

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Caline MAJDALANI

# **Traiter la dysmorphophobie**

**L'obsession de l'apparence**

DUNOD

## Conseiller éditorial : Vincent Trybou

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-076053-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

Préface.....	5
Introduction.....	7
<b>PARTIE 1 Qu'est-ce que l'ODC ?.....</b>	<b>10</b>
<b>Chapitre 1 – Comprendre l'ODC.....</b>	<b>14</b>
<b>1 L'ODC : PERTURBATION DE L'IMAGE CORPORELLE.....</b>	<b>16</b>
De l'image corporelle à l'ODC.....	17
<b>2 L'ODC EN DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....</b>	<b>21</b>
ODC, Dysmorphophobie, PDC ou TDC : quelle appellation choisir ?.....	21
De la mythologie (en passant par l'étymologie) aux premières descriptions cliniques et historiques de l'évolution du concept nosographique.....	21
Prévalence.....	22
Âge de début.....	24
<b>3 LES CARACTÉRISTIQUES D'UNE ODC.....</b>	<b>25</b>
La dimension obsessionnelle.....	25
La dimension comportementale : les stratégies face à l'obsession.....	30
La dimension émotionnelle.....	34
<b>4 LES FACTEURS DE MAINTIEN DE L'ODC.....</b>	<b>36</b>
<b>Chapitre 2 – Expliquer les hypothèses étiologiques de l'ODC.....</b>	<b>42</b>
<b>1 LES HYPOTHÈSES GÉNÉTIQUE ET NEUROBIOLOGIQUE.....</b>	<b>45</b>
L'hypothèse génétique.....	45
L'hypothèse cérébrale.....	45
<b>2 LES HYPOTHÈSES PSYCHOLOGIQUES.....</b>	<b>50</b>
Les traits d'identité ODC.....	51
Les expériences de vie.....	53
<b>3 L'HYPOTHÈSE CULTURELLE.....</b>	<b>55</b>
<b>Chapitre 3 – Diagnostiquer l'ODC.....</b>	<b>60</b>
<b>1 LE DIAGNOSTIC PER SE.....</b>	<b>62</b>
Établir un diagnostic (destiné notamment aux professions de la santé mentale).....	62
Le dépistage par les professions médicales non « psy ».....	75
<b>2 DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ET COMORBIDITÉS.....</b>	<b>78</b>
<b>PARTIE 2 Traiter l'ODC : la psychothérapie.....</b>	<b>88</b>
<b>Chapitre 4 – Protocole de thérapie cognitive et comportementale spécifique à l'Obsession de la Dysmorphie Corporelle (TCC de l'ODC).....</b>	<b>92</b>
<b>1 LES PRÉLIMINAIRES.....</b>	<b>94</b>
La psychoéducation.....	94
La motivation au changement.....	101
Analyse fonctionnelle de l'ODC.....	104

<b>2</b>	<b>LA PSYCHOTHÉRAPIE</b> .....	130
	La dimension obsessionnelle de l'ODC par la voie cognitive.....	130
	La dimension comportementale.....	141
	La dimension affective : l'exposition émotionnelle.....	156
	La dimension corporelle.....	160

Chapitre **5 – Techniques thérapeutiques complémentaires (TTC)**..... 174

<b>1</b>	<b>L'INTÉRÊT DES TECHNIQUES THÉRAPEUTIQUES COMPLÉMENTAIRES</b> .....	176
<b>2</b>	<b>DESCRIPTION DES TECHNIQUES ET LEUR APPLICATION CLINIQUE</b> .....	179
	Le décryptage cognitif des obsessions corporelles en profondeur.....	179
	La prédiction négative sous forme de jeu de rôles.....	181
	Revisiter la définition de la beauté.....	182
	La panoplie des nuances.....	182
	Le mode de pensée magique dans l'ODC.....	183
	L'autocritique et la dureté envers soi.....	184
	Équivalence affective et ancrage émotionnel : quand l'éprouvé émotionnel est bloqué.....	185
	L'importance et le rôle du thérapeute dans l'ODC.....	187
	L'ODC et l'autre.....	190
	La comparaison est déséquilibrée.....	191
	La comparaison est partielle.....	191
	La comparaison est réservée aux standards inatteignables.....	192
	La restructuration de l'identité (limitée à la perception de l'apparence physique).....	192
	Le rôle du thérapeute dans cette restructuration.....	194
	La régulation émotionnelle.....	195

