

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Contexte théorique	4
Peur d'une dysmorphie corporelle : portrait du trouble	5
Définition	5
Séméiologie.....	7
Épidémiologie	9
Comorbidité et diagnostic différentiel	10
Étiologie.....	11
Études réalisées sur l'évaluation et la compréhension de la PDC	14
Pertinence de l'essai et question de recherche	21
Méthode.....	23
Participants.....	24
Instruments de mesure	25
<i>Entrevue clinique structurée</i>	25
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID)</i>	26
Définition	26
Qualités psychométriques de la <i>SCID</i>	26
<i>Rorschach</i>	26

Définition	26
Approche quantitative : la méthode d'Exner	28
Approche qualitative : la méthode de l'École française de Paris.....	31
Qualités psychométriques du <i>Rorschach</i>	32
Déroutement.....	33
Résultats	34
Analyse des données	35
Résultats à la <i>SCID</i>	35
Analyse quantitative au <i>Rorschach</i>	35
Analyse qualitative au <i>Rorschach</i>	37
Discussion	38
Interprétation des résultats au <i>Rorschach</i>	39
Description du fonctionnement psychologique de la participante 1	39
Description du fonctionnement psychologique de la participante 2	42
Éléments communs pour les deux participantes et liens avec la littérature	45
Différences entre les deux participantes	50
Limites et forces de l'étude.....	52
Pistes pour des études futures	53
Conclusion	55
Références	58
Appendice A. Critères diagnostiques du trouble peur d'une dysmorphie corporelle dans le DSM-5 (APA, 2013).....	67
Appendice B. Entrevue clinique structurée.....	69

Liste des tableaux

Tableau

1 Ensembles de l'approche quantitative retenus pour l'essai.....	30
2 Indices de l'approche qualitative retenus pour l'essai.....	32
3 Résultats quantitatifs des participantes.....	36
4 Résultats qualitatifs des participantes.....	37
5 Principaux éléments du fonctionnement psychologique des deux participantes	46

Remerciements

J'aimerais, tout d'abord, remercier très chaleureusement ma directrice d'essai doctoral, Madame Julie Lefebvre. Sa profonde gentillesse, son écoute, ses conseils et sa capacité à me (re)motiver (lors de moments de découragements et/ou de doute), ont été d'une aide très précieuse durant mon doctorat. Je n'aurais certainement pas pu mener ce projet à terme sans elle et son soutien.

Je souhaite, aussi, remercier Monsieur Jean-Pierre Gagnier, évaluateur et membre de mon comité doctoral. Merci de bien avoir voulu prendre part à ce comité, cela signifie beaucoup pour moi.

Je remercie, en outre, chaleureusement ma famille, plus spécialement mes parents, Colette et Șerban, et ma sœur, Mélody, pour leur soutien continu (et essentiel) et leurs nombreux conseils. Merci à mes parents de m'avoir transmis leur passion pour la psychologie. Je remercie, aussi, mes grands-parents, Suzanne et Paul, avec qui j'aurais tant aimé pouvoir partager ce grand accomplissement.

Je tenais également à remercier les amis qui m'ont soutenue et parfois conseillée, tout au long de ce processus, Julie, Maude, Élodie, Julie, Mathieu et Rachel.

Enfin, il va de soi que je souhaite exprimer ma gratitude aux deux personnes qui ont accepté de participer à cette étude.

Introduction

La peur d'une dysmorphie corporelle (PDC) est un sujet peu connu, et encore moins au Québec. Ce trouble est marqué par la préoccupation excessive pour un défaut imaginaire ou exagéré concernant une partie du corps et qui altère considérablement le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (Silver, Reavey, & Fineberg, 2010). Peu de professionnels semblent s'y intéresser et très peu de recherches y sont consacrées. En outre, les tests qui permettent d'évaluer la PDC sont rares, d'autant plus, en langue française. Puisque tel est le cas, la question était de savoir comment amener les professionnels du domaine psychosocial à être sensibles à cette problématique, à être attentifs à l'éventuelle présence d'éléments de PDC chez leurs clients et ce, malgré le fait que ces derniers tendent à cacher cette problématique, même lors de l'administration de tests psychométriques. En réfléchissant à cette question, l'idée de privilégier l'utilisation d'un test projectif a pris forme et est devenu le point de départ de cette étude exploratoire, d'autant plus que très peu de recherches portent sur le lien entre test projectif et image corporelle; et qu'un seul écrit semble exister sur ce sujet, datant de plus de 30 ans (Péruchon, Destruhaut & Léger, 1981)

Cette étude vise à évaluer le fonctionnement psychologique d'individus atteints de PDC à l'aide du projectif, en l'occurrence du *Rorschach*, afin de mieux comprendre la peur d'une dysmorphie corporelle. Plus précisément, cette recherche a pour objectif de déterminer si les gens atteints du trouble PDC pourraient avoir tendance à obtenir des résultats particuliers à des indices ciblés du *Rorschach*.

L'essai est divisé en quatre principales sections. La première partie présente le contexte théorique dans lequel s'inscrit cet essai. Dans la seconde partie, la méthode utilisée afin d'explorer les questions de cette recherche, est exposée. La troisième partie porte, ensuite, sur les résultats obtenus lors de cette recherche. Enfin, une quatrième et dernière partie est utilisée afin d'amener une discussion sur l'interprétation des résultats susmentionnés, de poser un regard critique (forces et limites) sur cette recherche, ainsi que de proposer d'éventuelles pistes de recherches en lien avec la PDC.

Contexte théorique

La présente section vise à exposer l'état actuel des connaissances au niveau de la recherche sur le trouble peur d'une dysmorphie corporelle. En premier lieu, la PDC est définie, puis les études réalisées sur et/ou en lien avec le trouble sont présentées. Enfin, la pertinence de l'essai est démontrée et les questions de recherche, exposées.

Peur d'une dysmorphie corporelle : portrait du trouble

Cette partie vise à faire un état actuel des connaissances sur la peur d'une dysmorphie corporelle. Plus spécifiquement, la définition, la séméiologie, l'épidémiologie, la comorbidité, le diagnostic différentiel et l'étiologie sont successivement présentées.

Définition

La peur d'une dysmorphie corporelle (PDC) fait partie des troubles somatoformes, faisant eux-mêmes partie de l'Axe I du DSM, c'est-à-dire des troubles qui se manifestent par la « présence de symptômes physiques » faisant penser à une « affection médicale générale, mais qui ne peuvent s'expliquer complètement ni par une affection médicale générale, ni par un autre trouble mental » (American Psychiatric Association, 2004, p. 523; Cororve, & Gleaves, 2001; Phillips, 2009; Veale, & Neziroglu, 2008). La PDC se manifeste par une préoccupation par rapport à un défaut physique imaginaire ou bien exagéré (Didie, Kelly, & Phillips, 2010; Dyl, Kittler, Phillips, & Hunt, 2006; Greenberg, & Wilhelm, 2010; Phillips 2009; Veale, & Neziroglu, 2008). En 1891, Morselli (cité dans Phillips, 1991) décrit la PDC comme étant un sentiment subjectif de laideur malgré une apparence extérieure normale.

Appelée à l'origine la dysmorphophobie, la PDC était seulement brièvement mentionnée dans le DSM-III (sans que les critères diagnostiques ne soient évoqués). Ce n'est que dans le DSM-III-R que la dysmorphophobie a été réellement ajoutée (critères compris), mais cette fois, sous l'appellation « peur d'une dysmorphie corporelle », afin d'éviter toute confusion avec les « phobies » des troubles anxieux (Carroll, Scahill, & Phillips, 2002; Veale, & Neziroglu, 2008).

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2004), trois critères doivent être présents pour que l'on puisse parler du trouble PDC. Tout d'abord, on doit observer une préoccupation pour un défaut physique imaginaire ou, si un léger défaut existe, une préoccupation exagérée. La préoccupation doit, aussi, engendrer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement (social, professionnel ou autres domaines importants). Enfin, la préoccupation observée ne doit pas pouvoir être expliquée par un autre trouble mental¹. La section suivante présente les éléments sémiologiques associés à ces trois critères.

¹ Au moment de terminer cet essai, certains changements quant à la classification de la PDC sont survenus avec la parution du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Désormais, la PDC ne fait plus partie des troubles somatoformes, mais des troubles obsessionnels-compulsifs. En outre, les critères diagnostiques ont été modifiés, passant de trois à quatre (voir l'appendice A, pour les critères en anglais et leur traduction libre). Le critère qui a été ajouté dans le DSM-5 est le deuxième (comportements répétitifs et actes mentaux). Il fait référence à l'aspect obsessionnel-compulsif de la sémiologie du trouble et explique le déplacement de la PDC dans les troubles obsessionnels-compulsifs. Ce changement apparaît pertinent compte tenu du fait que les écrits scientifiques sur la PDC soulignent depuis longtemps l'importance des comportements compulsifs et des pensées récurrentes des personnes présentant ce trouble. Phillips et Feusner (2010), Phillips, Wilhelm, Koran, Didie, Fallon, Feusner, & Stein, (2010) et Silver et al., (2010) recommandaient même que la PDC soit déplacée des troubles somatoformes aux troubles obsessionnels-compulsifs, avant la parution du DSM-5.

Séméiologie

La PDC se manifeste généralement durant l'adolescence (Marquesa, LeBlanca, Weingardena, Greenberga, Traegera, Keshaviaha, & Wilhelma, 2011; Phillips, 2009). Comme il a été mentionné précédemment, les gens atteints de PDC sont obsédés par une partie de leur anatomie qu'ils considèrent comme étant imparfaite et voyante. Les plaintes sont le plus souvent en lien avec le visage et/ou la tête des patients mais peuvent aussi concerner toutes les parties du corps, voire plusieurs à la fois. Ces plaintes sont généralement assez précises, mais il arrive qu'elles soient floues (la personne atteinte peut, en effet, affirmer qu'elle se trouve laide « en général »; APA, 2004; Greenberg, & Wilhelm, 2010). Il est très fréquent d'observer des préoccupations par rapport aux imperfections du visage et de la tête à cause, par exemple, d'acné, de rides, de cicatrices, d'asymétrie faciale ou de pilosité excessive. Les patients peuvent aussi être préoccupés par la forme et la dimension de certaines parties de leur corps, comme le nez, les yeux, la bouche, les dents, la peau, les organes génitaux, les cheveux, etc. (Carroll et al., 2002; Durand, & Barlow, 2002).

Les personnes atteintes de la PDC peuvent être gênées par leur défaut au point d'aller jusqu'à hypothéquer leur vie sociale ou professionnelle, en évitant les situations où elles sont en contact avec autrui, telles que l'école, le travail et les relations sexuelles. Il est clair que les personnes atteintes de ce trouble ressentent une souffrance importante (Carroll et al., 2002; Castle, & Rossell, 2006; Didie, Menard, Stern, & Phillips, 2008; Marquesa, et al., 2011; Silver et al., 2010).

Généralement, les préoccupations qu'ont les personnes atteintes de ce trouble sont difficiles à contrôler et il est rare qu'elles essaient de ne pas y penser. Les individus peuvent passer des heures à observer leur défaut, ils peuvent s'observer dans un miroir (ou toute autre surface réfléchissante), utiliser des loupes ou des éclairages spéciaux, se livrer à des soins du corps particuliers et essayer de camoufler leur défaut, afin de tenter de réduire l'anxiété associée aux préoccupations, ce qui ne fait, en réalité, qu'augmenter leurs préoccupations et l'anxiété qui y est liée. D'autres, au contraire, peuvent éviter les miroirs afin de ne pas être confrontés à leur défaut. Il est, toutefois, possible de voir des individus alterner les périodes où ils s'observent en permanence et celles où ils évitent complètement de le faire (APA, 2004). De nombreuses personnes atteintes recourent à la chirurgie esthétique afin de faire disparaître ou de modifier les défauts par lesquels elles sont tant préoccupées (Carroll et al., 2002 ; Castle, Phillips, & Dufresne, 2004; Cororve, & Gleaves, 2001; Phillips, 2009; Sarwer, & Crerand, 2008). Ces opérations n'ont généralement pas l'effet escompté, puisque les préoccupations subsistent ou se « déplacent » sur une autre partie du corps après l'opération (Carroll et al., 2002).

