

Demande esthétique : aspects psychologiques.

ORTHODONTIE

Mots clés :

Prédominance regard
Stade du miroir
Risque psychologique
Insatisfaction *versus* échec
Prise en charge psychothérapeutique

Keywords:

Predominance of observation
Mirror stage
Psychological risk
Dissatisfaction *versus* failure
Psychotherapy

Aesthetic demand: psychological aspect.

FRANCK BENKIMOUN.

Chirurgien dentiste spécialiste qualifié en Orthopédie-Dento-Faciale.

Membre de l'association lacanienne internationale (A.L.I.), Psychanalyste, praticien à Paris.

Hôpital de Jour pour enfants de 7 à 12 ans, Service de Psychiatrie infantile-juvénile du docteur ZEEGERS, Melun (77).

RÉSUMÉ

De la même façon qu'il existe dans la consultation orthodontique de l'adolescent une demande esthétique, la demande croissante des traitements orthodontiques chez l'adulte liée en grande partie à l'essor des techniques esthétiques, modifie notre quotidien d'orthodontiste. En effet, cette demande de soins, dite esthétique, constitue l'essentiel des motifs de consultations chez l'adulte. Nous devons donc recevoir cette demande et élaborer notre clinique dans ses aspects techniques, pour lesquels nous sommes très bien formés, mais aussi et bien sûr dans ses aspects psychologiques, afin d'interroger en permanence la pertinence d'un traitement quel que soit le trouble orthodontique observé par le praticien.

Le propos est de tenter de donner des clés de lecture des aspects psychologiques de ces demandes afin d'aborder au mieux les consultations et les traitements avec ces nouveaux patients.

Après avoir évoqué quelques généralités sur l'esthétique et la prédominance du regard dans notre exercice, nous aborderons l'évaluation de la qualité de la demande du patient. L'exemple de la dysmorphophobie et les éléments qui peuvent nous guider lors de la ou des premières consultations feront l'objet du premier point.

Seront abordés ensuite la relation au miroir, l'image spéculaire et le Stade du Miroir (J. LACAN) en relation aux 3 âges orthodontiques nous permettant ainsi de saisir la possibilité ou l'impossibilité de certains patients à articuler leur demande de soins.

Nous finirons par la conduite à tenir devant « l'insatisfaction » voire la « détresse » de certains patients devant le résultat thérapeutique et comment et pourquoi orienter ces patients vers des praticiens professionnels de la santé mentale. En prenant appui sur 3 exemples cliniques précis nous illustrerons les élaborations issues du groupe de travail créé avec des collègues orthodontistes exclusives en orthodontie linguale, sur les spécificités (relation thérapeutique, demande esthétique) de ces patients adultes. Dans ces exemples nous verrons comment les patients ont surmonté ces difficultés.

En conclusion, dans la grande majorité des situations la demande du patient adulte est formulée raisonnablement et nous pouvons engager le traitement orthodontique avec succès. Cependant, dans quelques cas, se priver de la possibilité d'une prise en charge psychologique pour des patients que nous aurons reconnus comme « à risque » (y compris tardivement en cours de traitement) engage notre responsabilité de praticien et nous devons surmonter nos résistances afin d'orienter notre patient vers un praticien pour une prise en charge psychothérapeutique ou psychanalytique spécifique.

ABSTRACT

Even in the orthodontic consultation of an adolescent there also exists an aesthetic demand, the growing demand for adult orthodontic treatments related mostly to the rise of aesthetic treatments, modifies our day-to-day orthodontic practice. Indeed, this demand for treatment, said as aesthetic, constitute the essential motivation for consultation in adults.

We must then receive this demand and develop our practice based on its technical aspects, for which we are very well trained, but also and of course in its psychological aspects, in order to permanently question the relevance of a treatment whatever the orthodontic defect observed by the practitioner.

The topic is to try to give pointers to read the psychological aspects of these demands in order to better manage the consultations and treatments with these new patients.

After having discussed several principles on aesthetics and the predominance of observation, we will discuss the evaluation of the quality of the demand of the patient. The example of a body dysmorphic disorder (BDD) and elements that can guide us during the first or initial consultations will make the objective of the first point.

Secondly, the mirror relationship, specular image and the Mirror Stage (J. Lacan) will be discussed in relation with the three orthodontic ages thus allowing us to seize the possibility or impossibility of certain patients to articulate the treatment demands. We will end by the actions to be taken before “dissatisfaction” even the “distress” of certain patients before the therapeutic results and how and why refer these patients to mental health professionals. Through 3 precise clinical examples, we will illustrate these developments resulting from the teamwork created with orthodontist colleagues specializing in lingual orthodontics, on the specificities (therapeutic relation, aesthetic demand) of these adult patients. In these examples we see how these patients overcome these difficulties.

In conclusion, in the grand majority of the situations the demand of the adult patient is formulated reasonably and we can start the orthodontic treatment with success. However, in certain cases, to be deprived of the possibility of psychological assistance for these patients who we identified as “at risk” (including late in the course of treatment) engages our responsibility as practitioners and we must surmount our resistance in order to refer our patient to a specialist for psychotherapy or specific psychoanalysis.

La demande croissante de traitements orthodontiques chez l'adulte impose une attention particulière en ce qui concerne l'approche psychologique des patients et de leur demande. Cela ne signifie pas que chez l'enfant ou l'adolescent l'abord psychologique doit être négligé. Celui-ci a toujours fait partie du quotidien de l'exercice de tout orthodontiste. Il est possible de dire que chacun a « sa clinique » avec ces/ses jeunes patients. Dans cet article ne sera traité que l'abord de l'adulte ou du grand adolescent (fin de puberté) dont souvent le motif de la consultation est dit esthétique. Chacun doit se forger sa « clinique » car il s'agit d'un « recrutement » inédit.

En tant que psychanalyste, avec des confrères orthodontistes, qui font partie du cercle très restreint de praticiens – ils ne sont que trois ou quatre – qui exercent exclusivement l'orthodontie linguale, nous avons créé un groupe de réflexion sur les spécificités de cette demande de « soins invisibles » et les difficultés rencontrées dans la relation thérapeutique avec ces patients.

