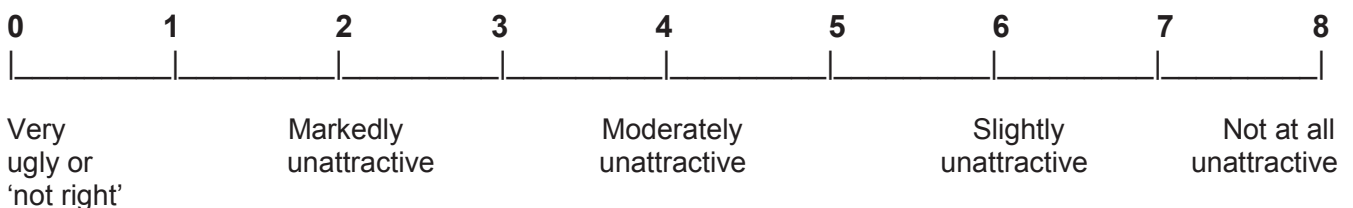
From now on, we will refer to these concerns as your 'feature(s).'

Please read the next set of questions below carefully and circle the number that best describes the way that you feel about your feature(s). **Please read the labels carefully to ensure you are circling the number that reflects how you feel because some of the answers are worded in a reverse order.**

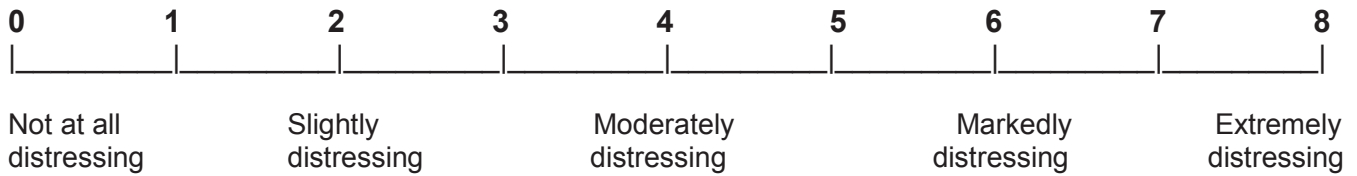
2) How often do you **deliberately** check your feature(s)? **Not accidentally catch sight of it.** Please include looking at your feature in a mirror or other reflective surfaces like a shop window or looking at it directly or feeling it with your fingers.



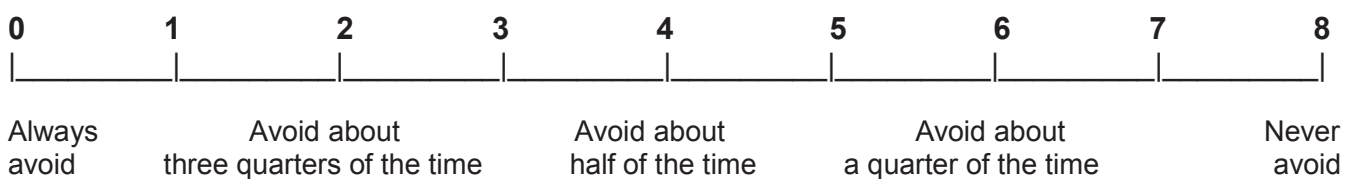
3) How much do you feel your feature(s) is **currently** ugly, unattractive or 'not right'?



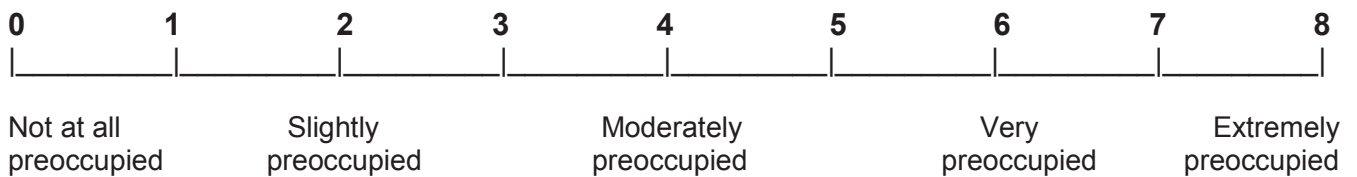
4) How much does your feature(s) **currently** cause you a lot of distress?