Certaines personnes atteintes de la PDC demandent parfois qu'on les rassure à propos de la partie de leur corps qui les dérange, ou peuvent, encore, comparer cette même partie de leur corps avec celle d'autrui, mais cela n'a que peu d'effet, voire pas du tout, sur leur préoccupation (APA, 2004). Les patients atteints de PDC pensent généralement que tout le monde voit leur défaut et en parle (ou se moque). Cette pensée ne fait souvent que renforcer la gêne ressentie et favoriser davantage leur exclusion sociale. Les individus évitent de se placer dans des situations où la partie de leur

anatomie, qui est la source de leurs préoccupations, pourrait être observée et attirer l'attention des autres. Le fait d'ainsi surveiller et éviter les situations pouvant mettre en évidence leurs défauts peut être une source de soulagement sur le moment, mais augmente le sentiment d'anxiété à plus long terme (Rosen, & Reiter, 1996). Il arrive même, lorsque les préoccupations prennent trop de place dans la vie d'une personne, que celle-ci ait des idéations suicidaires, voire, passe à l'acte (APA, 2004; Carroll et al., 2002; Didie et al., 2010; Dyl et al., 2006).

Épidémiologie

Il est difficile d'établir clairement la prévalence du trouble PDC, car les individus atteints consultent rarement pour le trouble et restent le plus souvent secrets sur leurs symptômes. Il pourrait, donc, y avoir beaucoup plus de gens atteints que l'on pense (Veale, & Neziroglu, 2008). D'après les études, la prévalence de la peur d'une dysmorphie corporelle doit se situer entre 0,7 % et 2,4 %, mais pourrait aller jusqu'à 22 % (Buhlmann, Glaesmer, Mewes, Fama, Wilhelm, Brähler, & Rief, 2010; Carroll et al., 2002; Dyl et al., 2006; Greenberg, & Wilhelm, 2010; Koran, Abujaoude, Large, & Serpe, 2008; Marquesa, et al., 2011; Phillips, Menard, & Fay, 2006; Phillips, Menard, Fay, & Weisberg, 2005). Même si, la PDC se développe généralement à l'adolescence (Phillips, 2009; Veale, & Neziroglu, 2008), les gens atteints révèlent rarement leur trouble avant quelques années (voire jamais). En outre, il est aisé de confondre le trouble avec les préoccupations « bénignes » qu'ont généralement les gens concernant leur apparence. Il est difficile de précisément déterminer l'existence du trouble dans une société où les soins cosmétiques sont courants (APA, 2004) et où on ne cherche pas

forcément à savoir ce qui les motive (Cororve, & Gleaves, 2001; Neziroglu, Stevens, McKay, & Yaryura-Tobias, 1997; Phillips, 2009; Veale, & Neziroglu, 2008).

En ce qui concerne le sex-ratio pour la PDC, tout comme pour la prévalence, les écrits ne parviennent pas réellement à démontrer qu'il y ait plus de femmes ou d'hommes atteints (Carroll et al., 2002; Phillips, 2009; Veale, & Neziroglu, 2008). En fait, pour Phillips et al. (2006), le trouble se manifestera de façon différente chez les femmes (préoccupations souvent plus en lien par rapport à leur peau, leur ventre, leur poids, leur poitrine, par exemple) et chez les hommes (leurs organes génitaux, leur musculature, leur chevelure, par exemple). Greenberg et Wilhelm (2010) avancent, tout de même, l'idée que le trouble sera légèrement plus présent chez les femmes que chez les hommes.

Comorbidité et diagnostic différentiel

Il est très fréquent que les personnes atteintes du trouble PDC présentent aussi d'autres troubles de l'Axe I. Il s'agit, en majorité, de la dépression majeure, de la phobie sociale, de l'anxiété, des troubles liés à une substance (alcool ou drogue), du trouble obsessionnel-compulsif, des troubles alimentaires (anorexie ou boulimie) et du trouble délirant. Il arrive aussi que ces personnes développent un trouble de la personnalité de l'Axe II, le plus souvent le trouble de la personnalité évitante (APA, 2004; Carroll et al., 2002; Dyl et al., 2006; Gunstad, & Phillips, 2003; Marquesa, et al., 2011; Phillips, 2009; Phillips, & Diaz, 1997; Silver et al., 2010).

Il y a quelques troubles dont les symptômes ressemblent à ceux de la PDC. Ces troubles sont, pour la plupart, des troubles comorbides de la PDC. De plus, le trouble de l'identité sexuelle et le trouble du Koro peuvent, aussi, ressembler à la PDC mais doivent en être distingués (APA, 2004; Carroll et al., 2002). En effet, le trouble de l'identité sexuelle renvoie à un « sentiment permanent d'inconfort et d'inadéquation quant à ses caractéristiques sexuelles primaires » (c'est-à-dire, les organes reproducteurs, Langis, & Germain, 2009) et le trouble du Koro, à « la crainte que le pénis rapetisse, disparaisse à l'intérieur de l'abdomen, et que mort s'en suive » (respectivement, p. 550 et p. 551, APA, 2004). Tandis qu'un individu atteint de PDC aurait plutôt tendance à être préoccupé par l'apparence irrégulière (ou imparfaite, selon lui) de ses organes génitaux, par exemple.

Étiologie

Selon les publications, la PDC apparaît à l'adolescence parce que les adolescents sont plus enclins à ressentir une certaine anxiété face aux imperfections renvoyées par le miroir et par la comparaison qu'ils établissent avec les pairs (Cororve, & Gleaves, 2001). L'adolescence étant, en effet, la période où leur corps se modifie constamment en lien avec la puberté (Langis, & Germain, 2009).

D'après Cororve et Gleaves (2001), il y a différents types de causes pour le trouble PDC : les facteurs psychologiques, les facteurs environnementaux (familiaux, socioculturels) et les facteurs biologiques. Les facteurs psychologiques peuvent être divisés en deux parties distinctes. Il s'agit de l'explication de type psychanalytique,

c'est-à-dire du déplacement inconscient d'un conflit, et de l'explication cognitive, soit celle des schémas de pensées erronés et des distorsions cognitives en lien avec l'apparence physique (Biby, 1998; Phillips, 1991; Oosthuizen, & Castle, 1998; Rosen, Reiter, & Orosan, 1995).

Les facteurs environnementaux (familiaux et socio-culturels) jouent, aussi, un grand rôle dans le développement du trouble PDC. Une enfance passée dans une famille peu harmonieuse constitue une expérience peu favorable au bon développement d'un enfant, qui peut en venir à développer des sentiments d'insécurité et de rejet ainsi qu'une pauvre estime de lui-même (Phillips, 1991). Rosen et al. (1995) affirment que les gens ayant été victimes d'abus sexuel, de harcèlement sexuel, d'échecs en public (sportif et/ou en danse), de blessures ou de maladies, peuvent être à risque de développer le trouble. Il faut, aussi, évoquer l'impact de la culture médiatique sur le développement de la PDC chez les adolescents. En effet, les images corporelles idéalisées auxquelles ils sont confrontés, par le biais des médias (télévision, Internet, réseaux sociaux, etc.) peuvent entraver la « construction » saine de leur image corporelle (Réseau Éducation-Médias et Société canadienne de pédiatrie, 2003). De plus, ce trouble est probablement amené à se développer étant donné la multiplication des critères de beauté (inatteignables) imposés par la société et les médias. Enfin, il est important de considérer l'influence que le contexte culturel peut avoir autant au niveau du diagnostic, posé en fonction des attentes de la culture, que sur les modalités d'expression du trouble (Simpson, 1980).

Au niveau des facteurs biologiques, plusieurs études soulignent le rôle joué par les lobes pariétal et temporal dans le développement du trouble (Biby, 1998; Carey, Seedat, Warwick, van-Heerden, & Stein, 2004). En effet, lors de scanners passés à des individus souffrant de PDC, les chercheurs ont remarqué que les lobes pariétal et temporal semblaient être impliqués dans les perceptions altérées qu'avaient les personnes d'elles-mêmes (et qui correspondent au trouble). Dans le même sens, Atmaca et al. (2010) présentent une étude dans laquelle des imageries par résonance magnétique (IRM) passées à deux groupes différents d'individus (un groupe de participants atteints de PDC et un groupe contrôle) ont révélé une différence significative entre la taille des cortex orbito-frontal et cortex cingulaire antérieur (plus petits chez les individus atteints de PDC que pour le groupe contrôle), de la matière blanche (plus volumineuse pour les individus atteints de PDC) et du volume thalamique (plus élevé chez les personnes atteintes de PDC). Carroll et al. (2002) et Cororve et Gleaves (2001) présentent, en outre, plusieurs études expliquant, en partie (???), le trouble par une défaillance hormonale au niveau de la régulation de la sérotonine. Ils expliquent leur affirmation par le fait que des individus réagissent positivement à la prise d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. En somme, les publications disponibles montrent que l'on en sait encore peu sur l'étiologie multi-factorielle de ce trouble.

Avant de pousser davantage la compréhension du trouble et de ses manifestations, il semble toutefois primordial de bien le diagnostiquer. L'évaluation de la PDC est, donc, présentée dans la section suivante.

Études réalisées sur l'évaluation et la compréhension de la PDC

L'évaluation de la PDC tend, généralement, à se faire de deux façons : à l'aide de questionnaires auto-rapportés ou administrés par un clinicien, ainsi que par l'entremise d'entrevues cliniques semi-structurées (Cororve, & Gleaves, 2001; Phillips, 2012; Phillips, & Feusner, 2010; Veale, & Neziroglu, 2008). En ce qui concerne les questionnaires, Phillips (2012) mentionne le *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)*; Phillips, Atala, & Pope, 1995) et le *Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ)*; Cash, Phillips, Santos, & Hrabosky, 2004), deux questionnaires auto-rapportés. Le premier cible les symptômes de la PDC en se basant sur les critères diagnostiques du DSM. Le second instrument est une version légèrement modifié du premier (Dyl et al., 2006). Pour ce qui est des entrevues cliniques semi-structurées, administrées par des cliniciens, Phillips (2012) présente la *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*, Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1989), la *BDD Diagnostic Module* (Phillips, 1995), la *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*; Rosen, & Reiter, 1996), la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD (YBOCS-BDD)*; Phillips et al, 1997), et la *Mini-Mental State Examination Plus* (Sheetan et al, 1998). La *SCID* comprend des questions permettant de diagnostiquer la PDC. La *BDD Diagnostic Module* ressemble au *SCID* et a, à l'origine, été développée avant que le *SCID* n'inclut une section consacrée à la PDC. La *BDDE* est construite pour diagnostiquer et évaluer l'importance de la perception négative qu'a un individu par rapport à son corps (*severity of negative body image*). La *YBOCS-BDD* est destinée à mesurer la gravité de la peur d'une dysmorphie corporelle. Au départ, cet *instrument* était destiné au trouble

obsessionnel-compulsif, mais comme beaucoup de similitudes sont observables entre les deux troubles, les chercheurs ont légèrement adapté la *YBOCS* et se sont mis à l'utiliser aussi pour la PDC. Enfin, la *Mini-Mental State Examination Plus* est très brève et permet, elle aussi, de diagnostiquer le trouble PDC.

Bien que ces questionnaires et entrevues permettent de diagnostiquer la PDC (ou tout du moins, d'émettre une hypothèse diagnostique de PDC), il ne faut pas négliger le fait que les gens atteints du trouble PDC sont généralement gênés et parlent peu de leurs symptômes (Veale, & Neziroglu, 2008). Il est, donc, logique de supposer que ces mêmes personnes seront probablement peu enclines à s'ouvrir par l'entremise d'un questionnaire d'évaluation et à partager l'ampleur de leurs symptômes et de leur souffrance. Dans le même sens, il se pourrait que ces individus ne laissent pas paraître, face au clinicien, de symptômes allant dans le sens de la PDC. L'utilisation d'un instrument projectif pourrait alors permettre d'outrepasser ces défenses. Anzieu et Chabert (2004) mentionnent, en effet, que « les tests projectifs favorisent la décharge de ce que [l'individu] refuse d'être, de ce qu'il ressent en lui comme mauvais ou comme étant ses points vulnérables » (p. 16). Pour l'instant, seuls quelques documents semblent avoir été publiés sur l'association entre la peur d'une dysmorphie corporelle (ou l'image corporelle et ses perturbations) et les tests projectifs.

Un article s'intéresse notamment à l'utilisation d'une méthode projective (le dessin et la photographie) pour tenter de mieux comprendre la PDC. En effet, Silver et al. (2010) ont réalisé une recherche avec des individus atteints de PDC, à qui ils ont

demandé d'apporter des photographies d'eux-mêmes (associées à différents moments de leur vie) et de dessiner un autoportrait. Les chercheurs ont, à l'aide de ces deux médiums, interrogé les participants sur différents événements de leur vie, les perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes et sur leurs relations interpersonnelles, dans le but de faire ressortir d'éventuels patterns ou thèmes récurrents. Les résultats obtenus, lors de ces entrevues, ont permis à Silver et al. (2010) de mettre en évidence cinq thèmes qui semblaient répétitifs chez les participants atteints de PDC (respectivement et en ordre d'importance selon ces auteurs) : 1- la perception accrue de l'autre comme étant menaçant, entraînant des relations interpersonnelles altérées; 2- la volonté d'avoir une apparence régulière et symétrique plutôt que d'être beau, en général; 3- l'idéalisation du soi, durant l'enfance; 4- l'obligation de bien paraître; et 5- le fait de se focaliser sur les détails faisant défaut plutôt que sur la « laideur ».

