

qui assume les changements d'une position d'existence à l'autre jusqu'à l'impossible, l'impuissance ou l'échec. La proportion est fragile entre corps porteur de l'expérience et corps en apparition dans ses significations comme en attestent ses aléas déclinant les grandes dimensions de la pathologie en psychiatrie, où du royaume des idées nous devons toujours savoir revenir à ce qui les permet. À des fins d'ajustements thérapeutiques, nous proposons une approche méthodologique du corps vécu comme chair et réversibilité dans la perspective de Maurice Merleau Ponty [1] (Dr F. Jover Bureau de la SPCDN, CHU de Nice), du vécu de collection du corps hypocondriaque d'après Arthur Tatossian [2] (Dr B. Giordana) et des dysharmonies entre corps-idem et corpsipse dans les cyclothymies et les schizophrénies d'après les travaux de Paul Ricoeur [3] (Pr D. Pringuey, Président de la SPCDN ou Dr C. Rometti membre de la SPCDN).

Mots clés Phénoménologie psychiatrique ; Corps ; Corporéité ; Hypocondrie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Merleau-Ponty M. *Le visible et l'invisible*. 1964. Paris: Réed Gallimard, Coll; 1979.
- [2] Tatossian A. *Phénoménologie de l'hypocondrie*. In: *Psychiatrie phénoménologique*. Paris: Réédition MJW Fédition; 2014, pp. 195–207. p. 195–207.
- [3] Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Ed Seuil; 1990.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.358>

FA11A

Cyclothymies et schizophrénies comme dysharmonie entre corps-que-j'ai, le même et corps-que-je-suis, l'unique dans un contexte ricoeurien

C. Rometti

Clinique de psychiatrie, CHU de Nice, Nice, France

Adresse e-mail : rometti.c@chunice.fr

Pour l'approche phénoménologique, l'expérience du corps, de soi-même comme de celui de l'autre, fonde l'identité humaine et son enjeu, la subjectivité [1]. Ce que confirme la pathologie psychiatrique dans la description des modalités de désarticulation entre deux corps. Le corps objet, corps-que-j'ai, est chose unique et provisoire, possession au destin de finitude et dont on énumère abondamment les embarras. Le corps sujet, corps-que-je-suis, est « chair », unité vivante et disponibilité relationnelle – dans les corps de travail, corps de repos, corps de plaisir, corps sexuel... corps pluriel multifforme qui assume les changements d'une position d'existence à l'autre, dont on vérifie la fragilité en termes de perte de rôles. Cette distinction de l'avoir et de l'être se reprend avec Paul Ricoeur [2] pour qui l'identité humaine apparaît comme la synthèse permanente entre deux termes : l'idem et l'ipse. L'idem, le même comme identique, est persistance de la substance, stabilité de la structure, le caractère, le passé. L'ipse, l'unique, l'unité, émergence du sujet, est fidélité à soi, permanence de la promesse de la parole tenue, identité mémorielle et promissive, le futur. Sous ce format méthodologique, on peut voir les troubles psychiatriques comme des troubles fondamentaux de l'identité se manifestant par une disjonction idemipse et par la disproportion de ces déterminants et diverses tentatives de rééquilibrage : la dépression caractérisant la suprématie rigide de l'identité idem absorbant l'ipse, la manie et plus généralement le délire témoignant à l'inverse de l'émancipation excessive de l'ipse étouffant l'idem, les schizophrénies traduisant la dislocation idem-ipse et des efforts compensatoires et insatisfaisants de leurs raccords. Cette perspective dégage diverses recommandations thérapeutiques précises [3], relatives à l'aménagement des tensions entre le Soi et ses rôles,

entre l'identité egoïque et la tendance hypernominique, soulignant la fragilité de l'appropriation egoïque des conduites.

