




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mémoire

Psychopathologie et prise en charge cognitivo-comportementale du trouble dysmorphophobique : revue de littérature

Cognitive-Behavioral psychopathology and treatment of body dysmorphic disorder: A review

S. Cheval ^{a,*}, J.-D. Guelfi ^b

^a 23, rue de Saussure, 75017 Paris, France

^b Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), centre hospitalier Sainte-Anne, université Paris V René-Descartes, 100, rue de la Santé, 75674 Paris cedex 14, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Reçu le 24 novembre 2010
 Accepté le 22 janvier 2011

Mots clés :
 Approche Cognitivo-Comportementale
 Trouble dysmorphophobique

Keywords:
 Body Dysmorphic Disorder
 Cognitive-Behavioral approach

R É S U M É

Malgré sa prévalence et son retentissement psychosocial, le trouble dysmorphophobique demeure encore méconnu des cliniciens. À travers une revue de littérature, cet article rappelle les données épidémiologiques et la symptomatologie de cette pathologie. Il aborde ensuite les interrogations qu'elle soulève en termes de classification diagnostique, ainsi que les hypothèses étiopathogéniques qui lui sont associées, en termes de facteurs de risque et de corrélats neurobiologiques. En se focalisant sur le paradigme cognitivo-comportemental, cette revue décrit également les modèles psychopathologiques du trouble, les outils dédiés à son évaluation, ainsi que les modalités et l'efficacité de sa prise en charge pharmacologique et psychothérapique.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

A B S T R A C T

Objective. – Patients with Body Dysmorphic Disorder suffer from an excessive preoccupation with a presumed or minimal flaw in the appearance of at least one part of their body. This disorder is underrecognised and misdiagnosed in clinical settings, even though it is relatively common: Recognition and appropriate treatment are needed, as Body Dysmorphic Disorder is associated with clinically significant distress, impairment, disability, as well as high suicidality.

Methods. – Based on recent international publications, this review summarizes the current state of knowledge about the understanding and treatment of Body Dysmorphic Disorder, in a Cognitive-Behavioral perspective.

Results. – The epidemiological data and clinical traits of Body Dysmorphic Disorder are first reviewed. It is estimated that up to 13% of the general population and psychiatric inpatients, and up to 42% of psychiatric outpatients suffer from this affection. Although these subjects appear normal looking to others, they are preoccupied with distressing and time-consuming thoughts regarding their physical appearance. Their concerns can focus on one or several body areas: These beliefs are obsessional, usually delusional or characterized by poor insight, and occur on average three to eight hours per day. These patients also perform compulsive behaviors, aimed at checking, fixing, hiding or being reassured about the perceived defects. This article then describes the current issues linked to the classification of Body Dysmorphic Disorder: What distinguishes this affection from other disorders, in particular, Obsessive-Compulsive Disorder? Although both disorders have a lot in common, the Body Dysmorphic Disorder shows some specific features: For instance, dysmorphic beliefs are egosyntonic, strongly associated with social phobic concerns, and may lead to aggressive behaviors. Nosographic debates also tend to the conclusion that delusional and non-delusional forms of the disorder should be considered as one single affection in future classifications. The risk factors and neurobiological correlates associated with Body Dysmorphic Disorder are also discussed. Although additional research is needed on the latter, it appears that Body Dysmorphic Disorder subjects show perceptive distortions: In particular, they focus more on details than controls. Cognitive-Behavioral psychopathological models are then presented: They view

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cheval.sophie@gmail.com (S. Cheval).

the Body Dysmorphic Disorder as a bio-psycho-social disorder, and describe the factors possibly involved in its pathogenesis and development. This article also reviews the main psychometric scales used to detect and assess this disorder, as well as the specificities of Cognitive-Behavioral Therapy applied to Body Dysmorphic Disorder. Finally, the findings to date regarding the effectiveness of pharmacotherapy and Cognitive-Behavioral psychotherapy of Body Dysmorphic Disorder are considered. The prescription of serotonin reuptake inhibitors antidepressants seems effective in the treatment of this affection, but further investigation is needed and currently under development. Cognitive-Behavioral psychotherapy also shows positive results, although the respective impact of cognitive and behavioral factors is warranted. Beside from the replication of current results on larger samples, additional research is also required regarding the efficacy of combining pharmacotherapy and psychotherapy: Future research should assess the value of third generation therapy (such as mindfulness, for example) as well.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

Malgré sa fréquence et son caractère invalidant, le trouble dysmorphophobique demeure insuffisamment reconnu par les praticiens, qui le diagnostiquent et l'étudient peu [23]. Or, le contexte sociétal actuel accordant une place grandissante à l'apparence physique laisse présager une prévalence croissante de cette pathologie [9].

Le DSM-IV décrit cette pathologie sous l'appellation « Peur d'une dysmorphie corporelle ».