En effet, cette exclusivité a pour conséquences que ces orthodontistes sont confrontés de manière plus vive à ce type de demande. À la suite de ces réunions riches en échanges et élaborations sont apparus des éléments plus ou moins évidents. Le propos est ici de voir s'il est possible de donner quelques clés afin d'aborder au mieux ce nouveau type de patient en orthodontie.

The growing demand of orthodontic treatments in adults imposes particular attention with regard to the psychological approach of patients and their demands. But this does not mean that in children or adolescents, the psychological approach must be neglected. This has always been part of the day-to-day practice of all orthodontists. It is possible to say that each one has his own approach with his young patients. This article will discuss about adults or older adolescents (end of puberty) with consultation reasons often concerning aesthetics. Each one must adapt his “private practice” to this new type “recruitment”.

As a psychoanalyst, with orthodontists colleagues who are members of a small circle of practitioners – they are about three or four – who specialize lingual orthodontics, we formed a study group on the specificity of this demand for an « invisible treatment » and the difficulties encountered in the therapeutic relation with these patients.

Indeed with this kind of request, this exclusiveness has as consequences confronted these orthodontists in a more direct way. After these forums rich in exchanges and elaborations appear elements that are more or less evident. The topic here is to see if it is possible to give several pointers in order to approach more appropriately as possible, this new type of patient in orthodontics.

La demande Esthétique

1 - Généralités sur l'Esthétique

Esthétique est un terme dont le champ d'application est vaste allant de la philosophie à l'Art en passant par le design et la médecine.

L'Esthétique se rapporte à ce qui pourrait se définir comme beau par opposition à l'utile et le fonctionnel. Il faut déjà noter qu'avec ces termes nous sommes au cœur de la clinique orthodontique (réhabilitation de la fonction manducatrice, guide antérieur, sourire) mais pas seulement orthodontique de l'Art Dentaire en général.

L'Esthétique est plus généralement dans la science du sensible, ce qui est donné aux sens dans l'intuition ou dans la vision, c'est-à-dire dans l'espace et dans le temps. Ceci a pour conséquence la **PREDOMINANCE DU REGARD**, par opposition à ce qui relève de l'intelligible, de l'entendement ou de la raison pure. À nouveau, l'espace et le temps sont des coordonnées avec lesquelles doit s'organiser la thérapeutique (position des dents dans le sourire, visibilité des incisives inférieures augmentant avec l'âge, encombrement tertiaire et migrations secondaires, vieillissement des dents s'accompagnant d'une modification de leur forme et de leur teinte). En conséquence, dans le langage courant, l'adjectif esthétique est synonyme de beau. Et comme nom, l'Esthétique est une notion désignant l'ensemble des caractéristiques qui déterminent l'apparence d'une chose, souvent synonyme de design, d'aspect physique du corps humain (certains parlent de plastique).

2 - Cependant, synonyme de beau, n'implique pas qu'il y ait : ÉVIDENCE PARTAGÉE

Si à propos de l'Art, nous sommes capables d'entendre cette idée, de la relativité du beau, quand il s'agit de nos patients, nous sommes très ou trop vite, orientés par ce qui serait visible donc évident. Nous devons absolument, laisser ou inviter le patient à dire ce qui l'amène (motif de la consultation) et à partir de là, évaluer si cette demande est dialectisée c'est-à-dire, comment s'articule-t-elle, quelle place ce problème prend dans sa vie et que peut-il en dire. C'est pourquoi nous devons aussi nous attacher à évaluer les attentes du patient (Dang et Drusch, 2008). Le patient attend-il une amélioration, une correction de l'alignement de ses dents ou bien le patient espère-il un résultat qui changerait sa vie ? Face à une telle situation, il faudra absolument « élever notre niveau de vigilance ». Étant peut-être en présence « d'un patient à risque psychologique », nous

The Aesthetic demand

1 - General information on Aesthetics

Aesthetics is a term, which has a vast field of application from philosophy to Art, through design and medicine.

Aesthetics refer to what could be defined as beautiful as opposed to useful or functional. It has to be noted that with these terms we are in the heart of not only clinical orthodontics (rehabilitation of functional manducation, anterior guidance, smile) but also the Art of Dentistry in general.

Aesthetics is generally the science of senses, which gives meaning to intuition or vision, this means in space and time.

Therefore, the **PREDOMINANCE OF OBSERVATION** as opposed to what is comprehensible, understanding or pure reason. Again, space and time are the coordinates with which the treatment has to be organized (position of the teeth in the smile, visibility of the inferior incisors with age, tertiary crowding and secondary drifting of the teeth during aging along with the modification in form and color).

Consequently, in everyday language, the aesthetic adjective is synonym to beautiful. And as the name implies, Aesthetics is a notion indicating all the characteristics, which first determines appearance, often synonym to design, of the physical aspect of the human body (others speak of the "harmonious form of the body").

2 - However, synonym to beautiful does not imply that there is: SHARED EVIDENCE

If based on ART, we are capable of understanding this idea, from the relativity of beautiful, when it concerns our patients; we are very or too fast oriented by what is visible and evident. We should absolutely leave or invite the patient to express his motive for consultation and from there, evaluate if this demand is dialectic, i.e., how it is articulated, what is the importance of this problem in his life and what can be said. That is why we should also be sensitive in evaluating the expectations of the patient (Dang and Drusch, 2008). Is the patient expecting an improvement, straightening his teeth or is the patient expecting a result that will change his life? Faced with this situation, we must absolutely "increase our level of vigilance".

Being perhaps in the presence of a « psychologically at-risk patient », we must always leave him to communicate

devons toujours lui laisser l'espace de parole qui permettra de nous orienter (Choukroun, 2009). Il faut savoir écouter et entendre.

Deux exemples :

Il est fréquent de rencontrer dans notre exercice d'orthodontiste, une situation dans laquelle un patient enfant, accompagné de ses parents, présente un problème orthodontique qui nous semble évident au « 1^{er} coup d'œil » (importante proalvéolie maxillaire familiale par exemple). À la question concernant le motif de la consultation la réponse est : telle dent tourne. Il est donc essentiel de demander au patient ce qui l'amène à nous consulter et d'être attentif à sa réponse, afin que notre regard de professionnel sur la malocclusion ne vienne pas occulter celui du patient.