Chapitre **6 – Les facteurs de résistance**..... 204

<b>1</b>	<b>LA HONTE</b> .....	206
<b>2</b>	<b>UNE ANALYSE FONCTIONNELLE INCOMPLÈTE</b> .....	207
<b>3</b>	<b>LA BLESSURE DE L'EGO PAS ASSEZ EXPRIMÉE</b> .....	207
<b>4</b>	<b>L'AGRESSIVITÉ VERBALE ENVERS LE THÉRAPEUTE</b> .....	209
	Facteur d'évolution émotionnelle.....	209
	Signe de souffrance et d'hypersensibilité.....	210
<b>5</b>	<b>L'HYPERSENSIBILITÉ DU PATIENT</b> .....	211
<b>6</b>	<b>L'INSÉCURITÉ DU PATIENT</b> .....	211
<b>7</b>	<b>L'IMPLICATION CORPORELLE DU THÉRAPEUTE</b> .....	212
<b>8</b>	<b>LA RIGIDITÉ DU THÉRAPEUTE</b> .....	212
<b>9</b>	<b>LA COMORBIDITÉ AFFECTIVE : LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET L'ODC</b> .....	213
<b>10</b>	<b>REVENIR SUR LE MODÈLE COGNITIF ET COMPORTEMENTAL DE MAINTIEN DE L'ODC</b> .....	213
<b>11</b>	<b>LES BONNES TECHNIQUES AU BON MOMENT</b> .....	215
<b>12</b>	<b>LA LIMITE DE LA TRC (DES CROYANCES SOUS-JACENTES AUX OBSESSIONS CORPORELLES)</b> .....	215
<b>13</b>	<b>LES FAIBLES BÉNÉFICES DE L'EXPOSITION</b> .....	218

	Bibliographie.....	221
--	--------------------	-----

# Préface

**E**NFIN ! CELA FAISAIT quelques années que je harcelais Caline Majdalani pour qu'elle nous offre un protocole sur la dysmorphophobie (« Obsession de Dysmorphie Corporelle » dans le DSM 5). Quand nous avons sorti avec A.H Clair (2013) notre livre sur les Troubles Obsessionnels Compulsifs, nous avons brossé quelques pistes pour les cas « atypiques » que sont les patients atteints de dysmorphophobie, sans trop entrer dans les détails. Le sujet était trop complexe, et nous le maîtrisions infiniment moins que Caline. Le plus souvent, face à ces patients, je me contentais de taper à sa porte et lui dire selon les jours « tu fais comment ? » ou « je peux pas te l'orienter ? ». Nous attendions qu'elle nous fasse enfin ce cadeau et forge le chaînon manquant dans ce spectre des « TOC et apparentés ».

J'ai le privilège de travailler aux côtés de Caline depuis plus de 10 ans et de constater au quotidien sa maîtrise des cas résistants que représente ce diagnostic. Son expertise dans les troubles de l'humeur et les patients hypersensibles et labiles lui donne une ouverture d'esprit et un éclairage que nous n'avions pas en partant de la théorie des TOC. Ce livre devait arriver un jour, nous en avons grand besoin. Il va être enfin une réponse au vide existant en France dans la prise en charge de ce trouble hautement handicapant.

Sommes-nous dans les TOC ? Sommes-nous ailleurs ? Vaste débat. Nous sommes très certainement ailleurs, en effet, car les protocoles spécifiques pour les TOC ne marchent pas avec les patients souffrant de dysmorphophobie. Nous sommes plus loin, dans la brume. Il y a bien sûr une part comportementale, une part cognitive et, une fois qu'on a éclairci la brume, un très gros travail émotionnel comme le montre Caline.