Il est aussi intéressant de noter que quelques études ont été réalisées sur l'image corporelle (et ses perturbations) et différents autres tests projectifs, tels que le *Somatic Inkblot Series* (SIS-I, Sguazzin, & Ferro, 1998; Khromov, 2001; SIS-II, Dubey, & Cassell, 1993; Verma, Kaur, & Bhargava, 2000), le *Draw-a-person test* (Verma et al., 2000) et le *Tree design test* (Moron, & Bruno, 1972-1973); le *Human-figure-drawing* (en lien avec l'anorexie mentale et l'image corporelle des enfants et adolescents; respectivement Strober, Goldenberg, Green, & Saxon, 1979 et Offman, & Bradley, 1992); et le *Draw-a-penis test* (en lien avec la dysmorphie de la perception de l'image du pénis ou trouble du Koro; Chowdhury, 1989). Cassell (1964) parle, en outre, d'un test projectif permettant d'analyser la conscience de l'intérieur du corps (*body interior*

awareness) et d'explorer la perception de l'individu pour les différentes épaisseurs de son image corporelle (*depth layers of his body image*). Ces études ne sont pas détaillées dans cet essai, car elles font appel à des instruments de mesure qui ne sont pas employés dans cette recherche.

Dans les écrits scientifiques concernant les méthodes projectives, plusieurs auteurs mettent en lumière l'efficacité du *Rorschach* lorsqu'il s'agit de dépister de façon valide les troubles ou distorsions en lien avec l'image corporelle (Moron, & Bruno, 1972-1973). Anzieu et Chabert (2004) et Lottenberg Semer et Yazigi (2009) font notamment référence à l'aspect symétrique des taches d'encre du *Rorschach* qui renvoie à l'image corporelle. Les planches suggèrent des formes organiques et plus particulièrement l'anatomie des vertébrés. De plus, il est question, plus précisément, des réponses « anatomie » données dans les protocoles du *Rorschach* et de l'image corporelle (Cassell, & Dubey, 2007; Ihanus, 1984; Wagner, & Williams, 1975). Anzieu et Chabert (2004) et Lottenberg Semer et Yazigi (2009) affirment, en outre, que le *Rorschach* permettrait de relever, chez des individus atteints de troubles de somatisation, un « fonctionnement psychique appauvri et limité, [d]es difficultés à [l']abstraction et [à] symboli[ser], [un] manque de résonance émotionnelle et des émotions exprimées de façon impulsive » (p. 5, traduction libre). Chabert (1983) et Rausch de Traubenberg et Sanglade (1984) ont soulevé le lien entre la dimension structurelle des taches d'encre du *Rorschach* et l'image corporelle. Boizou, Chabert et Rausch de Traubenberg (1978-1979) expliquent que le *Rorschach* permet « de tester la présence d'une image intégrée, qu'il y ait ou non des réponses portant sur le corps » (p. 271). Ils ajoutent que le

Rorschach permet à l'individu de projeter son corps « vécu » et non pas son « corps propre connu » (p. 271). Ces éléments semblent particulièrement intéressants pour la présente étude, puisque les individus atteints du trouble peur d'une dysmorphie corporelle perçoivent (et/ou exagèrent) un défaut qui est généralement invisible pour autrui. Ceci tend à indiquer que la perception/représentation qu'ils ont de l'image de leur corps serait biaisée et, donc, qu'il serait possible de relever cette perception altérée à l'aide du *Rorschach*. Quelques articles évoquent, aussi, de façon plus particulière le *Rorschach* en lien avec l'image corporelle (Arenella, 2000; Birot, 1993) ou l'image du corps (Claudon, 2003) et aussi, le *Rorschach* et l'image de soi (Marsden, Michel, & Mormont, 1999); ou la représentation de soi (Sanglade, 1983).

Dans ce sens, une étude de cas réalisée par Marin (1992) présente l'intérêt du *Rorschach* pour suivre l'évolution d'un patient, par rapport à la représentation de soi, les réponses kinesthésiques et des comportements non adaptés socialement, dans le cadre d'une thérapie d'approche psychanalytique. Rausch de Traubenberg et Sanglade (1984) mentionnent l'utilisation du *Rorschach* auprès de patients « somatiques », afin d'évaluer leur représentation de soi et la relation d'objet, concepts clés de la structure de personnalité et de sa fonction.

Ionascu (2003) présente une étude réalisée auprès de 30 jeunes femmes à l'aide du *Rorschach* et du *Body Shape Questionnaire* (BSQ). De plus, Ionascu (2003) constate que plus l'image corporelle des femmes semble perturbée, lors de l'évaluation à l'aide du BSQ, plus les difficultés au niveau de l'estime de soi, de la pensée, ainsi que les attitudes négatives envers leur propre corps, paraissent présentes au *Rorschach*.

Enfin, Melon (1975) présente une réflexion sur les publications concernant des individus « psychosomatiques ». Il explique que la « personnalité psychosomatique » inclut une intolérance à l'expérience de la douleur, une rigidité au niveau des processus de la pensée, une difficulté en ce qui concerne la représentation des souvenirs, ainsi qu'un manque de limites entre soi et autrui. Il précise que tous ces éléments semblent entraîner des difficultés au niveau de l'image de soi. Ces individus somatiques ont obtenu des réponses, au *Rorschach*, laissant entrevoir des pensées stéréotypées, des mécanismes de défenses rigides et une résistance au changement. Melon (1975) ajoute que ces réponses amènent à penser que les individus psychosomatiques semblent coupés de leur inconscient (mais pas de la réalité), ne font pas de compromis entre leurs pulsions et les demandes de leur surmoi et, enfin, n'ont pas une image de soi globale et différenciée de celles des autres.

En ce qui concerne l'association entre la PDC et le *Rorschach*, seul un article semble avoir été publié. Il s'agit de l'étude de Péruchon, Destruhaut et Léger (1981) portant sur le lien entre certains des indices du *Rorschach* et la PDC. Deux indices en lien avec les limites du corps sont, ainsi, ciblés. Il s'agit des indices « barrière » (B, qui renvoie à des limites claires, définies dans les réponses obtenues au *Rorschach*) et « pénétration » (P, se référant à des limites floues, altérées, la moyenne étant d'obtenir, pour B, environ le double de P²). Les auteurs expliquent que des personnes qui obtiennent, généralement, davantage de B (que de P) tendent à avoir un « investissement adéquat [ou un surinvestissement] de l'enveloppe corporelle » (p. 921), alors que s'ils

² (B \geq 2P).

obtiennent plus de P (que de B), ils ont habituellement une enveloppe corporelle fragile. Selon les résultats obtenus aux indices susmentionnés du *Rorschach* (B et P), deux groupes ont été formés. Le premier groupe rassemble celles ayant obtenu environ le double de B par rapport au P et le second groupe, celles n'ayant pas obtenu ce ratio pour les indices concernés. Les auteurs ont observé plus de personnes « dysmorphobiques » dans le second groupe. Ce résultat tend à démontrer que ces personnes « dysmorphobiques » auraient de la difficulté à établir des « frontières corporelles satisfaisantes ([...] bien investies mais relativement souples[...]) » (p. 921) et/ou auraient tendance à surinvestir les limites (ou frontières, empêchant, ainsi, toute « pénétration », P) et/ou, auraient tendance à développer des limites problématiques (p. 921).

En résumé, les différentes études présentées (Arenella, 2000; Birot, 1993; Cassell, & Dubey, 2007; Chabert, 1983; Claudon, 2003; Ihanus, 1984; Lottenberg Semer, & Yazigi, 2009; Marin, 1992; Marsden et al., 1999; Moron, & Bruno, 1972-1973; Péruchon et al., 1981; Rausch de Trautenberg, & Boizou, 2000; Rausch de Trautenberg, & Sanglade, 1984; Sanglade, 1983; Wagner, & Williams, 1975) semblent soutenir la pertinence de l'utilisation des méthodes projectives, plus particulièrement du *Rorschach*, lorsqu'il est question de l'image corporelle et de ses perturbations, notamment présentes dans le trouble de la peur d'une dysmorphie corporelle. Plus précisément, dans ces études, le *Rorschach* permet de mettre en évidence des difficultés au niveau : 1- de la pensée (rigidité; Ionascu, 2003; Melon, 1975); 2- relationnel (Marin, 1992; Melon, 1975; Rausch de Trautenberg et Sanglade, 1984); 3- des limites (Melon,

1975; Péruchon et al., 1981) et 4- de la représentation de soi et/ou de l'image corporelle (Ionascu, 2003; Marin, 1992; Melon, 1975; Rausch de Traubenberg et Sanglade, 1984). Le présent essai s'intéresse notamment à ces éléments.

Pertinence de l'essai et question de recherche

Tel qu'il a été mentionné précédemment, le lien entre le trouble peur d'une dysmorphie corporelle et le *Rorschach* a peu été étudié (et jamais au Québec). Pourtant, plusieurs auteurs (Arenella, 2000; Birot, 1993; Cassell, & Dubey, 2007; Chabert, 1983; Claudon, 2003; Ihanus, 1984; Lottenberg Semer, & Yazigi, 2009; Marin, 1992; Marsden et al., 1999; Moron, & Bruno, 1972-1973; Péruchon et al., 1981; Rausch de Traubenberg, & Boizou, 2000; Rausch de Traubenberg, & Sanglade, 1984; Sanglade, 1983; Wagner, & Williams, 1975) soulignent l'intérêt d'employer le *Rorschach* afin d'évaluer les personnes ayant des difficultés au niveau de leur image corporelle. Comme seulement un article semble avoir été publié, à notre connaissance, sur le lien PDC et *Rorschach* et que celui date de 1981, il apparaît intéressant de pousser la compréhension de la PDC par l'entremise du *Rorschach*, afin d'éventuellement favoriser un meilleur dépistage du trouble. En effet, les gens atteints de PDC ont peu tendance et/ou tardent à consulter et sont généralement peu enclin à parler des éléments liés à la PDC (gêne); un dépistage précoce grâce à cette méthode projective pourrait, donc, permettre de mettre en place rapidement des interventions plus adaptées.

Dans le cadre de cette étude exploratoire, plusieurs indices du *Rorschach*, pouvant être associés à la PDC, seront explorés. La présente étude vise à vérifier une

question, en particulier : Que ressortira-t-il de l'évaluation du fonctionnement psychologique des individus atteints du trouble peur de la dysmorphie corporelle, à l'aide du *Rorschach*? Plus précisément, quels éléments du *Rorschach* ressortiront au niveau de la gestion des « affects », du « traitement de l'information », des « relations interpersonnelles » (relation d'objet), de la « perception de soi » (identité) et des « limites (rapport à la réalité) », chez les personnes atteintes de PDC?

Rapport-Gratuit.com

Méthode

Cette partie présente tout d'abord les caractéristiques des participants. Les instruments de mesure employés – c'est-à-dire l'*Entrevue clinique structurée*, le *Structured Clinical Interview for DSM 4-TR* et le *Rorschach* – sont ensuite détaillés, ainsi que leurs propriétés psychométriques. Enfin, le déroulement de la recherche est exposé.

Participants

Deux participants ont été recrutés par le biais d'envois de courriels à plusieurs psychologues du Québec œuvrant dans le domaine privé (cliniques privées). Les participants devaient rencontrer les critères suivants afin d'être sélectionnés : le fait d'être un homme ou une femme; d'être âgé entre 18 et 45 ans (inclusivement); de résider au Québec; de parler le français; d'avoir reçu un diagnostic ou une hypothèse diagnostique de PDC (émis par un psychiatre et/ou un psychologue); de ne pas avoir reçu de diagnostic ou d'hypothèse diagnostique de trouble de l'Axe II et/ou d'autre trouble sévère (schizophrénie, trouble bipolaire); de ne pas présenter de retard mental. Aucun des participants recrutés n'a dû être exclu de la présente étude parce qu'il ne rencontrait pas l'un des critères d'inclusion.

Deux femmes, âgées de 28 et 34 ans et répondant aux critères diagnostiques du trouble PDC, ont ainsi été recrutées dans la région de la Mauricie. Les informations pertinentes tirées de l'anamnèse montrent que les deux participantes étaient toutes deux célibataires (sans enfant), avaient un niveau de scolarité du secondaire et du collégial et occupaient un emploi. La première participante avait des préoccupations essentiellement

en lien avec l'apparence de son nez et avait des idéations suicidaires (sans planification) en lien avec son image corporelle. Les préoccupations de la seconde participante concernaient surtout ses bras et ses jambes; de plus, elle prenait un antidépresseur depuis un an, suite à la présence de symptômes dépressifs.