Autre exemple sensiblement différent : une adolescente accompagnée de sa mère, présente un diastème interincisif maxillaire important et une classe II discrète (décalage des maxillaires entraînant un effet de proalvéolie supérieure). La mère intervient et dit : « je veux que vous lui gardiez son espace, ça me rappelle mon frère mort ! ». La jeune patiente est effondrée. Aujourd'hui cette patiente a fini son traitement, diastème fermé avec une contention drastique. Cela a pris un certain temps pour que sa mère le comprenne.

Il a fallu que je lui demande de répéter ce qu'elle venait de me dire (afin de lui donner une chance de l'entendre) et lors des rendez-vous avant la mise en traitement, j'ai invité toujours ma jeune patiente à faire valoir son point de vue. Je l'ai soutenue dans sa démarche afin qu'elle ose « s'opposer » au vœu de sa mère. La maman a bien compris qu'il n'y avait pas trahison de la part de sa fille et qu'elle ne pouvait pas être porteuse de ce signe mortifère. Ce diastème est un trait physique qui est signifiant pour la maman : elle ferait porter à sa fille un trait l'identifiant à son oncle décédé. Dans ce cas, ce diastème était porteur de l'identité de l'oncle de la patiente et la mère n'y voyait pas autre chose.

3 - Comment évaluer la qualité de la demande du patient ?

En premier lieu le cas particulier de la dysmorphophobie (Ey et coll., 1978).

Il s'agit d'une psychose communément appelée « folie ». Elle consiste en une phobie et une obsession d'un défaut physique, désigné par les patients, comme **LA CAUSE** de leur problème ou en tout cas **DONT LA CORRECTION, L'ÉLIMINATION** pourrait le résoudre.

Cette obsession révèle une pathologie psychiatrique grave qui impose l'**ABSTENTION THÉRAPEUTIQUE** afin de ne pas risquer de faire décompenser le patient (bascule dans la pathologie manifeste) (Tirlet et coll., 2005).

thus guiding us (Choukroun, 2009). It is necessary to know how to listen and hear.

Two examples:

It is frequent in our practice of orthodontics to encounter a situation in which the child patient, accompanied by the parents, presents an orthodontic problem that to us seems evident "at first glance" (e.g. pronounced genetic maxillary proalveoly). As for the question concerning the motive of consultation, the reply was: to turn the tooth. Therefore, it is necessary to ask the patient what brings him to consult and to be attentive to his reply in order that our professional analysis on malocclusion does not obscure that of the patient's perception.

Another appreciably different example: an adolescent accompanied by her mother, presents an important maxillary interincisal diastema and a discrete Class II (maxillary shift bringing about a superior proalveoly effect). The mother intervenes and says: "I want you to leave that space on her teeth, it reminds me of my dead brother!". The young patient is downcasted. To date, this patient has finished her treatment. The diastema is closed with a drastic splint. It took a while for her mother to understand.

It was necessary that I ask her to repeat what she just said to me (so that she would hear it herself) and at the time of the appointment before starting the treatment, I always invited my young patient to speak her mind. I supported her opinions so that she would have the courage to contradict her mother. The mother understood that her daughter had no intention of disobedience and that she cannot carry this morbid symbol. This diastema is a physical trait, which is significant for her mother: she will let her daughter carry this trait to identify with her dead uncle. In this case, this diastema was the identity of the uncle of the patient and the mother did not see otherwise.

3 - How to evaluate the quality of the patient's demand?

First, a case that is particular of a body dysmorphic disorder (BDD) (Ey et al., 1978).

It is a psychosis, commonly called "madness". It is a phobia and an obsession of a physical defect, according to the patients, as **THE CAUSE** of the problem where in any case the **CORRECTION** or **ELIMINATION** could be the solution.

This obsession reveals a severe psychiatric pathology that imposes **THERAPEUTIC ABSTENTION** in order not to risk decompensating the patient (to manifest the pathology) (Tirlet et al., 2005).

C'est pourquoi il est important au cours des premiers rendez-vous de recueillir des éléments d'anamnèse, son passé dans la « consommation de soins » et d'évaluer si le patient a déjà eu des interventions sur le corps.

Par ailleurs, si nous sommes attentifs aux effets et aux « influences » que le patient peut avoir sur nous, en général, nous ressentons quelque chose d'étrange et d'incohérent dans ce qu'il dit, dans la mesure où nous le laissons parler. Soit l'idée du beau en soi ne peut pas être dialectisée, soit l'importance accordée à ce défaut désigné est disproportionnée. Du fait de la structure psychotique de ces patients, la revendication, l'incrimination peut paraître exagérée, imaginaire, alors que pour eux ce défaut est réellement dans ces proportions. C'est pourquoi Il faut **REFUSER** de traiter ces patients, mais pas seulement. Il faut également les inviter à aller consulter leur médecin qui pourra les orienter vers des professionnels de la santé mentale, ou les réorienter vers ceux-ci s'ils sont déjà pris en charge. Hélas, tous les patients, présentant cette structure psychique, la psychose, ne se présentent pas avec une telle évidence. Il n'est pas simple de dire à un patient, qu'il serait préférable qu'il en parle à son médecin généraliste, ou de poser la question de savoir s'il en a déjà parlé à son médecin ?

Il s'agit d'une vraie difficulté pour l'orthodontiste, car les problèmes d'ordre psychologiques sont très souvent vécus comme ayant un caractère péjoratif et entraîne une certaine gêne de la part du praticien. Cependant, par respect pour le patient et dans un souci d'efficacité cela doit être fait. Humainement, déontologiquement, c'est un devoir.

Existe-t-il une petite grille de lecture quand la situation est moins lisible pour le praticien ? Quel guide suivre et quelles précautions prendre afin de ne pas s'engager dans cette demande dite « folle » non au sens péjoratif mais au sens structural ?