Il y avait des concepts et techniques à défricher et à redéfinir, des outils à donner. Caline nous ouvre la voie : diminuer les évitements et les vérifications, reprendre un quotidien, réinvestir la vie, sortir de l'hyperfocalisation, élargir le débat identitaire vers autre chose que le physique dans le rapport aux autres.

Et, dans une optique de psychoéducation, toujours revenir vers la notion que l'idée fixe est inhérente au trouble et non à la gravité réelle du défaut physique (sans pour autant nier que celui-ci puisse être existant).

Voici chose faite. Nous avons enfin de quoi prendre en charge ces patients très en souffrance, très fragiles et sensibles. Merci Caline ! Promis, je viendrai moins frapper à ta porte.

Vincent TRYBOU

# Introduction

*« Chacun de nous est comme tous les hommes,  
comme quelques hommes, comme aucun homme. »*

Voltaire

**I**MAGINEZ QU'UN JOUR vous vous réveillez et que vous vous regardiez dans la glace et qu'à la simple vue de votre image, vous ressentiez honte, désarroi et dégoût ! Imaginez qu'à partir de ce jour, l'ensemble de votre vie mentale soit occupé, comme par un assaillant dictatorial, par une partie de votre corps, qui vous apparaît comme défectueuse, menaçant votre équilibre psychologique et infiltrant tous les secteurs de votre vie quotidienne. Votre propre corps devient source et objet d'obsession, de tourmente et de détresse. Vous avez vraiment l'impression qu'il a conclu un pacte avec la honte, s'accaparant votre identité et devenant ainsi le centre unique de votre existence.

Bienvenue dans le monde cauchemardesque des patients dysmorphophobiques où la vision globale du corps est troquée contre une vision partielle et soumise à l'affreux phénomène du « zoom » ! Un monde de solitude, d'anxiété, de colère et de désespoir où la valeur de soi est réduite à la forme perçue à travers le prisme déformant de la focalisation négative.

La dysmorphophobie ou dénomination plus moderne ODC, Obsession de la Dysmorphie Corporelle, plus correcte et plus adaptée à la sémiologie du trouble<sup>1</sup> est une affection psychologique très différente de la « simple » préoccupation que tout un chacun peut avoir, relative à l'apparence physique en référence à des normes éducatives et sociétales de beauté. Il s'agit là de préoccupations corporelles à caractère obsessionnel-compulsif, toutes époques confondues, à l'origine d'une véritable souffrance et de l'altération du fonctionnement socio-professionnel.

Parmi les personnes ODC connues de l'histoire, l'impératrice Elisabeth d'Autriche dite Sissi, loin du personnage romancé joué par Romy Schneider, présente des obsessions multiples<sup>2</sup> sur l'apparence. Ces préoccupations corporelles

---

1. Cette dénomination sera discutée de manière plus développée dans le chapitre 2.

2. En plus, elle souffrait de plusieurs désordres psychiatriques comme le trouble bipolaire, un TCA.

qui portent notamment sur son visage et sa taille, illustrent parfaitement le trouble de la dysmorphie corporelle. Quant à Andy Warhol, il partage avec Michael Jackson, à qui on répertorie neuf rhinoplasties, une obsession du nez. Ce dernier est également réputé, au-delà de ses succès planétaires, pour son obsession de la couleur de la peau.

L'ODC est donc un trouble de l'image corporelle avec une fixation sur une ou plusieurs zones du corps comme le nez, le menton, la forme du visage etc., qui pose problème, quel que soit le thème de focalisation, que ce soit la beauté/la laideur, la grosseur/la maigreur, la déformation, l'asymétrie, l'absence d'harmonie... Cette perturbation de l'image corporelle entraîne des mécanismes de « réparation » ou de coping à caractère obsessionnel avec des comportements de type compulsif, de réassurance et d'évitements. Caractérisé par des facettes multiples, ce trouble peut être également envisagé, de manière complémentaire, en fonction de différentes dimensions participant à l'identité réduite du patient ODC :

- celle du trouble émotionnel (avec limitation de la sphère affective et prédominance de l'anxiété et de la honte) ;
- celle du trouble du lien affectif (et de l'évitement de la relation à l'autre) sous-tendue par la peur du rejet (liée à l'apparence physique) et par l'hypersensibilité à la critique ;
- celle de l'identité presque exclusivement confinée au corps.