Bien que certains auteurs aient mis en avant les subtilités sémantiques soulevées par la traduction française du terme de *Body Dysmorphic Disorder* [11], nous utiliserons ici indifféremment le terme anglo-saxon, ainsi que son acronyme (BDD), aussi bien que l'ensemble des termes français proposés pour le désigner (trouble dysmorphophobique, dysmorphophobie, peur d'une dysmorphie, dysmorphesthésie).

1. Description du trouble dysmorphophobique

1.1. Traits cliniques, critères diagnostiques et nosographie

1.1.1. Caractéristiques cliniques du trouble dysmorphophobique

1.1.1.1. Épidémiologie du BDD. Les sujets BDD étant peu enclins à faire état de leurs difficultés, de par la honte que leur inspirent leurs symptômes, il est difficile d'évaluer la prévalence de ce trouble [6,23].

Celle-ci est estimée entre 2 et 13 % dans la population générale ; entre 4 et 13 % chez les patients hospitalisés en psychiatrie ; et entre 8 et 42 % parmi les patients suivis en ambulatoire. Elle est en outre évaluée à 12 % dans les consultations en dermatologie [33].

Le ratio par sexe du BDD évolue, selon les publications, entre une proportion équivalente pour les deux sexes et une prédominance féminine (trois femmes pour deux hommes) : ses traits cliniques présentent plus de similarités que de différences entre les sexes [26].

Sur l'axe I, les principales comorbidités « vie entière » sont le trouble dépressif majeur (75 à 82 %, selon les études), la phobie sociale (36 à 38 %), l'abus de substances (30 à 36 %), et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC, 30 à 35 %) [15].

Sur l'axe II, 53 à 87 % des patients BDD présentent au moins un trouble de la personnalité ; 48 à 57 % au moins deux ; et 26 % au moins trois, avec une prédominance des personnalités du groupe C (évitante, obsessionnelle-compulsive), puis du groupe B (limite, narcissique), et enfin du groupe A (paranoïaque) [2,5].

Le BDD s'accompagne en outre d'idées suicidaires dans 80 % des cas, avec une ou plusieurs tentatives de suicide chez 24 à 28 % des patients.

Zéro virgule trente-cinq pour cent des patients BDD décèdent par suicide, soit 45 fois plus que la population générale aux États-Unis [22].

L'incidence du trouble sur le fonctionnement global est par ailleurs significative : les patients BDD évitent les interactions avec autrui, au point que leur vie affective et sociale en est sévèrement affectée [10].

L'absence d'emploi (38 %) est comparable dans le BDD, dans le trouble dépressif et dans le TOC, et les patients BDD reçoivent plus fréquemment une pension d'invalidité (23 %) que les sujets paniqueurs ou obsessionnels.

Quatre-vingt-dix pour cent des sujets BDD rapportent une absence de rémission supérieure à un mois depuis le début du trouble : le retentissement du BDD sur la qualité de vie est ainsi comparable à celui d'autres pathologies chroniques majeures, psychiatriques ou somatiques.

Enfin, la colère des patients BDD vis-à-vis de leur « difformité » peut les conduire à se montrer agressifs envers autrui. Les études font état de poursuites en justice, d'agressions physiques et de meurtres perpétrés à l'encontre de médecins ayant prescrit un traitement esthétique [8]. L'inefficacité au long cours de ces traitements sur les préoccupations morphologiques [39], couplée au risque encouru par les praticiens, fait du BDD une contre-indication pour ces interventions [37,39].

1.1.1.2. Symptomatologie du BDD. Le trouble dysmorphophobique débute le plus souvent à l'adolescence. Les sujets (adolescents ou adultes [27]) sont préoccupés par leur apparence physique qu'ils perçoivent comme porteuse d'un ou plusieurs défauts les conduisant à se juger comme « laids », « anormaux », « défigurés » ou « difformes », alors même que ces évaluations entrent en contradiction manifeste avec la réalité [23]. Ces défauts obsédants concernent une ou plusieurs parties du corps ou du visage, simultanément ou successivement.

Leurs préoccupations morphologiques envahissent les patients trois à huit heures par jour en moyenne, et sont difficiles à contrôler : elles sont une source de souffrances, par l'anxiété, l'humeur dépressive, la faible estime de soi, l'autodépréciation et la honte qu'elles induisent [23].

Elles s'accompagnent de stratégies comportementales chronophages et répétitives : vérification dans le miroir, camouflage (chapeau, maquillage, lunettes de soleil), soins (coiffage, épilation, UV, nettoyage de peau), comparaison à autrui, recherche de réassurance verbale, adoption de certaines positions (afin d'exposer le moins possible le défaut à la vue des autres), etc.

La conscience du trouble est extrêmement variable : entre les patients, et chez un même patient, l'insight fluctue entre la lucidité et la croyance délirante.

Vingt-sept à trente-neuf pour cent des sujets BDD sont convaincus que leur perception de leur apparence est conforme à la réalité, et ont des idées de référence : ils sont persuadés que les autres les fixent du regard de manière négative et se moquent d'eux, en raison de leur défaut [23].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/313505>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/313505>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)