Instruments de mesure

Pour cette étude, trois instruments ont été utilisés, soit l'*Entrevue clinique structurée*, la *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID)* et le *Rorschach*.

Entrevue clinique structurée

Une brève entrevue clinique structurée (voir Appendice B) a tout d'abord été effectuée auprès des participantes. Cette entrevue a été élaborée, par la doctorante, spécifiquement pour cette étude, afin de recueillir des données sociodémographiques et anamnestiques. Les données socio-démographiques avaient pour objectif de déterminer la situation actuelle de chacune des participantes (famille, études, emploi, par exemple) et les éventuels facteurs de risque ou de protection qui pourraient y être associés. Les données anamnestiques, quant à elles, devaient permettre d'enrichir la compréhension du fonctionnement psychologique des participantes (en identifiant, par exemple, les possibles éléments de comorbidité tels que la présence de diagnostics sur l'Axe I ou encore une fragilité nécessitant une référence psychosociale) et de mieux comprendre le trouble de la PDC (par exemple, antécédents familiaux renvoyant au développement du trouble chez la participante).

Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID)

Définition. La *SCID*, section PDC (Spitzer et al., 1989), a été choisie afin de permettre de confirmer le diagnostic ou l'hypothèse diagnostique de PDC. Il s'agit d'un instrument clinique standardisé permettant d'identifier les troubles sur l'axe I et II (du DSM), ainsi que leur chronologie. La section PDC permet, plus précisément, d'investiguer l'éventuelle présence de symptômes du trouble peur d'une dysmorphie corporelle.

Qualités psychométriques de la *SCID*. Plusieurs recherches ont permis de démontrer la validité et la fidélité de la *SCID*. Une étude de 1995, réalisée par Segal, Kabacoff, Hersen, Van Hasselt et Ryan, rapportait une fidélité test-rétest de .84 (kappa) pour le *SCID* lors de l'évaluation des troubles somatoformes. Côté et Hodgins (1990) rapportent, pour leur part, un alpha de Chronbach de .88 en ce qui concerne la fidélité de la *SCID*. Plusieurs auteurs mentionnent, en outre, que la *SCID* serait significativement supérieure aux entretiens cliniques, au niveau de la validité, lors d'admission ou d'entrevue d'accueil (Basco, Bostic, Davies, Rush, Witte, Hendickse, & Barnett, 2000; Fenning, Craig, Lavelle, Kovasznay, & Bromet, 1994; Kranzler, Kadden, Burleson, Babor, Apter, & Rounsaville, 1995; Kranzler, Kadden, Babor, Tennen, Rounsaville, 1996; Steiner, Tebes, Sledge, Walker, 1995).

Rorschach

Définition. Selon Hogan (2003), le *Rorschach* serait le test projectif le plus connu et le plus communément utilisé. Hermann Rorschach (1884-1922), psychiatre

suisse, joue, durant son enfance, à faire une tache d'encre sur une feuille de papier et à la plier afin d'obtenir une forme d'animal ou de chose. En 1918, il crée les dix planches du *Rorschach* en se basant sur le même principe (Anzieu, & Chabert, 2004; Baudin, 2007). Rorschach utilise la notion de système kinesthésique (perceptions visuelles stockées sous la conscience, mouvement), ainsi que celles de couleur et d'estompage (Anzieu, & Chabert, 2004; Baudin, 2007). Rorschach considère les taches d'encre comme étant un « miroir où les stimuli visuels activent les images kinesthésiques du sujet, qui sont projetées sur les taches et à leur tour perçues comme des reflets renvoyés par le miroir » (Anzieu, & Chabert, 2004, p. 53; Baudin, 2007, p.40).

Le *Rorschach* est un test projectif constitué de dix planches sur lesquelles se trouvent des taches d'encre. Les planches un, quatre, cinq, six et sept sont noires (achromatiques); les planches deux et trois sont noires et rouges; les planches huit, neuf et dix sont colorées (chromatiques; Anzieu, & Chabert, 2004; Hogan, 2003). L'une des consignes les plus utilisées, et celle qui sera utilisée dans cet essai, consiste à dire « Qu'est-ce que cela pourrait être? » (Anzieu, & Chabert, 2004; Chabert, 1997; Exner, 1995; Rausch de Traubenberg, 1997). Pour la passation, l'évaluateur tend chacune des dix planches à la personne, l'une après l'autre, en énonçant la consigne précédemment mentionnée. L'examineur note, ensuite, toutes les réponses de la personne pour chacune des planches. Suite à la passation, l'évaluateur procède à l'enquête, c'est-à-dire qu'il reprend chacune des réponses de l'individu, dans l'ordre, en lui demandant de préciser où et ce qui lui a fait voir sa réponse (Anzieu, & Chabert, 2004; Exner, 1995; Rausch de Traubenberg, 1997). Enfin, l'examineur peut procéder, si nécessaire, à

l'enquête « des limites » et/ou au « choix préférentiel³ » (Rausch de Traubenberg, 1997). Pour l'enquête « des limites », l'examineur reprend plusieurs planches en suggérant les réponses habituellement obtenues, afin de vérifier que l'individu en question est capable de voir ces réponses populaires (Exner, 1995). Cette enquête est réalisée lorsque peu de réponses « populaires » ont été fournies par l'individu. Dans le second cas, une fois le test terminé, l'examineur demande à la personne de choisir deux planches « préférées [...] ou qui lui plaisent le plus » et deux planches qui lui « déplaisent le plus » (Rausch de Traubenberg, 1997, p. 19). Ces choix peuvent fournir des informations supplémentaires quant à l'attitude défensive et/ou aux affects (Rausch de Traubenberg, 1997).

Bien qu'il existe différents systèmes de cotation et d'interprétation du *Rorschach*, ces derniers sont généralement basés sur deux approches, l'approche quantitative et l'approche qualitative. Ainsi, dans le cadre de cet essai, la méthode d'Exner (Exner, 1995; 2002) qui se base sur une approche quantitative et la méthode de l'École Française de Paris qui se base davantage sur une approche qualitative (Rausch de Traubenberg, 1997; Anzieu et Chabert, 2004; Léveillé, 2010) seront privilégiées.

Approche quantitative : la méthode d'Exner. La méthode d'Exner consiste en une approche normalisée et empirique incluant une procédure détaillée de cotation. Chaque réponse donnée pour chaque planche est, ainsi, cotée, puis, certaines sommes, pourcentages et ratios sont calculés pour les réponses cotées. Ces sommes, pourcentages et ratios sont, ensuite, comparés aux normes du test (Hogan, 2003). Une fois ces facteurs

³ Les données concernant ces aspects ne sont pas discutées dans cet essai.

analysés, il est possible de dégager plusieurs ensembles à partir des résultats obtenus, il s'agit des ensembles : contrôle, affect, idéation, médiation, traitement de l'information, relations interpersonnelles et perception de soi (Exner, 1995; 2002). Dans le cadre de cet essai, les ensembles « affect », « traitement de l'information », « relations interpersonnelles » et « perception de soi » sont retenus étant donné leurs liens avec l'expression du trouble peur d'une dysmorphie corporelle, notamment en ce qui concerne la séméiologie et l'étiologie (voir le Tableau 1, p. 28). L'ensemble « affect » renvoie, entre autres, aux émotions et à leur gestion; cet ensemble est choisi car la PDC « est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative » (APA, 2004; p. 551) ressentie par les personnes qui en sont atteintes. L'ensemble « traitement de l'information » renvoie, notamment, à la capacité d'analyse. Les personnes atteintes de PDC tendent, en effet, à avoir des distorsions cognitives, une perception biaisée de la réalité concernant leur apparence physique (APA, 2004) et une rigidité de la pensée (Ionascu, 2003; Melon, 1975). L'ensemble « relations interpersonnelles » est retenu suite aux publications de Marin (1992), Melon (1975) et Rausch de Traubenberg et Sanglade (1984) qui font état de difficultés au niveau relationnel chez les personnes présentant des traits de la PDC. Plus précisément, Péruchon et al. (1981) évoquent le besoin de maintenir une distance satisfaisante/sécurisante dans la relation moi-autrui, entraînant l'apparition de symptômes PDC. Enfin, l'ensemble « perception de soi » fait référence notamment à l'image de soi et à la conscience de soi, ce qui renvoie à la préoccupation pour l'apparence physique (ou un aspect précis du corps), élément essentiel dans les traits de la PDC (APA, 2004; Ionascu, 2003; Marin, 1992; Melon,

Tableau 1

Ensembles de l'approche quantitative retenus pour l'essai⁴

Ensemble	Indices	Définition	Norme
Affects	FC : CF+C	Contrôle en lien avec la décharge émotionnelle, modulation des affects	2 :1
	Pure C	Impulsivité (comportements éventuellement inappropriés)	0
	SumC' : WSumC	Libération des émotions, expression des affects	SumC' < WSumC
	Afr	Rapport affectif, volonté à traiter les stimuli chargés émotionnellement	Entre 0,50 et 0,95
	S	Opposition, agressivité inconsciente	0-2
	Blends : R	Complexité du fonctionnement psychique	0-1 ou 0-4%
	CP	Négation, voire déni de la réalité	0
Traitement de l'information	Zf	Effort de traitement, capacité d'analyse	6-7
	W : D : Dd	Abstraction, concret, vision atypique de la réalité	1-2 (W :D) et 0-3 (Dd)
	W : M	Attentes de l'individu en fonction des capacités de son moi	2 :1
	Zd	Capacité cognitive de faire des liens, de mettre en lien (activité de balayage)	-3,5-3,5
	PSV	Rigidité cognitive, déplacement de l'attention	0
	DQ+	Capacité d'analyse et de synthèse, qualité du traitement de l'information	5-10
	DQv	Capacité d'analyse et de synthèse, qualité du traitement de l'information	0
Relations interpersonnelles	COP	Capacité à percevoir des relations bienveillantes dans son environnement	1-2
	AG	Agressivité consciente	0-1
	GHR : PHR	Perception de ses relations interpersonnelles	GHR > PHR
	a : p	Orientation passive/active dans les relations interpersonnelles	a > p+1
	Food	Dépendance affective, besoin d'appui sur les autres	0
	SumT	Besoins affectifs primaires, proximité	1
	Human Cont	Intérêt pour les relations interpersonnelles	2-11
	Pure H	Intérêt pour les relations interpersonnelles	2-7
	PER	Contrôle, autoritarisme dans les relations interpersonnelles	0-2
Isol Indx	Isolement social	0-0,25	
Perception de soi	3r+(2)/R	Égocentrisme, estimation de la valeur personnelle	0,33-0,45
	Fr+rF	Sentiment (surévaluation) de sa valeur personnelle	0
	SumV	Autocritique (négative), conscience de soi	0
	FD	Autocritique (positive), capacité d'introspection	1
	An+Xy	Préoccupation, attention pour le corps	0-2
	MOR	Préoccupation pour l'image de soi, aspect dysphorique	0-2
	H : (H)+Hd+(Hd)	Vision réaliste de soi	3 :1

⁴ Exner, 1995; 2002; Lefebvre, 2007. Pour chaque ensemble ciblé dans le cadre de cet essai, seuls les indices principaux ont été pris en compte.

1975; Rausch de Traubenberg et Sanglade, 1984).

En effet, la PDC est un trouble qui implique que l'individu atteint soit préoccupé de façon significative par son apparence physique parce qu'il a l'impression de percevoir un défaut « imaginaire » ou qu'il l'exagère.

En outre, Rausch de Traubenberg et Boizou (2000) suggèrent que la représentation que l'individu se fait de lui-même (ou l'image qu'il a de son corps) serait liée à sa relation à l'autre et à la représentation que l'individu se fait d'autrui.