Mots clés Corporéité ; Phénoménologie des psychoses ; Identité humaine ; Psychothérapie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Ed Seuil; 1990.
- [2] Tatossian A. *L'identité humaine selon Ricoeur et le problème des Psychoses*. Cercle Herm 1994;1:99–106.
- [3] Kraus A. *Thérapie de l'identité des mélancoliques et des mania-codépressifs*. *Confront Psychiatr* 1998;39:275–99.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.359>

FA11B

Phénoménologie de l'hypocondrie et la confusion des buts et des moyens

B. Giordana

Clinique de psychiatrie, CHU de Nice, Nice, France

Adresse e-mail : giordana.b@chu-nice.fr

Les sensations de faim ou de soif, de chaud ou de froid, la fatigue ou les douleurs bénignes, objectivent banalement l'équilibre invisible entre être un corps et avoir un corps au privilège de ce dernier, ce qui est plus net encore lors de douleurs durables et de maladies graves. Je suis d'autant plus mon corps que je dispose du pouvoir d'être, d'agir et de paraître comme je le veux. Mais cette distance au corps-objet est aussi possibilité d'aliénation de moi à moi. De plus, visible par autrui, mon corps ne peut se soustraire à son regard, mais il saura lui signifier malaise et souffrance. Arthur Tatossian a montré comment et en quoi dans une passion de l'avoir, la conduite hypocondriaque vit le corps objet comme un type très particulier de possession, celle de l'objet de collection. Le corps réalise alors le paradoxe de ne pas avoir valeur d'usage – plus il est précieux, moins il doit être touché, donc utilisable – mais valeur d'échange. Le corps ici n'est pas un outil mais un signifiant : il importe qu'il soit visible et vu car il représente l'invisible, comme les objets historiques évoquent le passé, les objets exotiques, le lointain, les portraits, l'absent ou le disparu, les reliques, le sacré. D'où la confusion entre le médecin et le patient : le médecin identifie le corps du patient comme un instrument à réparer alors que celui-ci lui demande de confirmer l'invisible et pour ce faire présente son corps comme signe de tout ce qu'il déplore dans le présent et dans le passé : la carence ou les imperfections de son corps et de son être, de ses proches, de ses relations affectives et de son enfance. D'où la nécessité pour le thérapeute de ne pas confondre les buts et les moyens.

Mots clés Hypocondrie ; Corps ; Psychopathologie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Tatossian A. *La phénoménologie du corps*. In: « *Le corps en psychiatrie* ». Ed. Masson; 1982. p. 99–103.

Tatossian A. *Phénoménologie de l'hypocondrie*. In: *Psychiatrie phénoménologique*. Réed MJW Fédition: 2014. p. 195–207.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.360>

FA11C

Chair et réversibilité ; depuis « Le visible et l'invisible » (Merleau Ponty), quelle pertinence psychopathologique ?

F. Jover

Urgence psychiatriques Pasteur 2, CHU de Nice, Nice, France

Adresse e-mail : jover.f@chu-nice.fr

Le risque du « nommer » avant le « comprendre » est de méconnaître et de sous-estimer l'expérience de la chair que développe

Merleau-Ponty [1]. Une expérience qui n'est pas claire une bonne fois pour toute, qu'il tente de restituer par ses formules allusives, transitives pour mieux la cerner, sans la trahir et décrire ce qui se passe aux abords des choses, dans cet entre-deux qui laisse son empreinte dans toute la psychopathologie qui se désire phénoménologique. « Comprendre » et « Voir » avant d'« Interpréter » comme le proclamait Binswanger, c'est ici avoir renoncé à saisir pour mettre l'accent sur la dépossession qui l'accompagne et qui nous ramène à notre passivité originelle. À savoir que les choses sont à laisser être, qu'il peut y avoir de l'être sans qu'il est à être posé, dans la persuasion silencieuse du sensible quand il est là sous la main. Un sensible qui ne cesse d'être ambiguë et transcendant, en se gardant de toute positivité, de toute opération de l'esprit qui peut rapidement dévier vers une pensée opératoire comme le dit la clinique. Comprendre que l'il y a du monde sensible est un il y a d'inhérence, qui nous rattache au monde et nous rapporte à l'être, qui n'est pas devant nous, mais nous entoure de toutes parts dans un rapport charnel que nous sommes condamnés à rechercher encore et encore dès lors que nous en serions privés. Privation du monde et de la présupposition de l'autre, résultats d'une intercorporité toujours fragile devant les menaces et leur dépassement qui en même temps m'aident à affermir mes visées et mon identité.