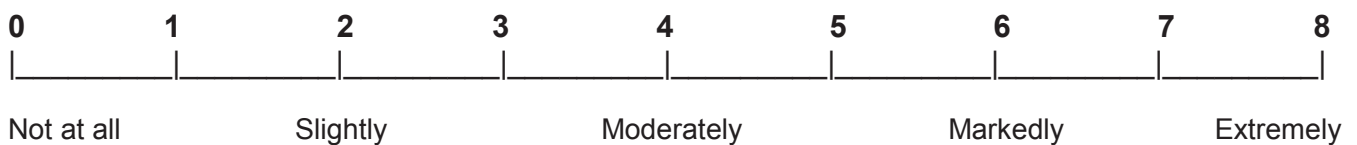
5) How often does your feature(s) **currently** lead you to avoid situations or activities?



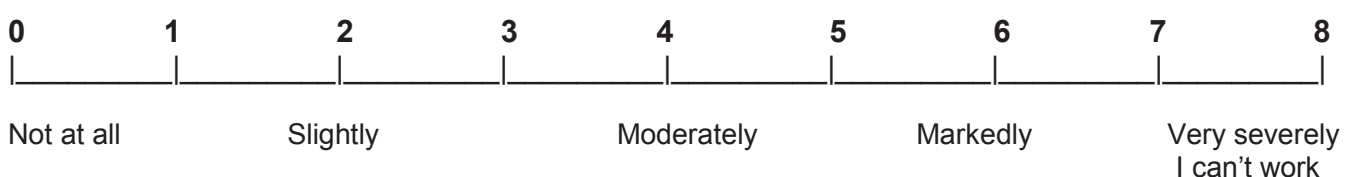
6) How much does your feature(s) **currently** preoccupy you? That is, you think about it a lot and it is hard to stop thinking about it?



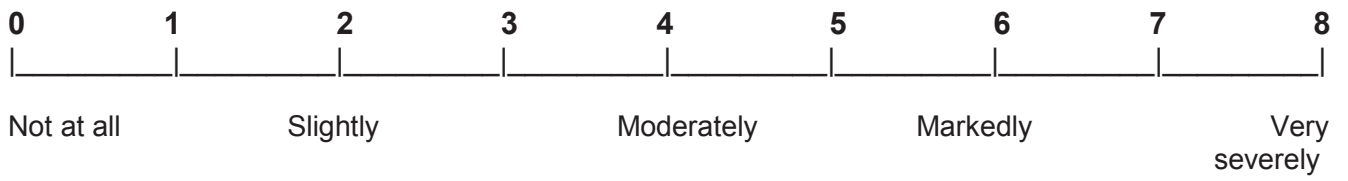
7) **If you have a partner**, how much does your feature(s) **currently** have an effect on your relationship with an existing partner? **If you do not have a partner**, how much does it have an effect on dating or developing a relationship?



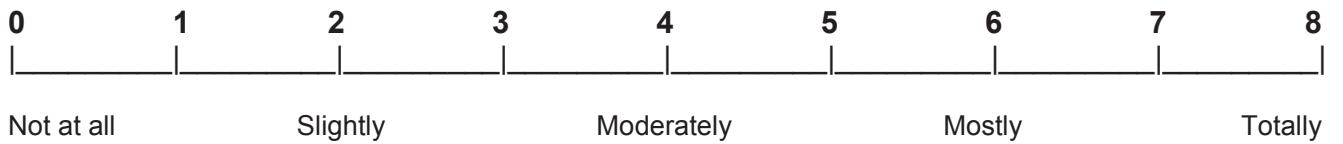
8) How much does your feature(s) currently interfere with your ability to work or study, or your role as a homemaker? (Please rate this even if you are not working or studying: we are interested in your ability to work or study.)



9) How much does your feature(s) currently interfere with your social life?



10) How much do you feel your appearance is the most important aspect of who you are?



'copyright D.Veale 2009'