Approche qualitative : la méthode de l'École française de Paris. L'approche qualitative, quant à elle, est une méthode d'analyse reconnue qui fait appel au sens clinique de la personne qui administre le *Rorschach*. En effet, cette dernière doit effectuer des associations subjectives à partir des verbalisations (réponses) de l'individu testé (Chabert, 1997; Léveillée, 2010). Les indices analysés pour l'approche qualitative sont généralement l'identité, la sollicitation à l'examineur, la relation d'objet, les défenses, l'angoisse, le symbolisme, le conflit, le rapport à la réalité, les processus primaires et les limites (Chabert, 1997; Léveillée, 2010). Dans le cadre de cet essai, les indices « identités », « relation d'objet » et « limites » sont ceux sur lesquels l'interprétation qualitative porte (voir Tableau 2, p. 31). L'indice « identités » renvoie notamment à la représentation de soi, élément primordial du trouble PDC. L'indice « relation d'objet » (et sollicitation à l'examineur) fait écho à l'ensemble « relations interpersonnelles » de l'analyse quantitative. Cet indice s'appuie notamment sur les études de Marin (1992), de Melon (1975) et de Rausch de Traubenberg et Sanglade (1984) qui font état de difficultés relationnelles pour les personnes ayant des difficultés

Tableau 2

Indices de l'approche qualitative retenus pour l'essai⁵

Indices	Définition	Éléments analysés
Identité	Définition de l'identité de base/sexuée de l'individu	Différenciation entre sujet et objet, différence des sexes, centration sur soi (narcissisme), connaissance de l'appartenance au monde humain, représentation de soi, image de soi, image du corps, perception de soi face aux autres
Relation d'objet (et sollicitations de l'examineur)	Perception des relations interpersonnelles	Perception (représentation) d'autrui, investissement des relations, coopération, méfiance, agressivité
Limites (et rapport à la réalité)	Limites internes/externes	Différenciation, surinvestissement, absence de repère (différenciant le dedans du dehors), réponses anatomie, réponses de contamination

au niveau de l'image corporelle. Quant à l'indice « limites » (rapport à la réalité), il est utilisé suite aux publications de Melon (1975) et de Péruchon et al. (1981), puisque selon ces auteurs les individus atteints de PDC auraient de la difficulté à établir des « frontières corporelles satisfaisantes » (Péruchon et al., 1981; p. 921), et/ou tendance à surinvestir les limites. L'analyse qualitative sera utilisée en complément de l'analyse quantitative.

Qualités psychométriques du Rorschach. Plusieurs recherches ont permis de démontrer les qualités psychométriques du *Rorschach*. Une étude de Réveillère, Sultan, Andronikof et Lemmel (2008) démontre que la fidélité du Rorschach varie entre .75 et .85.

⁵ Chabert, 1997; Léveillée, 2010.

Déroulement

Un certificat d'éthique a d'abord été obtenu (CER-12-186-06.18) auprès du Comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières, le 25 mars 2013. Ensuite, plusieurs psychologues de la province du Québec ont été sollicités pour le recrutement de participants pouvant éventuellement provenir de leur clientèle. Lorsqu'un(e) psychologue mentionnait qu'un(e) de ses client(e)s pouvait satisfaire aux critères de recrutement de cette étude, un formulaire de consentement téléphonique lui était envoyé. Le(la) psychologue expliquait alors, brièvement, le projet au (à la) client(e) et obtenait son consentement afin qu'il(elle) soit contacté(e) par téléphone. Le projet de recherche était alors expliqué plus en détails à l'éventuel(le) participant(e) et un rendez-vous était pris afin de réaliser l'évaluation. Deux participantes ont, ainsi, pu être recrutées. Une seule rencontre, d'environ deux heures, a été effectuée auprès de chacune des deux participantes retenues. Lors de cette rencontre, le consentement libre et éclairé a d'abord été obtenu, avant que ne soit effectuée l'*Entrevue clinique structurée* (afin de recueillir des données sociodémographiques et anamnestiques). Le *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR* (SCID, section PDC) et le *Rorschach* ont, ensuite, été administrés à chacune des participantes.

Étant donné la particularité du trouble (PDC) et la tendance qu'ont les gens atteints à ne pas s'ouvrir facilement par rapport à leurs préoccupations, seules deux participantes ont pu être recrutées pour cette étude et ce, après plusieurs mois de recrutement.

Résultats

Cette section vise à présenter l'analyse des données et les résultats de l'étude. Les résultats obtenus à la *SCID* et aux analyses quantitative et qualitative du *Rorschach* sont exposés.

Analyse des données

Une fois les entrevues effectuées, les tests ont été corrigés, cotés et interprétés par la doctorante. Ensuite, la directrice de la doctorante a effectué les mêmes étapes, une seconde fois, afin de s'assurer de l'exactitude de la cotation et d'assurer une validité et une fidélité (inter-juge) aux différents tests administrés.

Résultats à la *SCID*

Les deux participantes ont satisfait aux critères descriptifs de la *SCID* pour la PDC. En effet, elles ont chacune une préoccupation particulière pour une (ou plusieurs) partie(s) de leur corps qui semble affecter leur vie. La participante 1 a des préoccupations en lien avec l'apparence de son nez et la participante 2 pour ses bras et ses jambes.

Analyse quantitative au *Rorschach*

Dans cette section, les résultats quantitatifs seront présentés, sous forme de tableau (voir Tableau 3), pour les deux participantes. Pour les normes et la définition de chacun des indices, il est possible de se référer au Tableau 1 (p. 28).

Tableau 3
Résultats quantitatifs des participantes

Ensemble	Indices	Participant 1	Participant 2
Affects	FC : CF+C	1 : 1	0 : 1
	Pure C	1	1
	SumC' : WSumC	1 : 2	1 : 1.5
	Afr	0,29	0,36
	S	1	1
	Blends : R	1 : 18	0 : 19
	CP	0	0
Traitement de l'information	Zf	10	13
	W : D : Dd	7 : 6 : 5	14 : 3 : 2
	W : M	7 : 1	14 : 2
	Zd	-8	-9,5
	PSV	0	0
	DQ+	1	6
	DQv	2	1
Relations interpersonnelles	COP	0	1
	AG	0	0
	GHR : PHR	5 : 1	3 : 2
	a : p	4 : 3	5 : 0
	Food	0	0
	SumT	0	0
	Human Cont	6	5
	Pure H	1	2
	PER	1	0
Isol Indx	0,06	0,16	
Perception de soi	3r+(2)/R	0,28	0,21
	Fr+rF	0	0
	SumV	0	0
	FD	1	2
	An+Xy	2	1
	MOR	0	2
	H :(H)+Hd+(Hd)	3 : 3	2 : 3

Analyse qualitative au *Rorschach*

Les résultats qualitatifs seront ici exposés sous forme de tableau, pour les deux participantes (Tableau 4, ci-dessous). Pour les normes et la définition des indices qualitatifs, il est possible de se référer au Tableau 2 (p. 31).

Tableau 4

Résultats qualitatifs des participantes

Indices	Participante 1	Participante 2
Identité de base (et sexuée)	<p>La participante 1 est capable de voir des réponses populaires et la globalité, mais présente, tout de même, quelques failles au niveau identitaire. Elle voit des humains en « relation » (très peu étoffée) ce qui est tout de même positif.</p> <p>La participante 1 peut voir une certaine forme de différenciation sexuelle, mais semble parfois avoir de la difficulté à statuer. Elle ne fait pas réellement de lien avec le phallique (toute-puissance).</p>	<p>La participante 2 est en mesure de donner des réponses populaires et des réponses en globalité. Toutefois, quelques failles au niveau identitaire sont observables. Elle voit des humains en « relation » (peu étoffée) ce qui reste tout de même positif.</p> <p>La participante 2 ne semble pas réellement faire de différenciation sexuelle. En outre, elle fait peu de liens avec le phallique (toute-puissance) et semble tentée de le diminuer.</p>
Relation d'objet (et sollicitation de l'examineur)	<p>On note la présence de méfiance et d'éléments associés à de l'agressivité. En outre, peu de coopération est présente au sein du protocole de la participante 1. Enfin, le protocole semble généralement défensif (réponses peu élaborées).</p>	<p>On note la présence de méfiance et d'éléments agressifs. Peu de coopération est présente dans ce protocole. La participante 2 semble se décourager rapidement et semble faire des demandes d'étayage (demander à être rassurée, encouragée dans son idée) à l'examineur. Enfin, les planches semblent soulever de nombreux affects durant la passation et ce, dès le début du test. Il y a présence de dévitalisation pour certaines planches.</p>
Limites (et rapport à la réalité)	<p>La participante 1 surinvestit les limites à plusieurs reprises. Elle semble, aussi, éprouver quelques difficultés avec les limites dedans /dehors. Le rapport à la réalité semble être préservé et ce, bien qu'elle semble perdre une distance avec le test à certains moments.</p>	<p>La participante 2 semble surinvestir et éprouver des difficultés avec les limites à plusieurs reprises.</p> <p>Le rapport à la réalité semble être préservé et ce, bien que quelques éléments morcelés puissent être relevés (régression archaïque) et qu'elle semble perdre une distance à certains moments.</p>

Discussion

Dans cette partie de l'essai, les résultats au *Rorschach* précédemment exposés sont interprétés en combinant l'analyse quantitative et qualitative afin de décrire le fonctionnement psychologique de chacune des participantes et ce, par rapport à la question de recherche : suivante : Que ressortira-t-il de l'évaluation du fonctionnement psychologique des individus atteints de PDC, à l'aide du *Rorschach* (plus précisément pour les éléments « affects », « traitement de l'information », « relations interpersonnelles » / relation d'objet, « perception de soi » / identité et « limites » / rapport à la réalité). Puis, les similitudes entre les deux participantes sont présentées, en lien avec le contexte théorique dans lequel s'inscrit cette étude. Ensuite, les différences entre les participantes sont soulignées. Enfin, les forces et les limites de l'étude sont abordées, avant que soient présentées les éventuelles pistes pour les futures recherches.

Interprétation des résultats au Rorschach

Description du fonctionnement psychologique de la participante 1

Au niveau des « affects », la participante 1 ne semble pas ambivalente, ni envahie par ses émotions, mais elle peut avoir tendance à être impulsive et à exprimer des émotions de façon intense (difficulté au niveau de la modulation des affects). Elle utilise l'intellectualisation comme la plupart des gens et ne fait pas de déni de la réalité. Aucun symptôme dépressif ou anxieux (lié à un élément situationnel) n'est observé chez la participante. Par contre, en s'appuyant sur d'autres indices provenant des ensembles « traitement de l'information » et « perception de soi », il est possible de constater

qu'elle s'autocritique, rumine facilement et peut éprouver un malaise ou une douleur, suite à cela.

En ce qui concerne le « traitement de l'information », la participante 1 aurait tendance à trop analyser et à trop généraliser, sans tenir compte des détails (mais sans que cela ne semble lui demander un effort trop important). Une immaturité de la pensée pourrait, cependant, amener une difficulté à analyser et à faire une synthèse des informations et ainsi, entraîner des comportements moins efficaces. Une vision atypique de la réalité semble présente. Aucune rigidité cognitive n'est, toutefois, observée. De plus, il se peut que la participante 1 ait des attentes trop élevées par rapport à ses capacités. Dans le même sens, elle semble ne pas croire en ses capacités d'analyse (compréhension des situations auxquelles elle est confrontée).

La participante 1 a tendance à se situer activement dans ses « relations interpersonnelles » et semble généralement en mesure de les percevoir de façon réaliste. Aucune colère ou agressivité, face à l'environnement, ne peut être observée (l'analyse qualitative semble tout de même suggérer quelques éléments agressifs, comme par exemple avec les termes « pincés »⁶ pour deux réponses). Toutefois, il se peut que la participante 1 ne soit pas à l'aise, soit méfiante (surtout au niveau de la proximité), et se sente incompétente dans les relations interpersonnelles. La participante 1 semble éviter les rapprochements affectifs et faire preuve de prudence et/ou de superficialité. Aussi, une restriction émotionnelle ou une défense affective marquée peut être relevée, pouvant

⁶ Les réponses sont celles données lors de la passation du *Rorschach* et proviennent du verbatim de chacune des participantes. Par mesure de confidentialité, les protocoles et verbatim ne sont pas inclus dans cet essai.

éventuellement être liée à une immaturité (ou une incompétence) relationnelle. L'analyse qualitative permet notamment de noter une tendance à être défensive lors de la passation du test (pouvant traduire une certaine méfiance vis-à-vis d'autrui). Enfin, bien qu'elle ne se sente pas isolée, la participante 1 semble ne pas s'investir beaucoup dans ses relations.