Vu le stade préliminaire de la connaissance scientifique, même si une avancée significative a été effectuée ces deux dernières décennies, l'ODC, de par sa complexité, sa sous-estimation dans la population générale, le taux de dépression et de comportements suicidaires, le faible insight des patients (outre leur faible engagement dans les processus thérapeutiques, ils consultent souvent dans des secteurs de la médecine non spécialisés dans les troubles mentaux) challenge autant les spécialistes qui s'en occupent que les patients qui en souffrent.

L'objectif de cet ouvrage est de présenter de manière clinique et spécifique un paradigme thérapeutique de ce trouble à multiples facettes. Il est important pour nous, thérapeutes modernes, face à un trouble qui limite les différentes dimensions qu'il impacte, d'adopter une perception plus holistique de son traitement en proposant un modèle multiple, souple et adaptable.

Nous exposerons donc des techniques diversifiées, avec des angles d'attaque différents, basées sur les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) avec



une « perception » plus élargie, permettant une vue d'ensemble complète intégrant des connaissances scientifiques actualisées sur le sujet.

Les protocoles thérapeutiques doivent être personnalisés en fonction du type de prédominance des symptômes, visant l'homéostasie entre les différentes composantes cognitives, comportementale et émotionnelle, inhérentes à l'individu. Nous préconisons donc :

- une TCC accordant une place princeps au cognitif mais non exclusive, intégrant le comportemental comme mécanisme de coping, abordant la composante émotionnelle de manière frontale et intégrant le trouble à l'ensemble du fonctionnement ;
- des thérapeutes spécialisés, souples et sachant adapter leur savoir-faire, conjuguant celui-ci à leur savoir-être empathique et bienveillant pour des thérapies encore plus personnalisées ;
- une relation patient-thérapeute encore plus « miroir réfléchissant réaliste », d'autant plus que l'ODC est à la fois une problématique de miroir et d'évitement de la relation à l'autre. L'interaction avec le thérapeute servira ainsi de modèle d'exposition, de réparation, de sécurisation, d'ouverture et d'expression émotionnelle. Cela se fera dans un cadre protecteur, à l'abri de la critique, avec un miroir où enfin, l'image de soi peut se réparer et s'adoucir et le patient apprendre à aimer son corps et de manière générale à s'aimer davantage.

Partie **1**

# **Qu'est-ce que l'ODC ?**

**Comprendre, évaluer et expliquer**

Chapitre 1 – Comprendre l’ODC	14
Chapitre 2 – Expliquer les hypothèses étiologiques de l’ODC	42
Chapitre 3 – Diagnostiquer l’ODC	60

**L**A VOIE ROYALE d'accès à la compréhension de l'Obsession de la Dysmorphie Corporelle est l'immersion dans le trouble, au moyen d'illustrations cliniques. Nous allons donc pénétrer cet univers, en allant à la rencontre de patients sensibles, avec des exigences esthétiques élevées, une estime et une valeur fondamentale de soi faibles, ayant peur d'être jugés, ridiculisés, moqués et abandonnés à cause de leur apparence. Un monde où les préoccupations invasives sur des défauts perçus en mode « loupe » prennent pour cible des parties corporelles parfois des plus atypiques, exigeant leur restauration, leur camouflage ou leur disparition.

Un monde où rides, boutons, nez, cicatrices, taille du sexe, calvitie, laideur du visage et monstruosité, peuvent devenir des obsessions chronophages et être à l'origine, d'une part, de souffrances et de détresse, et d'autre part, d'auto-dépréciation et d'intense sentiment de honte.



Irina est adepte des cabines d'UV. Elle cherche coûte que coûte à être bronzée en permanence tout le long de l'année. Son objectif n'est pas de paraître belle, en bonne santé et riche mais de gommer les imperfections de sa peau et d'empêcher la repousse d'éventuels boutons.