Certains éléments peuvent nous guider :

- le nombre élevé de soins et de praticiens : consommation de soins. En général, l'orthodontiste est au moment de la consultation le dernier d'une longue liste de praticiens et d'interventions médico-chirurgicales diverses. En étant attentifs à l'historique des soins, il est possible de se rendre compte du caractère géographique labile des actes, c'est-à-dire que l'obsession n'est pas fixée, d'où les multiples interventions chirurgicales dans la mesure où ces patients trouvent toujours quelques chirurgiens peu attentifs ou peu scrupuleux prêts à tailler dans le corps, en partageant l'évidence avec le patient. D'où des pèlerinages médicaux nombreux et divers.

- Quelle est la place de leur revendication esthétique dans leur vie sociale ? Le signe qui doit alerter c'est la paralysie, l'arrêt que produit ce « défaut » dans la vie du patient.

That is why it is important to gather information from the general history of the patient during the preliminary appointments, treatment history and knowing if the patient has already undergone previous interventions in the body.

In addition, if we are attentive to the impacts and "influences" that our patients can have on us, in general, we will feel something strange and incoherent in what he says, as long as we let him speak. Either the idea of being beautiful about oneself cannot be dialectic, or the importance given to this designated defect is disproportionate. As a result of the psychotic make-up of these patients, the claim, the incrimination can appear exaggerated, imaginary, while for them this defect is really in these proportions. Therefore, not only should the treatments be **REFUSED** in these patients but they should also be referred to mental health professionals, or to reorient them towards the treating practitioner. Unfortunately, patients exhibiting these psychoses are not that easy to detect.

It is not simple to say to a patient that it is best that he speaks to his doctor or ask questions to know if he has already discussed the subject with the latter?

This is a real difficulty for the orthodontist because psychological problems are often lived as having a pejorative connotation and provoke discomfort for the practitioner.

However, with respect to the patient and in the concern of efficacy, this must be done. It is an obligation, humanly and dentally.

Is there a benchmark when the situation is more difficult to be deciphered by the practitioner? Is there a guide to follow and what precautions to take in order not to be caught up in this demand described as "madness", not in a pejorative sense but in a structural sense?

Certain elements can guide us:

- The increase in treatments and consultations with different practitioners: consumption of treatments. In general during the consultation, the orthodontist is the last in the long list of practitioners and diverse medico-surgical interventions. By being attentive to the medical history of the treatments, it is possible to discover the unstable geographical character of these interventions, meaning that the obsession is not fixed, thus the multiplication of surgical interventions as long as these patients finds surgeons that are less attentive or not very scrupulous, ready to perform surgery in the body and approve with the patient what is obvious. This results to numerous and divers medical pilgrimages.

- What is the importance of this aesthetic claim in their social life? The sign that must alert us is paralysis; stopping is a "defect" in the life of the patient.

- Le questionnaire médical, doit informer sur la prise de médicaments et lesquels. Une attention particulière sera portée sur la liste des psychotropes.

Si après avoir tenté de déterminer et d'évaluer le risque dans le profil psychologique du patient il persiste un doute d'avoir affaire à un patient à risque, il est préférable de l'inviter à consulter soit son médecin, soit à l'adresser à un psychanalyste auprès de qui il pourra, le cas échéant, « mettre des mots » sur sa demande.

De préférence pas à un psychanalyste en général, mais à un professionnel dont les coordonnées sont connues et pas de manière anonyme afin de mettre le patient en confiance. Cela se fait ainsi pour les correspondants parodontiste, occlusodontiste ou chirurgien maxillo-facial, dans le cas présent il faut l'adresser à un « chirurgien des mots ».

4 - Soins ou services ?

Agir dans le champ de l'esthétique, du visage, du sourire, fait que si dans la grande majorité des cas il s'agit d'une demande pour améliorer la santé bucco-dentaire du patient (esthétique et fonctionnelle), il arrive parfois que certains patients viennent consulter en demandant au praticien d'être seulement la main, l'outil du geste qu'ils veulent voir accomplir sur leur corps. La position du professionnel de la santé est alors banalisée, déniée et réduite à une compétence technique, à un bras robotisé actionné par la demande du patient.

Un patient qui souhaite tailler dans le réel de son corps, imaginer maîtriser sa plastique, réduire son corps à un objet esthétique façonné par sa toute puissance (Mitz V. et Lustman R., 2007) (Mimoun M., 1996) doit être pour le praticien révélateur d'être confronté à une personnalité très particulière pour laquelle les plus grandes précautions doivent être prises. Il est important et c'est la responsabilité de chacun de savoir s'il veut être « prestataire de service » ou « professionnel de la santé ».

Bien que nos techniques et nos compétences soient fiables, il faut savoir ne **PAS TOUT** traiter. C'est-à-dire ni toutes les demandes, ni toutes les anomalies, car derrière cette « Demande Esthétique » il y a un patient, un sujet (un homme, une femme) qui peut présenter parfois une pathologie incompatible avec un traitement raisonné ou raisonnable. Ce n'est pas faire injure au Code de Déontologie, ni au devoir de soins que, face à certaines demandes, considérer que l'orthodontie n'est pas la réponse appropriée.

Il ne faut pas transformer le patient en objet de soins (même si c'est le vœu de certains). Le soin orthodontique doit être le moteur et le désir commun au patient et au praticien.

- The medical questionnaire must inform us about the intake of medicines and which ones. A particular attention is given on the psychotropic list.

If after trying to determine and evaluate the risk in the psychological profile of the patient there is still a doubt in treating this patient, it is recommended to invite the patient to consult his doctor or refer him to a psychoanalyst to whom he can, if necessary, "put words" into his demand.

Preferably, the patient is referred to a known professional not to any general psychoanalyst. It must not be anonymous in order for the patient to be confident.

That is done for the periodontists, occlusodontists or maxillofacial surgeon. In this present case, the patient is referred to a "surgeon of words".

4 - Treatments or services?

In fact, to act in the field of aesthetics (the face, the smile), in the large majority of the cases it is about asking for an improvement of the dental health of the patient (aesthetic and functional). It may happen that sometimes the patient consult and ask the practitioner to only be the "hand", an acting tool that they want to see operating on their body. Therefore, the role of the health practitioner is simplified, belittled and reduced to a technical skill, to a robotic arm controlled by the patient.