Par rapport à la « perception de soi/identité », la participante 1 ne semble pas surestimer sa valeur personnelle et aurait peut-être plutôt tendance à avoir une image négative d'elle-même, voire à se dévaloriser. Aucune préoccupation pour le corps ne peut être observée. La participante 1 paraît avoir une vision biaisée d'elle-même et son intégrité corporelle ne semble pas entièrement assumée, pouvant laisser croire à d'éventuelles failles au niveau de son identité de base (plus particulièrement avec les réponses incluant des corps qui ne sont pas entiers et/ou pour lesquels il y a des manques, notamment avec les réponses : « [l]a tête », « [u]n scarabée [...] [a]vec des trous sur le dos », par exemple). Comme l'affirment Rausch de Traubenberg et Boizou (2000, p. 80), « [d]ans le Rorschach le manque de différenciation de soi transparait à travers des réponses parcellaires ou globales mal adaptées au percept, souvent stéréotypées et se référant à un monde végétal ou animal dont les limites sont floues, ou au corps ». Chabert (1997) mentionne, aussi, que la capacité de donner une réponse entière ou banale témoigne d'une « intégration correcte de l'identité corporelle perçue comme un tout » (p. 59) et qu'à l'inverse des failles identitaires seraient représentées par des « images tronquées ou parcellaires » (p. 59). Dans le même sens, il semble parfois difficile pour cette participante de statuer au niveau de l'identité sexuée (Chabert, 1997;

comme en témoignent les éléments suivants : « une personne » et « quelqu'un ») et ce, bien qu'elle soit généralement capable de le faire (lors des réponses « femme » et « femmes »). Boizou et al. (1978-1979) expliquent, en outre, que [p]lus les images humaines et animales sont bien campées et animées, plus on approche de l'accès à une identification stable et sexuée » (p. 275).

Enfin, au niveau des « limites », la participante 1 apparaît comme ayant le besoin de les surinvestir à plusieurs reprises (notamment avec les éléments « chapeau », « bottes de cowboy » et « peau »). En outre, les limites dedans/dehors (en lien avec l'établissement de l'identité; Boizou et al. (1978-1979) semblent lui occasionner quelques difficultés, comme il est possible de le constater lors de certaines des réponses de la participante 1 (« utérus », « intérieur du corps » et « cerveau »). Pour ce qui est du rapport à la réalité, il semble préservé (puisque une réponse populaire est notamment obtenue à la planche V du *Rorschach*), même si la participante perd parfois de la distance vis-à-vis du test (comme en témoigne la réponse « c'est mon père [...] je trouve bizarre de voir la face de mon père dedans »).

Description du fonctionnement psychologique de la participante 2

En ce qui concerne les « affects », bien que les émotions ne semblent pas envahir la participante 2, il peut lui arriver d'être impulsive et d'exprimer des émotions de façon intense (difficulté au niveau de la modulation affective). Dans ce sens, les planches du test semblent soulever de nombreux affects lors de la passation, puisque la participante 2 utilise plusieurs fois le terme « Tabarouette! ». Elle peut, en outre, se montrer rigide et

tendre au clivage. Aucun symptôme dépressif ou anxieux (lié à un élément situationnel) ne peut être observé. Il en va de même pour l'agressivité face à son environnement. La participante 2 semble éviter les stimulations sociales, se restreindre émotionnellement et/ou être défensive lors de situations affectives.

Au niveau du « traitement de l'information », la participante 2 a tendance à trop analyser et trop généraliser et ce, en ne tenant pas compte des détails. Il semble que cette analyse lui demande beaucoup plus d'efforts qu'il n'est habituel (face au stimulus du test, notamment) et puisse être liée à une éventuelle immaturité de la pensée. La participante 2 apparaît comme ayant des attentes irréalistes par rapport aux capacités de son moi. Enfin, aucune rigidité cognitive ou vision atypique de la réalité ne peut être observée.

La participante 2 tend à se situer activement dans ses « relations interpersonnelles » et semble considérer ces dernières de façon réaliste (et positive). Selon l'analyse quantitative, aucune méfiance (superficialité) ou agressivité n'est observable. Toutefois, l'analyse qualitative suggère quelques éléments de méfiance et d'agressivité. Ces éléments pourraient être mis en relation avec le fait que les réponses du *Rorschach*, où il y a des relations, présentent des relations peu étoffées et où peu de coopération peut être relevée. La participante 2 ne semble, toutefois, pas se percevoir comme étant isolée ou comme ayant des difficultés relationnelles. Enfin, la participante 2 fait fréquemment des demandes d'étayage lors de la passation du test. Elle semble faire, à plusieurs reprises, des demandes à l'examineur afin d'être rassurée et/ou

encouragée dans son idée. Plusieurs réponses suggèrent, en outre, une certaine difficulté face à l'autorité (en lien avec l'identité sexuée), ce qui pourrait possiblement avoir une incidence sur les relations de la participante 2.

Par rapport à la « perception de soi/identité », la participante 2 ne paraît pas surestimer sa valeur personnelle. Elle semble, cependant, se dévaloriser et avoir une image négative d'elle-même. En effet, elle semble se décourager rapidement et facilement puisque dès le début du protocole, elle dit « C'est dur pareil », puis « À quoi ça me fait penser? À pas grand-chose... Je sais vraiment pas », « C'est quoi ça? » et notamment « Ça ressemble à quoi ça? ». Elle ne semble pas avoir de préoccupation particulière pour le corps, mais plutôt une vision biaisée d'elle-même. Dans le même sens, son identité de base présente quelques failles (qui semblent davantage marquées que chez l'autre participante; Chabert, 1997; Rausch de Traubenberg, & Boizou, 2000). En effet, elle hésite entre deux objets (« [u]ne genre de mouche [...] [u]ne libellule [...] [o]u une mouche [...] [p]lus une mouche »), formule des réponses où les corps ne sont pas entiers, ou sont écrasés/déformés (notamment « la tête d'un squelette », « un chat qui s'est fait écraser », et « leur corps déformé »). Il semble, en outre, parfois difficile pour la participante 2 de statuer au niveau de l'identité sexué (Chabert, 1997; notamment pour les réponses « deux personnes » et « deux indiens »). Un élément de dévitalisation est, en outre, observé dans ce protocole (« [u]ne face. Des yeux, une bouche, des joues. Un masque. »).

Enfin, la participante 2 apparaît comme ayant le besoin de surinvestir les « limites », à plusieurs reprises (comme lors des réponses « masque », « nœud papillon, et « un singe déguisé [...] un masque [...] camouflé »). En ce qui concerne le rapport à la réalité, il semble préservé (puisque deux réponses populaires sont obtenues à la planche V du *Rorschach*) et ce, bien que la participante fournisse quelques indices indiquant une éventuelle perte de distance face au test (« ça qui me tracasse » et « l'araignée me donne froid dans le dos [...] [j']aime pas ça »), ainsi que des éléments morcelés (« crâne, séparé en deux », « la séparation au milieu de la face »).

Les principaux résultats qui ressortent des protocoles de Rorschach, des deux participantes, pour l'analyse quantitative et qualitative, sont présentés sous forme de tableau (voir Tableau 5).

Éléments communs pour les deux participantes et liens avec la littérature

À titre de rappel, la question de recherche de la présente étude est la suivante : Que ressortira-t-il de l'évaluation du fonctionnement psychologique des individus atteints du trouble peur de la dysmorphie corporelle, à l'aide du *Rorschach*? Plus précisément, quels éléments du *Rorschach* ressortiront au niveau de la gestion des « affects », du « traitement de l'information », des « relations interpersonnelles » (relation d'objet), de la « perception de soi » (identité) et des « limites » (rapport à la réalité), chez les personnes atteintes de PDC?

Tableau 5

Principaux éléments du fonctionnement psychologique des deux participantes

Ensembles	Participante 1	Participante 2
Affects	Ne semble pas envahie par ses émotions Peut se montrer impulsive	Ne semble pas envahie par ses émotions Peut se montrer impulsive
Traitement de l'information	Relative immaturité de la pensée Attentes pouvant être plus élevées que les capacités de son moi	Relative immaturité de la pensée Attentes pouvant être plus élevées que les capacités de son moi
Relations interpersonnelles / Relation d'objet	Semble méfiante dans ses relations interpersonnelles Semble défensive Superficialité relative dans ses relations interpersonnelles (possible sentiment d'incompétence sociale)	Semble méfiante dans ses relations interpersonnelles Probable demande d'étayage (réassurance) Peut parfois faire preuve d'agressivité et de clivage
Perception de soi / Identité	Présente quelques failles identitaires Vision plutôt biaisée d'elle-même Tendance à avoir une image négative d'elle-même et à se dévaloriser Tendance à s'autocritiquer de façon positive (plus que la moyenne des gens)	Présente quelques failles identitaires Vision plutôt biaisée d'elle-même Tendance à avoir une image négative d'elle-même et à se dévaloriser
Limites / Rapport à la réalité	Semble éprouver le besoin de surinvestir les limites Possible perte de distance vis-à-vis du test	Semble éprouver le besoin de surinvestir les limites Laisse entrevoir des éléments morcelés, dévitalisés

Plusieurs similitudes sont observables au niveau des résultats obtenus par les deux participantes au *Rorschach*. En effet, toutes deux présentent des failles identitaires, une vision biaisée d'elles-mêmes, ainsi qu'une tendance à avoir une image négative

d'elles-mêmes et à se dévaloriser. Elles ne semblent pas se sentir envahies par leurs émotions, mais peuvent se montrer impulsives. Une certaine immaturité de la pensée peut être retrouvée chez les deux participantes, de même que le fait d'avoir des attentes plus élevées que les capacités de leur moi. Enfin, une méfiance au sein des relations interpersonnelles et un besoin de surinvestir les limites sont retrouvés chez les deux participantes.

Les deux participantes semblent, donc, faire face à des difficultés au niveau des ensembles et indices sélectionnés dans la question de recherche, à savoir pour les ensembles « affect », « traitement de l'information », « relations interpersonnelles » (relation d'objet), « perception de soi » (identité), et « limites » (rapport à la réalité).

Au niveau de l'affect, les résultats obtenus par les deux participantes, à savoir qu'elles peuvent avoir tendance à se montrer impulsives, pourraient être rapportés à l'étude de Melon (1975). En effet, ce dernier avance l'idée que les individus « psychosomatiques » ont une intolérance à l'expérience de la douleur. Dans ce sens, il est possible de supposer que les personnes atteintes de PDC puissent avoir de la difficulté à tolérer des affects négatifs (c'est-à-dire, la détresse) et puissent, alors, ressentir le besoin, inconscient, d'extérioriser (sous la forme d'impulsivité, ou d'acting-out). Melon (1975) mentionne, en outre, que les individus « psychosomatiques » ne font pas de compromis entre leurs pulsions et les demandes de leur surmoi.

Dans un autre ordre d'idée, concernant la perception de soi, il est relativement surprenant de constater que, bien que les deux participantes présentent des éléments de

la PDC, aucune des deux ne semble obtenir de résultat hors norme en ce qui concerne la préoccupation pour le corps, au *Rorschach*. Pourtant, tel qu'il a été précédemment mentionné, la présence d'une PDC chez un individu suppose que ce dernier soit préoccupé (voire obsédé) par une partie de son anatomie qu'il considère comme étant irrégulière/anormale (Dyl et al., 2006; Phillips 2009; Veale, & Neziroglu, 2008). Néanmoins, les deux participantes tendent tout de même à avoir une vision biaisée et négative d'elle-même, ce qui irait tout de même dans le sens des manifestations habituelles de la PDC et de l'étude de Ionascu (2003), par rapport aux distorsions de l'image corporelle des femmes. En outre, le fait, que les deux participantes aient tendance à avoir une image négative d'elles-mêmes et à se dévaloriser, supporte aussi l'étude de Ionascu (2003), supposant la présence de difficultés au niveau de l'estime de soi et d'attitudes négatives envers leur propre corps, au *Rorschach*, pour les gens ayant une image corporelle altérée.

Cette vision biaisée, l'immaturation de la pensée observée chez les deux participantes et les attentes plus élevées que les capacités de leur moi pourraient, au niveau du traitement de l'information, aller dans le sens des études de Ionascu (2003) et de Melon (1975). La première suggère effectivement que les gens ayant une image corporelle biaisée auront tendance à obtenir des réponses soulevant des difficultés au niveau de la pensée perceptuelle au *Rorschach*; et la seconde stipule que les individus « psychosomatiques » ont des pensées stéréotypées, des mécanismes de défenses rigides et une résistance au changement. Bien qu'aucune rigidité de la pensée ne soit observée chez les participantes de la présente étude, il est possible de constater une difficulté à

analyser et une immaturité de la pensée qui pourraient soutenir les propos de Melon (1975). Enfin, les éléments obtenus pour l'ensemble « traitement de l'information » chez les deux participantes pourraient être liés à l'une des étiologies de la PDC. Plusieurs auteurs (Biby, 1998; Phillips, 1991; Oosthuizen, & Castle, 1998; Rosen et al., 1995) soutiennent effectivement que les gens, atteints de PDC, ont tendance à avoir des schémas de pensées erronés et des distorsions cognitives en lien avec leur apparence physique.