Caroline cherche toujours à récolter plein d'informations sur ses yeux, qu'elle ne trouve pas symétriques (par rapport au nez), auprès de quiconque acceptant de répondre à ses questions. C'est la seule façon qu'elle a trouvée pour baisser son niveau d'inquiétude et « cohabiter » avec son « monstrueux défaut ».

Tania était dans un tel évitement depuis l'enfance, qu'elle mit beaucoup de temps à accepter l'idée qu'elle souffrait d'un ODC. Or cette obsession du pli présent sur son bas-ventre, qui a succédé à une fixation sur un pli autour de sa bouche quand elle était plus jeune, la rendait littéralement malade. Elle était à l'origine d'un nombre incalculable de comportements d'évitement ayant participé de manière importante à la construction de son identité. Dans son entourage familial, elle portait le surnom de la « peureuse de la vie ».

Carla se voilait la face (dans tous les sens du terme) s'entourant d'amies de confiance qu'elle disait apprécier énormément. Elle sortait souvent en club, dansait, mais ne se laissait jamais séduire contrairement à ses « jolies copines » qui étaient constamment sollicitées par de charmantes personnes. Suite à une remarque d'un ami de cette bande croisée une dizaine d'années plus tard, elle prit conscience d'être « transparente », de se faire tellement petite et tellement immobile et muette qu'on finissait par en oublier sa présence. Ses copines lui servaient de voile, empêchant les hommes de l'aborder.

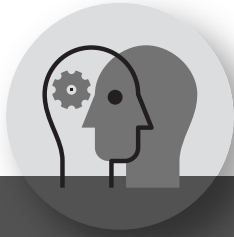
Nicolas a commencé il y a quelques années par refuser les rapports sexuels avec de la lumière. Il recherchait une luminosité tamisée de sorte de réduire les chances d'être « vu » ou surtout négativement jugé à cause de la taille de son sexe qu'il jugeait trop petite. Quand sa compagne a insisté un après-midi pour faire l'amour les volets ouverts, il s'est énervé et lui a avoué ne pas avoir de sentiment amoureux envers elle. La dispute a été suivie d'une séparation et a entraîné un retrait affectif total, le patient demeurant alors célibataire depuis plus de 10 ans avec une abstinence sexuelle responsable d'une grande souffrance.

Ces quelques illustrations permettent de décrire l'ODC dans sa réalité clinique. Dans cette première partie, ce trouble de la fixation sur l'apparence corporelle sera expliqué aux professionnels dans l'objectif de les amener à mieux le comprendre, majorant leur empathie, et à le saisir davantage, enrichissant leur expertise, autant dans sa genèse que dans sa réalité clinique, son évaluation et son étiologie.

- Le chapitre 1 mettra l'accent notamment sur le développement de l'image corporelle, les caractéristiques spécifiques du trouble ainsi que ses facteurs de maintien, exposant également des données épidémiologiques.
- Le chapitre 2 présentera sous forme d'hypothèse les paradigmes explicatifs étiologiques.
- Le chapitre 3 fournira des recommandations pour établir un diagnostic, destinées aux acteurs de la santé, susceptibles d'être en contact avec des patients présentant ce trouble (à la fois des spécialistes de la santé mentale comme les psychologues et les psychiatres mais également d'autres acteurs de la médecine comme les plasticiens, les dentistes esthétiques, les dermatologues...)

Chapitre **1**

# Comprendre l'ODC



❶	L'ODC : perturbation de l'image corporelle	16
❷	L'ODC en données épidémiologiques	21
❸	Les caractéristiques d'une ODC	25
❹	Les facteurs de maintien de l'ODC	36

**C** E CHAPITRE présente tout d'abord le trouble cliniquement, par le biais de la perturbation de l'image corporelle, dans l'objectif de contribuer à mieux le saisir et le comprendre dans son essence. L'ODC sera également déclinée en données épidémiologiques, en composantes spécifiques ainsi qu'en facteurs de maintien.