A patient, who wishes to downsize the reality of his body; imagines to control the harmonious form of his body; reduces his body into an aesthetic object fashioned by his almightiness (Mitz V. and Lustman R., 2007) (Mimoun M., 1996).

Being confronted by a very bizarre personality for which great precaution must be made should be a revelation for the practitioner. It is important and the responsibility of each to know if they are "service providers" or "health professionals".

Although our techniques and competences are reliable, it is necessary to know **NOT** to treat, i.e., neither all demands nor all anomalies because behind this "aesthetic demand" there is the patient, a subject (a man, a woman) who can sometimes have an incompatible pathology with the reasoned or reasonable treatment. This is not to defy the Code of Conduct or not to fulfill our duty to treat when faced with certain demands; it is just considering that orthodontics is not the appropriate solution.

The patient should not be transformed into an object of therapy (even if certain desire it). The orthodontic treatment must be the motor and the desire should be common between the patient and the practitioner.

5 - LE MIROIR

Il est difficile de parler de demande esthétique sans parler de miroir et de relation au miroir appelée relation à l'image spéculaire (Tirlet et coll., 2005) dans le vocabulaire psychanalytique. Il est acquis que cette relation n'est pas la même chez le nourrisson et le très jeune enfant, que chez l'adolescent et chez l'adulte.

Chez le jeune enfant, la jubilation devant le miroir face à son reflet est connue. Jacques LACAN a isolé dans le développement de l'enfant, une phase appelée « stade du miroir » dans laquelle l'enfant prend conscience que l'image unifiée dans le miroir est bien la sienne car elle est « validée » par les mots que le parent met sur ce moment, le tenant dans les bras. L'enfant se retourne et sourit à sa mère. C'est la formation du *Je*.

Cette phase va avoir des conséquences subjectives (c'est-à-dire, sur la vie psychique entre-autre) importantes, puisque si l'image n'est pas unifiée et reconnue (par le processus de symbolisation), le corps restera morcelé et l'image toujours autre, pas la sienne.

Elle pourra s'autonomiser (Guy de Maupassant).

Chez l'adolescent, une question se pose, que cherche-t-il, que regarde-t-il pendant des heures dans le miroir ? Il y a certainement un au-delà du miroir. L'adolescent voit son corps se modifier avec la puberté, moment parfois difficile à négocier. Le corps participe intimement à la vie psychique, particulièrement à l'adolescence. Les repères corporels sont bouleversés et le psychisme travaille à la reformulation de ses représentations d'un corps devenu pubère. Il y a modification du ressenti corporel incluant les dimensions des sensations, des émotions et du fantasme.

Chez l'adulte, pour les patients dysmorphophobiques le temps passé devant le miroir peut être infini. Pour les autres, il faut évoquer le rapport au vieillissement. La tendance au jeunisme ambiant fait que certains veulent paraître jeunes. Le rôle de la pression sociale, des magazines de mode développant et révélant un culte du corps toujours plus jeune est aujourd'hui un fait reconnu. La limite entre le normal et le pathologique est complexe et très difficile à saisir. Cette limite est à évaluer à chaque patient et pour chaque praticien. Les patients, ainsi que nous-mêmes, sommes pris dans un discours social, qui par certains côtés est « un peu fou ». Si nous osons pousser à l'extrême ce que ce discours véhicule, nous mourrons à 100 ans mais paraissant 20 ! Cependant, les conséquences pour le patient peuvent être désastreuses d'un point de vue psychique. Nous devons absolument avoir recours aux quelques questions sur l'historique des demandes et des actes médicaux et déterminer quel patient souhaite « améliorer son sourire » et quel autre patient n'aura que « ça en tête ».

5 - THE MIRROR

It is difficult to speak of the aesthetic demand without mentioning the mirror and mirror relationship called specular image relationship (Tirlet et al., 2005) in the psychoanalytic vocabulary. This acquired relationship is not the same in infants and very young children compared to adolescents or adults.

In young children, the joy in front of a mirror facing his reflection is known. During 1936 to 1939, Jacques LACAN identified that in a child's development, a phase known as the "mirror stage" in which the child starts to be aware that the unified image in the mirror is his. While being held in the arms, the child turns and smiles at his mother, the act is then "validated" by the words that the parent gives at that moment. It is the assimilation of "*I*".

This phrase will have important subjective results (i.e. the psychological life), because if the image is not consolidated and identified (by the process of symbolization), the body remains fragmented and the image remains different and not of oneself.

It will be autonomous (Guy de Maupassant).

In adolescents, a question arises, what are they looking for, what do they look at for hours in front of the mirror? There is surely someone beyond the mirror. The adolescent sees his body change with puberty, a period that is difficult to negotiate. The body participates intimately to the psychological life, particularly in adolescence. The body references are perturbed wherein psychology works to reformulate these bodily representations into pubertal. There is a modification in body perception including the dimensions of sensations, emotions and fantasies.

In adults, the time spent in front of the mirror can last forever in patients suffering from BDD. For others, it is necessary to evoke the connection with ageing. The trend of youthfulness causes certain to desire being young. The role of social pressure, fashion magazines developing and publicizing the worship of the body that is always young is nowadays a recognized fact. The limit between what is normal and pathologic is complex and difficult to understand. This limit has to be evaluated in each patient and by each practitioner. The patients, like us, are caught in the social discourse, which by certain is "a little insane". If we dare to push to the extreme what this discourse conveys, we will die at the age of 100 years still looking 20! However in a psychological point of view, the consequences for the patient can be disastrous. We must absolutely have recourse on some questions, on the history of the requests, medical interventions and determine which patients wish "to improve his smile" from those who are obsessed by the idea.