Au niveau relationnel, les difficultés observées chez les deux participantes, semblent faire écho aux résultats de l'étude de Silver et al. (2010). Ces derniers avaient relevé le thème « perception accrue de l'autre comme étant menaçant, entraînant des relations interpersonnelles altérées ». Dans le même sens, le fait que les deux participantes éprouvent la nécessité de surinvestir les limites, possiblement en réaction à autrui (relations interpersonnelles) dans leurs réponses au *Rorschach*, va dans le sens de ce qu'affirmaient Péruchon et al. (1981), qui démontraient la tendance, pour les individus atteints de PDC, à surinvestir les limites (ou barrières) et/ou à éprouver des difficultés à les établir de façon adéquates. Les difficultés au niveau des relations interpersonnelles et des limites, chez les deux participantes de l'étude, rejoignent aussi les propos de Melon (1975). Ce dernier suggérant que les personnes « psychosomatiques » ont un manque de limites entre soi et autrui et, à l'inverse, n'ont pas une image de soi qui est globale et différenciée de celles des autres. Enfin, chez les deux participantes le rapport à la réalité semble préservé, confirmant ainsi les affirmations de Melon (1975) dans son étude.

Lors de la passation du *Rorschach*, les deux participantes ont eu tendance à donner des réponses majoritairement globales, et donc, à généraliser plutôt que de se concentrer sur les détails. Cependant, les individus atteints de PDC auraient généralement des plaintes plus précises et se focaliseraient sur les détails faisant défaut et non pas sur leur « laideur » (plus générale, tel que mentionné dans APA, 2004; Silver et al., 2010). Il aurait, donc, été attendu que les deux participantes fournissent des réponses précises (réponses localisées en « D » ou en « Dd ») plutôt que globales (réponses localisées en « W »), comme tel a généralement été le cas.

Tel qu'attendu, les résultats des deux participantes confirment la présence commune de difficultés pour les ensembles « affect », « perception de soi » (identité), « traitement de l'information », « relations interpersonnelles » (relation d'objet) et « limites » (rapport à la réalité), ensembles précisément sélectionnés dans la question de recherche. Les quelques éléments qui diffèrent dans les résultats obtenus entre les deux participantes font l'objet de la partie suivante.

Différences entre les deux participantes

Au niveau des divergences, il est intéressant de relever que lors de la passation, les deux participantes ont fait preuve d'attitudes différentes. En effet, la participante 1 s'est plutôt montrée défensive, alors que la seconde semblait fréquemment envahie par ses affects et paraissait demander souvent à se faire rassurer (demande d'étayage). En outre, au niveau des résultats, seule la participante 1 semble s'autocritiquer de manière positive plus que la moyenne des gens. L'agressivité et le clivage au sein des relations

interpersonnelles sont seulement observables chez la participante 2. Toutefois, la première participante semble encore moins investir ses relations interpersonnelles (superficialité) que la seconde, possiblement à cause d'un sentiment d'incompétence sociale. Enfin, la participante 1 semble éprouver des difficultés au niveau des limites dedans/dehors et perdre, quelque peu, de la distance vis-à-vis du test. La participante 2 présente les mêmes difficultés et rapporte, en outre, des éléments morcelés, dévitalisés.

Ces différences viennent colorer le profil généralement commun obtenu au *Rorschach* pour ces deux participantes présentant des éléments de PDC. En effet, elles manifestent différemment leurs difficultés au niveau relationnel : la première se montre défensive et superficielle, tandis que la seconde semble avoir besoin d'étayage et présente des éléments d'agressivité et de clivage. De même, bien que les deux participantes éprouvent des difficultés au niveau des limites et à conserver une distance par rapport au test, seule la seconde participante semble avoir besoin de recourir au morcellement et à la dévitalisation. Ceci amène à penser que le *Rorschach* permettrait de faire ressortir un profil commun chez les gens atteints de PDC, tout au moins pour les ensembles sélectionnés dans cet essai. Les différences constatées entre les deux participantes se situant dans les mêmes ensembles, il est possible de penser que les différences interindividuelles s'inscriraient sur un continuum où manifestations et intensités varieraient pour un même profil.

Limites et forces de l'étude

Cette étude présente certaines limites. Comme il s'agit d'une étude de cas de nature exploratoire, avec deux femmes dans la même tranche d'âge, il est difficilement imaginable de pouvoir généraliser les résultats obtenus au reste de la population. Dans le même sens, seul le *Rorschach* et certains ensembles et indices ont été utilisés durant cette étude, ce qui ne donne accès qu'à une partie du fonctionnement psychologique. Enfin, il faut peut-être, aussi, mentionner l'éventuelle présence de subjectivité lors de la cotation/interprétation, notamment en ce qui concerne l'analyse qualitative et ce, malgré la cotation inter-juges.

Malgré les limites énoncées précédemment, cette étude doctorale présente tout de même plusieurs forces. Tout d'abord, l'angle choisi pour la recherche ne visait pas à être généralisable puisqu'il s'agit d'une étude de cas exploratoire mettant l'emphase sur l'analyse qualitative, et non d'une expérimentation. Cette recherche permet, aussi, un apport aux connaissances sur la peur d'une dysmorphie corporelle et le *Rorschach*. En effet, la PDC demeure un sujet peu connu et encore mal compris. Il suffit de se référer à l'historique du trouble et à son dernier changement de « catégorie » (et à ses répétitifs changements de définition et de critères) avec la récente parution du DSM-5, pour constater que la définition et la symptomatologie du trouble sont encore mal établis. Dans le même sens, cette étude a un côté novateur puisqu'il s'agit de la première étude québécoise sur la PDC et le *Rorschach* et que seul un écrit, à notre connaissance, a précédemment été publié sur le sujet et ce, il y a plusieurs années (Péruchon et al., 1981). Il est, aussi, encourageant et prometteur de constater que les résultats obtenus par

les deux participantes sont fort semblables et tendent à aller dans le même sens que la question de recherche et que les études précédemment citées dans cet essai. De même, les résultats de cette étude semblent soutenir l'idée que le *Rorschach* constitue un instrument pertinent afin de relever certaines des difficultés liées à la PDC (difficultés en lien avec l'affect, le traitement de l'information, les relations interpersonnelles, la perception de soi et avec les limites). Enfin, le recrutement des participants de cette étude aura, en outre, constitué à lui seul un défi important, compte tenu du fait que les individus atteints de PDC consultent peu et que le trouble est encore très peu connu au Québec.

Pistes pour des études futures

Au niveau des études qui pourraient être envisagées dans la continuité du présent essai, une recherche expérimentale avec un groupe témoin (sans PDC) et un groupe avec des individus atteints de PDC permettrait de vérifier si les éléments soulevés (dans cette étude) sont exclusivement reliés à la PDC. Il serait, aussi, intéressant d'évaluer les effets d'une thérapie avec le *Rorschach* (pré-test et un post-test), afin de constater une éventuelle évolution des participants (gens atteints de PDC), au niveau de l'image qu'ils ont de leur corps et/ou de leur représentation de soi, et de leur perception des relations interpersonnelles, par exemple. Enfin, l'ajout d'autres tests psychométriques comme le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, par exemple) et/ou d'autres méthodes projectives, comme le dessin (tel que le *House-Tree-Person, HTP*) ou le *Thematic Aperception Test (TAT)*, pourrait aussi permettre d'encore mieux comprendre

le fonctionnement psychologique des personnes atteintes du trouble peur d'une dysmorphie corporelle.

Au niveau clinique, les professionnels de la santé (incluant les médecins généralistes, les dermatologues et les chirurgiens plasticiens) devraient être sensibilisés aux éventuels aspects psychologiques de la demande présentée par les individus atteints de PDC. Comme les gens atteints de ce trouble consultent peu, il serait primordial que les professionnels de la santé mentale soient aussi attentifs à la présence d'éventuels symptômes de la PDC. Actuellement, la majorité des instruments employés pour la PDC sont des questionnaires qui servent essentiellement à diagnostiquer le trouble et/ou à évaluer la sévérité (Cororve, & Gleaves, 2001; Phillips, 2012; Phillips, & Feusner, 2010; Veale, & Neziroglu, 2008). Cet essai montre que les psychologues devraient prioriser l'utilisation du projectif lors de leurs évaluations afin de mieux comprendre ce trouble, et ce, d'autant plus que les individus atteints se confient généralement peu à propos de leurs symptômes. En outre, les intervenants psychosociaux – et particulièrement les psychologues – devraient, pour cette même clientèle, viser la réduction des difficultés au niveau de l'image de soi (vision biaisée), des relations interpersonnelles et des limites, en plus de répondre à la demande formulée par la personne.

Conclusion

Cette recherche avait pour objectif d'explorer le lien entre la peur d'une dysmorphie corporelle et le *Rorschach* et ainsi, de tenter de mieux comprendre le fonctionnement psychologique des gens atteints du trouble par l'entremise de ce test. La question de recherche concernait les éventuelles particularités, chez les gens atteints de la PDC, plus particulièrement pour les ensembles : gestion des « affects », « traitement de l'information », « relations interpersonnelles (ou d'objet) », « perception de soi (ou identité), et « limites (rapport à la réalité) » du *Rorschach*. En analysant les résultats de deux participantes, il est possible de constater que le *Rorschach* a effectivement permis de relever, chez ces individus, plusieurs des difficultés attendues lors d'un trouble PDC, telles que les failles identitaires, la vision biaisée de soi, une méfiance face aux relations interpersonnelles et un surinvestissement des limites. Grâce à cette étude, un profil commun semble émerger au *Rorschach* chez les gens atteints de PDC, pour les ensembles sélectionnés. Les différences constatées entre les deux cas sont observées dans les mêmes ensembles, ce qui laisserait entendre l'existence d'un continuum où manifestations et intensités des profils individuels pourraient varier. Cette étude a, aussi, permis un apport aux connaissances sur la PDC et le *Rorschach*, tout en se montrant novatrice (première étude québécoise). Elle a, en outre, fourni des pistes d'évaluation et d'intervention intéressantes pour les professionnels de la santé mentale et physique avec d'éventuels clients atteints de PDC, d'autant plus qu'il s'agit d'une pathologie peu connue et rarement étudiée. Dans ce sens, afin de favoriser l'avancement des connaissances concernant la PDC, il serait souhaitable de réaliser de nouvelles recherches enrichies au plan méthodologique (recherches expérimentale avec un groupe

témoin, ajouts d'autres instruments psychométriques et/ou projectifs, évaluations pré/post-intervention avec le *Rorschach*, etc.) et de diffuser davantage les connaissances acquises, grâce à ces recherches, dans les milieux de pratique.

Références

Références

- American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e ed). Tr. Fr. Guelfi, J. D., & Crocq, M.-A. Paris : Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), 5^e ed. Washington: Masson.
- Anzieu, D., & Chabert, C. (2004). *Les méthodes projectives*. Paris : Quadrige Manuels/PUF.
- Arenella, J. (2000). Rorschach indicators of body image disruption and precocious maturity in sexually and physically abused girls. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(1-B), 521.
- Atmaca, M., Bingol, I., Aydin, A., Yildirim, H., Okur, I., Yildirim, A., ... Gurok, G. (2010). Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 123, 258-263.
- Basco, M.R., Bostic, J.Q., Davies, D., Rush, J.A., Witte, B., Hendickse, W. , & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1599-1605.
- Baudin, M. (2007). *Clinique projective. Rorschach et TAT. Situations et épreuves – Méthodologie. Interprétation psychanalytique*. Paris : Hermann Psychanalyse.
- Biby, E. L. (1998). The relation between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 489-499.
- Biro, E. (1993). Image du corps et fonctionnement mental de l'adolescent suicidant: vicissitudes de leurs liens. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 37, 57-69.
- Boizou, M.-F., Chabert, C., & Rausch de Traubenber, N. (1978-1979). Représentation de soi, identité, identification au Rorschach chez l'enfant et l'adulte. *Bulletin de Psychologie*, 339(32), 271-277.

- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Research*, *178*(1), 171-175.
- Carey, P., Seedat, S., Warwick, J., van-Heerden, B., & Stein, D. J. (2004). SPECT imaging of body dysmorphic disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *16*(3), 357-359.
- Carroll, D. H., Scahill, L., & Phillips, K. A. (2002). Current concepts in Body Dysmorphic Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, *16*(2), 72-79.
- Cassell, W. A. (1964). A projective index of bodyinterior awareness. *Psychosomatic Medicine*, *26*(2), 172-177.
- Cassell, W. A., & Dubey, B. L. (2007). Restructuring Rorschach pathological body symbolism in the Somatoform Disorders with truth serum behaviour therapy. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, *14*(1), 20-29.
- Castle, D. J., Phillips, K. A., & Dufresne, R. G. (2004). Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *Journal of Cosmetic Dermatology*, *3*(2), 99-103.
- Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2006). An update on body dysmorphic disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, *19*(1), 74-78.
- Chabert, C. (1983). Modalités du fonctionnement psychique des adolescents à travers le Rorschach et le T.A.T. *Psychologie Française*, *28*(2), 187-194.
- Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique* (2^e éd.). Paris : Dunod.
- Chowdhury, A. N. (1989). Draw-a-penis (DAPT) test. *Journal of Personality and Clinical Studies*, *5*(1), 97-100.
- Claudon, P. (2003). Rorschach et représentation de soi. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *51*, 411-417.