## 1 **L'ODC : PERTURBATION DE L'IMAGE CORPORELLE**

L'ODC est avant tout un trouble du schéma corporel spécifique, où l'image du corps est négative et non conforme à l'apparence physique objective, impliquant des tentatives de restauration, à travers différents mécanismes de coping similaires au TOC.



### ***La prise d'otage pérenne***

On dirait que mon cerveau prend en otage un membre de mon corps et me torture. J'essaie de contrôler tout ça à ma manière parce que je souffre le martyr, mais c'est peine perdue. Cet avant-bras disharmonieux, planté là comme un couteau dans mon cœur, occupe tout mon esprit. Plus rien n'a d'importance à mes yeux, même plus la douleur. Moi-même, je n'existe plus. Je suis devenu un avant-bras ambulante qui déambule, en aveugle handicapé, dans le cauchemar de ma vie, un cauchemar dont je ne me réveille jamais.

### ***L'effroyable compression***

Quand je me regardais dans la glace, je me sentais compressé physiquement. Comme si l'ensemble de mon corps a été tassé, de manière disproportionnée, comme on pouvait le voir dans certains dessins animés. Cela me mettait dans tous mes états. C'était effroyable ! Pire que dans le pire des cauchemars.

### ***Les boulets invisibles***

Ma dysmorphophobie résume l'histoire de ma vie. Il paraît que l'on s'habitue à la souffrance et que l'on se fond avec, pour supporter de vivre. Moi je l'ai fait à mon insu. La seule chose que je réalisais et qui était vraie au quotidien, était mes jambes, mes cuisses plus précisément, que je portais comme un lourd fardeau.

Entre le camouflage derrière des collants opaques ou les pantalons « sac de pommes de terre », mon cœur oscillait. Or je ne réalisais pas que j'avais un problème. J'essayais d'avancer dans ma vie, ne tenant pas compte des boulets que je portais, en faisant tous les efforts du monde pour m'élever et continuer mon chemin.



Tout nécessitait un effort monstrueux et je m'efforçais de continuer à marcher. Pour moi, la vie était un chemin de croix mais je l'assumais. Mon cœur était cependant lourd et mon sentiment de solitude croissant, jusqu'au jour où je n'ai plus réussi à me lever de mon lit.

## De l'image corporelle à l'ODC

Notre société contemporaine met en avant l'importance de l'apparence et de la beauté comme facteurs de bien-être et de réussite. Face à cette pression, beaucoup d'individus, de plus en plus jeunes, se sentent insatisfaits de leur apparence. Environ 50 % de la population déclare ne pas se sentir assez belle ou se trouve laide<sup>1</sup>. Cela, en quelque sorte, peut être considéré comme dans les normes.

L'apparence physique prend donc une importance croissante dans notre société et occupe une place de plus en plus prépondérante dans le développement de notre identité. Cependant, l'obsession de l'imperfection physique de l'ODC est bien plus envahissante qu'une simple préoccupation sur l'apparence. Elle est source d'une grande détresse psychologique et altère considérablement la qualité de vie notamment relationnelle de l'individu qui en souffre.

### ► L'image corporelle

Le corps est perçu différemment selon l'individu, en fonction de la personnalité et de l'environnement socio-culturel. L'image corporelle est l'idée subjective qu'une personne se fait de son apparence physique. Il s'agit donc d'une construction mentale qui renvoie à la perception affective et cognitive, autant inconsciente que consciente, qu'un individu a de son corps. Cette image corporelle serait même plus qu'une image mentale corporelle<sup>2</sup> : c'est l'histoire de la relation personnelle que l'on entretient avec son propre corps, englobant donc les perceptions, les croyances et les émotions.

L'image que se fait une personne d'elle-même est inévitablement influencée par les normes de beauté qui prévalent dans sa société. Les comportements de l'entourage immédiat, les messages véhiculés par ces derniers et les médias contribuent au modelage progressif de l'image, la qualifiant tantôt de positive ou de négative, selon qu'elle respecte ou non les critères de beauté en vigueur à un temps T.

---

1. Schieber K., Kollei I., de Zwaan M., Martin A., 2015.

2. Cash T., 2008.