Thus, we can reply to the demand for improvement. In an

Ainsi, nous pourrions répondre à la demande d'amélioration. Dans la consultation orthodontique, la demande est souvent d'améliorer l'alignement et la blancheur des dents (Attal et coll., 2008). Cependant, quand un adulte vient nous consulter, porteur d'une demande esthétique, principalement le sourire, nous n'allons pas à 50 ou 60 ans « lui faire » un sourire de 20 et nos collègues en prothèse l'expérimentent quotidiennement dans le choix des teintes de leurs reconstitutions, par exemple. Le souhait de paraître plus jeune, de lutter contre les effets de l'âge, n'est pas, dans la plupart des cas, signe de pathologie bien sûr, mais doit éveiller notre attention en essayant de cerner la personnalité du patient et ses attentes, qui parfois lui échappent consciemment.

6 - Que faire quand le patient n'est pas satisfait ?

Après un traitement orthodontique un patient peut ne pas être satisfait. Satisfait est un mot mal adapté. En fait, satisfait est plutôt un mot utilisé pour un service et là il s'agit de soins et dans les exemples suivants, il est clair que le problème est bien au-delà de la satisfaction (Chemama et Vandermersch, 2003).

6-1 Cas des traitements avec protocole orthodontico-chirurgical.

Il ne faut prendre à la légère ce type de plainte du patient, y compris face à un franc succès chirurgical. Dans ce type de traitement, il ne faut jamais négliger la plainte d'un patient.

En effet, dans les traitements avec protocole orthodontico-chirurgical, il arrive qu'initialement le patient ait été adressé pour une correction des rapports dentaires. Le voilà pris en charge par un système de soins, qui, même si la décision thérapeutique a été mûrement réfléchie par l'équipe soignante pluridisciplinaire (Canal et coll., 2008) et que le patient ait été accompagné et éclairé dans sa réflexion, dans lequel l'acte chirurgical va modifier son visage, il existe un risque de déstabiliser le patient qui ne se reconnaît plus dans le miroir. La rapidité et l'intensité du changement liées au geste chirurgical participent à cette déstabilisation. Seuls des cas où les patients ne se « reconnaissent » plus (Freud, 1985), et de ce fait se trouvent dans une situation très critique psychologiquement vont être abordés ici. Il est clair que le terme de satisfait est fort inadapté, cela s'apparente plus à un état de vacillement subjectif, voire de détresse.

Cet état est indépendant de la réussite ou non du geste technique et pour le patient, au moins dans un premier temps, cette opération est un échec. Certains, même, souhaitent se faire « ré-opérer dans l'autre sens ».

orthodontic consultation, the demand is often to improve the alignment and whitening of the teeth (Attal et al., 2008). Yet when an adult comes to consult us, with an aesthetic demand (principally the smile), we will not produce a smile of a 20-year-old when the patient is 50 or 60-years-old. While, our prosthodontics colleagues experiment regularly on the choice of colors for their restorations, for example. The desire of being young, to fight against aging, is not in most cases a sign of pathology but must catch our attention while trying to determine the personality of the patient and his expectations, which at times eluded him consciously.

6 - What to do when the patient is not satisfied?

A patient can be unsatisfied after an orthodontic treatment. "Satisfied" is a word that is not suitable. In fact, "satisfied" is a word often used for a service not for a treatment. In the following examples, it is clear that the problem is beyond the word "satisfaction". (Chemama and Vandermersch, 2003).

6-1 Treatment cases with an orthodontic-surgical protocol.

This type of patient's complaint should not be taken lightly, including a significant surgical success. In this type of treatment, the complaint of the patient should never be ignored.

Indeed, in treatments with orthodontic-surgical protocols, it happens that initially the patient was referred for a correction relating to the teeth. In situations when the health-care system took charge of the patient, who, even if the therapeutic decision was carefully thought about by the multidisciplinary medical team (Canal et al., 2008) and that the patient was guided and enlightened in his reflection that surgical intervention will modify his face, there is still a risk of destabilizing the patient who does not recognize himself anymore in front of the mirror. The rapidity and intensity of the changes related to the surgical intervention participate in this instability.

Only the cases where the patients does not "recognize" themselves anymore (Freud 1985), and as a result of this find themselves in a sensitive psychological situation will be discussed in this article. It is clear that the word "satisfied" is not suitable; it implies a subjective destabilized state or even distress.

This condition is independent to the success or not of the technical act and for the patient; at least initially this intervention is a failure. Some may even wish to be "re-operated the other way around".

6-2 Comment permettre au patient de dépasser cette phase critique ?

L'image spéculaire est ténue, unifiée et permet l'identification du jeune enfant parce qu'il y a association du regard (de l'enfant et de sa mère) et de la parole (les mots de la mère le nommant entre autres). C'est donc à un professionnel de la santé mentale que le patient doit être adressé, des psychothérapeutes d'orientation psychanalytiques (psychiatres, psychologues cliniciens ou psychanalystes ; à défaut le médecin généraliste pourra orienter son patient). Ainsi, le patient adressant sa parole pourra essayer de mettre des mots sur ce qu'il ressent. Il semble important que chaque praticien orthodontiste ait un psychanalyste avec qui il peut travailler en confiance, afin si besoin de pouvoir lui adresser un patient nommé (Mitz et Lustman, 2007).

3 exemples cliniques

1^{er} exemple :

Mme AZ : femme très dynamique, cheveux courts (à la garçonne) maman d'une jeune enfant qui l'accompagne à tous les rendez-vous... Elle est traitée par un protocole orthodontico-chirurgical pour un problème d'hyperdivergence faciale très marquée entraînant un sourire gingival important.

Cette patiente est soignée par une consoeur et lors de son rendez-vous post-chirurgical dit : « quand je me suis vue dans le miroir, j'ai été choquée, je suis retombée sur mes pieds... pardon, euh je suis tombée sur les fesses ! » Quel statut accorder à « retombée sur mes pieds » ? Lapsus ? La suite donnera quelques éléments que nous ne nous empresserons pas d'interpréter. Reçue quelques semaines après en urgence pour un problème de blessure liée à un arc, à peine installée sur le fauteuil, elle dit : « je ne me reconnais pas ». Elle m'explique au moment de partir, que « post op' elle a eu un hématome » dont elle montre la localisation : du cou jusqu'au début de la poitrine commençant à baisser l'encolure du tee-shirt... il a fallu arrêter son geste et lui dire qu'elle était crue. (comme si le regard convoqué sur sa poitrine validait quelque chose du féminin, en tout cas le questionnait. Féminin qu'elle avait déjà exposé du côté du maternel en venant avec son enfant en bas âge à tous les rendez-vous). Sans parler d'évidence, cette patiente après la chirurgie se trouvait avec un visage plus doux, plus ovale, plus féminin pour résumer, alors qu'elle avait montré beaucoup de traits et d'attitudes masculines. Était-ce cela « retombée sur mes pieds » ? Elle est allée consulter et parler de ses difficultés avec un psychanalyste et maintenant tout semble être apaisé, et elle accepte sa « nouvelle tête ».