- Cororve, M. B., & Gleaves, D. H. (2001). Body Dysmorphic Disorder : A review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review, 21*(6), 949-970.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 18*, 271–281.
- Didie, E. R., Kelly, M. M., & Phillips, K. A. (2010). Clinical features of body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals, 40*(7), 310-316.
- Didie, E. R., Menard, W., Stern, A. P., & Phillips, K. A. (2008). Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 49*(6), 561–569.
- Dubey B. L., & Cassell, W. (1993). Some experience with the Somatic Inkblot Series. *British Journal of Projective Psychology, 38*(1), 19-41.
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie. Une perspective multidimensionnelle* (2^e ed). Tr. Fr. Gottschalk, M. Paris : De Boeck Université.
- Dyl, J., Kittler, J., Phillips, K. A., & Hunt, J. I. (2006). Body Dysmorphic Disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: Prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry & Human Development, 36*, 369-382.
- Exner, J. E. (1995). *Le Rorschach. Un système intégré*. Tr. Fr. Andronikof-Sanglade, A. Paris : Éditions Frison-Roche. Collection Psychologie vivante.
- Exner, J. E. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (4^e éd.). Paris : Éditions Frison-Roche, Collection Psychologie vivante.
- Fenning, S., Craig, T., Lavelle, J., Kovaszny, B., & Bromet, E.J. (1994). Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission . psychosis. *Comprehensive Psychiatry, 35*(5), 341-358.
- Greenberg, J. L., & Wilhelm, S. (2010). Special series: cognitive-behavioral treatment of body image disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 237–240.

- Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270-276.
- Hogan T. P. (2003). *Psychological testing. A practical introduction*. Danvers : John Wiley & Sons, Inc.
- Ihanus, J. (1984). Anatomical Rorschach responses of gravely psychosomatic patients. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 337-338.
- Ionascu, N. (2003). *The effect of perceptual body image distortion on affective components : A Rorschach investigation*. Thèse, mai 2003. Wright Institute Graduate School of Psychology. Berkeley, California.
- Khromov, A. (2001). Psychological characteristics of subjects with achondroplasia and traumatically shortened extremities. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 8(1), 53-64.
- Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316-322.
- Kranzler, R., Kadden, R., Babor, T.F., Tennen, H., & Rounsaville, B.J. (1996). Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91(6), 859-868.
- Kranzler, R., Kadden, R., Burseson, J., Babor, T.F., Apter, A., & Rounsaville, B.J. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders – is the interview more important than the interviewer. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 278-288.
- Langis, P., & Germain, B. (2009). *La sexualité humaine*. Saint-Laurent : Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Lefebvre, J. (2007). *Notes de cours. Interprétation du Rorschach*. (GPS-1006) Département de Psychologie. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Léveillé, S. (2010). *Notes de cours. Rorschach II*. (PCL-6079) Département de Psychologie. Université du Québec à Trois-Rivières.

- Lottenberg Semer, N., & Yazigi, L. (2009). The Rorschach and the body. The study of self-esteem in enuretic children through the Rorschach method. *Rorschachiana*, 30(3-25), pp. 3-18.
- Marin, S. (1992). Le Rorschach: Evolution de l'image du corps et des kinesthésies. *Bulletin de Psychologie*, 45(406), 587-593.
- Marquesa, L., LeBlanca, L., Weingardena, H., Greenberga, J. L., Traegera, L. N., Keshaviaha, A., & Wilhelma, S. (2011). Body dysmorphic symptoms : Phenomenology and ethnicity . *Body Image*, 8(2), 163–167.
- Marsden, E., Michel, A., & Mormont, C. (1999). Study of the impact of a gastroplasty on the self-image through the Rorschach. Dans A. Andronikof-Sanglade (Ed.), *Rorschachiana XXIII: Yearbook of the International Rorschach Society*, pp. 43-57. Ashland: Hogrefe & Huber Publishers.
- Melon, J. (1975). Reflections on the psychosomatic structure and its approach by means of Rorschach and Szondi tests. *Feuillets Psychiatriques de Liège*, 8(1), 33-46.
- Moron, P., & Bruno, Y. (1972-1973). Tests and psychosomatic disturbance in the child. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 21(1-6), 321-324.
- Neziroglu, F., Stevens, K. P., McKay, D., & Yaryura-Tobias, J. A. (1997). Predictive validity of the Overvalued Ideals Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 745-756.
- Offman, H. J., & Bradley, S. J. (1992). Body image of children and adolescents and its measurement: An overview. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 37(6), 417-422.
- Oosthuizen, P.P., & Castle, D.J. (1998). Body dysmorphic disorder - a distinct entity. *South African Medical Journal*, 88, 766-769.
- Péruchon, M., Destruhaut, J., & Léger, J.-M. (1981). De l'angoisse de dysmorphie. Compréhension dynamique de la dysmorphophobie en fonction de la représentation de soi. *L'Évolution Psychiatrique*, 46(4), 909-928.
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*. 148, 1138-1149.
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder. An essential guide*. Oxford: University Press.

- Phillips, K.A. (2012). Body dysmorphic disorder. Dans T.F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance*, pp. 74-81. San Diego : Elsevier.
- Phillips, K. A., & Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 570-577.
- Phillips, K.A., & Feusner, J. (2010). Assessment and differential diagnosis of Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Annals*, 40(7), 317-324.
- Phillips, K. A., Menard, W. & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 77-87.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 46, 317-325.
- Phillips, K. A., Wilhelm, S., Koran, L. M., Didie, E. R., Fallon, B. A., Feusner, J., & Stein, D. J. (2010). Body dysmorphic disorder : Some key issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 573-591.
- Rausch de Traubenberg, N. (1997). *La pratique du Rorschach* (8^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Rausch de Traubenberg, N., & Boizou, M.-F. (2000). *Le Rorschach en clinique infantile : l'imaginaire et le réel chez l'enfant*. Paris : Dunod.
- Rausch de Traubenberg, N., & Sanglade, A. (1984). Représentation de soi et relation d'objet au Rorschach : grille de représentation de soi : analyse comparée des résultats d'adolescents malades psychiques et malades somatiques. *Revue de Psychologie Appliquée*, 34(1), 41-57.
- Réseau Éducation-Médias et Société canadienne de pédiatrie. (2003) *MédiaScope : Les médias dans la vie des jeunes, un guide pour les professionnels de la santé*. Ottawa : Réseau Éducation-Médias et Société canadienne de pédiatrie.
- Réveillère, C., Sultan, S., Andronikof, A., & Lemmel, G. (2008). Étude de la stabilité des scores au Psychodiagnostic de Rorschach sur un échantillon de sujets francophones non consultants. *Bulletin de Psychologie*, 61(498-6), 577-591.

- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostics*. Berne: Hans Huber.
- Rosen, J.C., & Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755-766.
- Rosen, J. C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 63(2), 263-269.
- Sanglade, A. (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach. *Psychologie Française*, 28(2), 104-111.
- Sarwer, D. B., & Crerand, C. E. (2008). Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. *Body Image*, 5(1), 50-58.
- Segal, D.L., Kabacoff, R.I., Hersen, M., Van Hasselt, V.B., & Ryan, C.F. (1995). Update on the reliability of diagnosis in older psychiatric outpatients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 313-321.
- Sguazzin, C., & Ferro, R. (1998). SIS-I and body image evaluation in subjects suffering from serious obesity. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 5(2), 105-113.
- Silver, J., Reavey, P., & Fineberg, A. (2010). How do people with body dysmorphic disorder view themselves? A thematic analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14, 190-197.
- Simpson, M.A. (1980). *Psycholinguistics in clinical practice*. New York : Irvington.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1989). *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. Washington : American Psychiatric Press.
- Steiner, J.I., Tebes, J.K., Sledge, W.H., & Walker, M.L. (1995). A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 183(6), 365-369.

- Strober, M., Goldenberg, I., Green, J., & Saxon, J. (1979). Body image disturbance in anorexia nervosa during the acute and recuperative phase. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 9(4), 695-701.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2008). *Body Dysmorphic Disorder. A treatment manual*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Verma, S. K, Kaur, H., & Bhargava, R. (2000). Distortions of body image on SIS-II and D.A.P. tests. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 7(1), 39-43.
- Wagner, E. E., & Williams, L. (1975). Comparison of Rorschach anatomy responses from psychosomatic out-patients and a matched group of psychiatric controls. *Perceptual and Motor Skills*, 40,483-486.

Appendice A

Critères diagnostiques du Trouble peur d'une dysmorphie corporelle dans le DSM-5
(APA, 2013)

Body Dysmorphic Disorder (*In Obsessive-compulsive and related disorders*), Diagnostic criteria⁷

- A. Preoccupation with one or more perceived defects or flaws in physical appearance that are not observable or appear slight to others⁸.
- B. At some point during the course of the disorder, the individual has performed repetitive behaviors (e.g. mirror checking, excessive grooming, skin picking, reassurance seeking) or mental acts (e.g. comparing his or her appearance with that of others) in response to appearance concerns.
- C. The preoccupation causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The appearance preoccupation is not better explained by concerns with body fat or weight in an individual whose symptoms meet diagnostic criteria for an eating disorder.

Specify if:

With muscle dysmorphia: The individual is preoccupied with the idea that his or her body build is too small or insufficiently muscular. This specifier is used even if the individual is preoccupied with other body areas, which is often the case.

Specify if:

Indicate degree of insight regarding body dysmorphic disorder beliefs (e.g. “I look ugly” or “I look deformed”).

With good or fair insight: The individual recognizes that the body dysmorphic disorder beliefs are definitely or probably not true or that they may or may not be true.

With poor insight: The individual thinks that the body dysmorphic disorder beliefs are probably true.

With absent insight/delusional beliefs: The individual is completely convinced that the body dysmorphic disorder beliefs are true.

⁷ American Psychiatric Association (2013, p. 242).

⁸ En effet, la PDC implique dorénavant : premièrement, que le sujet atteint ait une préoccupation pour un ou plusieurs défauts ou imperfections, qui ne sont pas perçus par autrui (ou apparaissent comme étant légers aux autres). Deuxièmement, à un certain moment, pendant la durée du trouble, l'individu a effectué des comportements répétitifs (par exemple se brosser de façon excessive (« excessive grooming »), s'observer dans un miroir, se triturer/se curer la peau (« skin picking »), émettre des demandes de réassurance) ou des actes mentaux obsessifs (« mental acts » ; par exemple, comparer son apparence avec celle des autres) en réponse à l'apparition de préoccupations. Les troisièmes et quatrièmes critères du DSM-5 ressemblent fortement aux deux derniers critères du DSM-IV-TR, pour la PDC. Le troisième critère concerne le fait que la préoccupation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines social, professionnel, ou autres domaines importants. Enfin, le quatrième critère suppose que la préoccupation pour l'apparence n'est pas mieux expliquée par des préoccupations en lien avec l'adiposité (« body fat ») ou le poids chez un individu dont les symptômes répondent aux critères de diagnostic d'un trouble alimentaire (traduction libre).

Appendice B
Entrevue clinique structurée

N° de participant : _____

Entrevue clinique structurée

Section socio-démographique

1. Sexe : _____

2. Âge : _____

3. Plus haut degré de scolarité complété :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Secondaire non complété | <input type="checkbox"/> Secondaire |
| <input type="checkbox"/> Collégial | <input type="checkbox"/> Baccalauréat |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise | <input type="checkbox"/> Doctorat |
| <input type="checkbox"/> Post-Doctorat | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

4. Occupation principale présentement : _____

5. État civil : _____

6. Enfants (nombre, âge) : _____

7. Lieu de naissance : _____

8. Langue maternelle : _____ 9. Langue d'usage : _____

Section clinique

1. Diagnostic(s) et/ou hypothèse(s) diagnostique(s) actuel(s) (en santé mentale) et médication actuelle:

2. Antécédents psychiatriques et/ou consultations :

N° de participant : _____

3. Antécédents de tentative de suicide, d'idées suicidaires et/ou d'automutilation :

4. Idées suicidaires et/ou homicidaires actuelles :

5. Antécédents au niveau de la violence :

6. Antécédents judiciaires :

7. Antécédents familiaux (diagnostic de maladie mentale, de suicide, par ex.) :

8. Dépendances (alcool, drogue, jeu, cyber, par ex.) :

9. Principaux symptômes actuels :