6-2 How can the patient to go beyond this critical phase?

The specular image is held, unified and allows the identification of the young child because there is association with observation (of the child and mother) and verbal expression (words of the mother naming amongst other things). Therefore the patient should be referred to a mental health professional, psychotherapists specializing in psychoanalysis (psychiatrist, clinical psychologists or psychoanalysts; in default of, the general doctor can orient the patient). Thus, the patient can verbalize his sentiments. It seems important that each orthodontist work in confidence with a psychoanalyst in order to refer patients when needed.

Three clinical examples

1st example :

Mrs AZ: A very dynamic woman, short-haired (boy cut) and a mother of a young child whom she brings along during all her appointments. She is treated for an orthodontic-surgical protocol for a very pronounced problem of facial hyperdivergence resulting in a significant gingival smile.

This patient was treated by a colleague and during the postsurgical appointment she said: "when I looked at myself in front of the mirror, I was shocked, unbearable... excuse me, unbelievable!" Why the word "unbearable"? A memory lapse? The following phrases will give some elements that we would rather not interpret. After several weeks, the patient consulted for an emergency due to a wound caused by the arch wire. Hardly seated on the dental chair, she said: "I don't recognize myself". She explained before leaving that "she had a bruise", which she localized: from the neck until the beginning of her chest then started to lower the neckline of her shirt. Her gesture had to be stopped and she was told that she was understood (as if looking at her chest conveyed a validation of something feminine or in any case questioned it). Nevertheless, she has expressed her femininity through maternity by always coming to her appointments with her child.

Without speaking of what is evident, to summarize after surgery this patient was found to have a prettier, oval and more feminine face while she has shown a lot of masculine traits and attitudes. Is this "unbearable"? She went to consult and speak of her difficulties to a psychoanalyst and now she seems to be calmer. She has accepted her "new visage".

2^{ème} exemple :

Mlle CX : Jeune fille de 21 ans, reçue pour une consultation au cabinet de psychanalyse une semaine après une ostéotomie d'avancée mandibulaire. Elle ressentait des douleurs physiques et psychiques intenses. Elle n'en pouvait plus. Elle pleurait en permanence, ne dormait plus : « j'ai pris mon visage en pleine figure ! » dit-elle dès le début de l'entretien. Elle se cachait derrière ses longs cheveux. Avec cette formulation extraordinaire, nous voyons bien la distance entre image spéculaire et image ou idée que l'on a de son visage et qui, quand elles ne coïncident pas, donne cette impression extrêmement déstabilisante et angoissante « d'inquiétante étrangeté » (Freud, 1985).

Tout son entourage lui disait qu'elle n'était pas gonflée, qu'elle avait de la chance, ce qui ne faisait qu'accentuer sa détresse puisque ça la renvoyait à : c'est le résultat final. Elle voulait se faire réopérer. Les rendez-vous avec elle ont révélé, et elle a pu les entendre, que des éléments de sa vie, de son histoire, apparemment bien éloignés de l'esthétique étaient noués même de manière assez lointaine et inconsciente (Freud, 1968) autour de son visage dans le miroir. Sans divulguer ce que la patiente m'a dit, des éléments de l'histoire tragique de sa famille ont ressurgi et étaient noués inconsciemment à son image.

Par ailleurs, le rapport aux hommes et la séduction, relations dans lesquelles son physique, son visage étaient un atout pour elle, ont été perturbés de manière bien plus évidente et consciente. C'est avec une grande difficulté, dans ce choc qu'a constitué pour elle cette opération, qu'elle a pu discerner les différents plans, c'est-à-dire préciser, nommer et hiérarchiser les problèmes. Sans entreprendre une psychanalyse, ces quelques rendez-vous lui ont permis de verbaliser sa douleur et sa détresse et de commencer à accepter le résultat.

3^{ème} exemple : quelques particularités de l'orthodontie linguale.

Tous les orthodontistes ont eu affaire à des patients adultes qui ne voulaient pas finir le traitement, et dont la demande, en fin de traitement avait pris les habits d'une demande d'alignement qui paraît exagérée, d'un petit détail, ces biens connues « finitions qui n'en finissent pas ». Pour le patient c'est souvent la « peur » que le traitement s'arrête, que l'on ne va plus s'occuper de lui. Expliquer au patient qu'il y a une phase de contention longue, un suivi à moyen terme, suffit souvent à désamorcer cette inquiétude que certains patients n'arrivent pas à formuler clairement.

2nd example:

Miss CX: A young 21-year-old woman, consulted with a psychoanalyst a week after a mandibular advancement osteotomy. She felt intense physical pain and psychological anguish. She could not bare it any longer. She kept on crying and does not sleep. At the start of the consultation she said: "I took a slap on the face!" She hid behind her long hair. With this extraordinary expression, we see very well the difference between the specular image and the image of what we have of our face. When this does not coincide, it gives an extremely unstable and stressing impression (worrying strangeness) (Freud, 1985). Her entire entourage told her that she was not swollen and she was lucky.

This did nothing but accentuate her distress concluding that it was the end result. She wanted to be re-operated. The appointments with her revealed and she could hear them, that the elements of her life, of her history, apparently quite far from being aesthetic binds even in a rather remote and unconscious way (Freud, 1968) around her face in the mirror. Without divulging what the patient had told me, these elements of a tragic family history re-appeared and were unconsciously bonded to her image.

In addition, the relationships with men and seduction, relationships in which her body, her face were an asset for her, were obviously and consciously disturbed.

It is with great difficulty, the shock that this operation caused her, which she could have distinguished the various plans, i.e., to specify, name and treat on a hierarchical basis the problems.

Without undertaking psychoanalysis these several appointments allowed her to verbalize the pain she felt and the distress, which helped her finally start to accept the result.

3rd example: some characteristics of lingual orthodontics.

All the orthodontists have dealt with adult patients who did not want to finish their treatment, and whose request, at the end of the treatment had taken the direction of a request for alignment that appears exaggerated, a small detail, this being known as "the completion that is never completed". For the patient, it is often the "fear" that the treatment stops, that we will no longer take care of him. To explain to a patient that there is a long splinting phase, with a medium term follow-up, is often enough to defuse this concern that certain patients do not manage to formulate clearly. satisfied and leave time to do its job. He must refer his patient to a psychoanalyst.

Conclusion

Grâce aux progrès dans la visibilité et la fiabilité des appareillages, en particulier avec l'orthodontie linguale, les orthodontistes sont confrontés à de nouveaux patients dont l'une des conditions de traitement est l'invisibilité de l'appareillage. Certains patients s'engouffrent alors dans une demande qui les dépasse et qui nécessite toute la rigueur et l'attention possible afin d'évaluer les risques pour eux, de les soigner.

En tant que Professionnels de la Santé, le but n'est pas de les éliminer de notre carnet de rendez-vous, mais de se saisir de cette demande pour les réorienter dans des soins ou prise en charge appropriés.

Les exemples pris dans le cadre de protocoles orthodontico-chirurgicaux, l'ont été pour des raisons de clarté, mais ne sont pas les seuls. La plupart des patients bénéficiant de cette prise en charge sont d'emblée ravis d'avoir surmonté l'appréhension de l'intervention et acceptent le résultat.

Le versant « esthétique » de notre métier demande d'être attentifs à ne pas glisser vers la prestation de service qui est malgré tout le penchant actuel du social.

Se priver de la possibilité de prise en charge psychologique des patients, lorsque nous sommes convaincus de leurs difficultés et du risque que nous leur faisons prendre (décompensation) à répondre à toutes leurs demandes engage notre responsabilité de praticien. Nous devons surmonter nos résistances et la plupart du temps quelques rendez-vous permettent de mettre des mots sur des éléments cristallisés. Le patient peut alors formuler une demande et une attente de soins « raisonnées ».

Parfois, confronté à des patients déstabilisés par les résultats, en détresse, le praticien ne peut pas se satisfaire du fait que le temps fera son travail et il doit orienter ce patient vers un praticien pour une prise en charge psychanalytique spécifique.

By reason of the progress in the availability and reliability of the appliances, in particular with lingual orthodontics, orthodontists are confronted with new patients of whom one of the conditions of the treatment is the invisibility of the appliance. Certain patients engulf themselves in a demand that surpasses them and requires a lot of rigor and attention possible in order to evaluate the risk and to treat them. As health professionals, the goal is not to avoid treating these patients but to seize this request and reorient them in more appropriate treatments or care.

The examples taken in the orthodontic-surgical protocols were for reasons of clarity, not the only ones. Majority of the patients benefitting this treatment are happy to have surmounted their apprehension of the intervention and accepted the result.

The "aesthetic" part of our profession requires vigilance as not to turn towards being just a service provider, which despite everything is the current social trend.

To deprive of the possibility of psychological care for the patients, when we are convinced of their difficulties and the risks that we let them take (decompensation) to reply to all their demands, engages our responsibility as practitioners. We should overcome our resistance and most of the time some appointments allow to put words on elements that then become clearer. The patient can eventually formulate a demand and wait for a reasonable treatment.

Sometimes confronted by patients who are destabilized by the results, in distress, the practitioner cannot be satisfied and leave time to do its job. He must refer his patient to a psychoanalyst.

Traduction : Marie-Grace Poblete-Michel

Demande de tirés-à-part :

Franck BENKIMOUN - 77, boulevard du Maréchal Joffre - 92340 Bourg-la-Reine.

Bibliographie

- ATTAL J.P., SIMON J., TIRLET G.
Évaluation de la demande esthétique.
Inform dent 2008;(31). Cat 1
- CANAL P., SALVADORI A.
Psychologie et orthopédie dento-faciale de l'adulte.
In Orthodontie de l'Adulte. Ed: Masson Paris, 2008. Cat 3
- CHEMAMA R., VANDERMERSCH B.
Narcissisme in Dictionnaire de la psychanalyse.
Collection In Extenso. 3^e Ed: Larousse Paris, 2003;264-265. Cat 1
- CHOUKROUN M.G
Le risque psychologique du patient.
Orthodont bioprogress, 2009;2:47-50. Cat 3
- DANG V., DRUSCH J.
Chirurgien-Dentiste et transfert.
Inform dent Paris, 2008;(40). Cat 4
- EY H., BERNARD P., BRISSET C.
Manuel de Psychiatrie. 5^e édition.
Ed: Masson Paris, 1978;464-470. Cat 1
- FREUD S.
L'inquiétante étrangeté – In L'inquiétante étrangeté et autres essais - Folio essais n°93 - *Ed: Gallimard, Paris 1985. Cat 4*
- FREUD S.
Métapsychologie. Folio essais n°30.
Ed: Gallimard, Paris 1968. Cat 4
- LACAN J.
Le Stade du Miroir comme formateur de la fonction du Je – In Écrits pp 93-100. Collection Le champ freudien. *Ed: Seuil. Cat 4*
- MAUPASSANT (De) G.
Le Horla – Folio plus classiques n°1 – *Ed: Gallimard, Paris. Cat 3*
- MITZ V., LUSTMAN R.
SOS Je n'aime pas mon corps ! Chirurgie esthétique et psychanalyse. *Ed: Cygne. Paris, 2007. Cat 4*
- MIMOUN M.
L'impossible limite. *Ed: Albin Michel 1996. Cat 4*
- TIRLET G., DECHARRIERE-HAMZAWI H., ATTAL J.P.
Apprendre à diagnostiquer la « peur d'une dysmorphose ». *Inform dent Paris*, 2005;40. Cat 1