Mots clés Phénoménologie ; Chair ; Réversibilité ; Alexithymie ; Crise suicidaire

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Référence

[1] Merleau-Ponty. *Le visible et l'invisible*. Réed Gallimard, Coll. TEL; 1961, pp. 36. p. 36.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.361>

FA13

SMP – Diagnostic et traitement personnalisés des dépressions : enjeux et perspectives d'avenir

I. Jalenques^{1,*}, C. Lemogne², A. Consoli³, E. Haffen⁴

¹ Service de psychiatrie A et psychologie médicale, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

² HEGP, Paris, France

³ Centre hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

⁴ CHU de Besançon, Besançon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ijalenques@chu-clermontferrand.fr (I. Jalenques)

La dépression unipolaire chez l'adulte est une maladie hétérogène, en raison de la multiplicité des causes et des mécanismes physiopathologiques vraisemblablement impliqués. La résistance thérapeutique est sans doute liée au défaut de mise en évidence de sous-groupes distincts qui nécessiteraient une prise en charge spécifique. Un diagnostic et un programme thérapeutique optimisés pour chaque patient constituent donc un enjeu majeur. La dépression entretient des relations réciproques avec les pathologies somatiques qui peuvent induire des états dépressifs par des mécanismes directs en raison d'une physiopathologie partagée (par exemple inflammatoire) ou indirects, en raison de leur retentissement fonctionnel ou des représentations qui leur sont attachées. Outre les difficultés diagnostiques liées à la comorbidité, une meilleure connaissance de ces mécanismes permet de personnaliser au mieux la prise en charge de la dépression. D'autre part, les états dépressifs sont des marqueurs de risque et de mauvais pronostic de nombreuses affections somatiques, notamment cardiovasculaires : l'élucidation progressive de ces mécanismes est la condition d'une prise en charge efficiente visant à réduire l'impact de la dépression sur le risque ou le pronostic de l'affection somatique. Ces relations réciproques seront illustrées au travers des exemples du cancer et de la maladie coronarienne [1,2]. La dépression chez l'adolescent peut se présenter différemment de celle de l'adulte, d'autant plus que le sujet est jeune. Les risques

évolutifs concernent essentiellement le risque suicidaire, l'abus de substance, une forte morbidité en termes d'adaptation psychosociale et un risque de récurrence. Il est donc primordial de savoir dépister un épisode dépressif caractérisé chez l'adolescent pour bien le prendre en charge, sachant faire la distinction avec des mouvements dépressifs inhérents au processus d'adolescence. Les traitements psychothérapeutiques restent le traitement de première intention chez ces adolescents, même si certains ISRS semblent avoir une action psychotrope efficace [3,4].

Mots clés Dépression ; Résistance thérapeutique ;

Comorbidités somatiques ; Adulte ; Adolescent

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Andersen BL, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. *J Clin Oncol* 32:1605–19.
- [2] Lichtman JH, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129:1350–69.
- [3] Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012;379(9820):1056–67.
- [4] Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328(7444):879–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.362>

FA14

SFRMS – Bien traiter le sommeil pour améliorer le patient psychiatrique

A. Brion

40, boulevard Beaumarchais, Paris, France

Adresse e-mail : agnes.brion@gmail.com

La maladie psychiatrique et les troubles du sommeil sont associés de façon significative ; tout particulièrement l'insomnie dont le concept a évolué (DSM 5, 2013 ; ICSD 3, 2014 [1]) au regard des études récentes qui ont amené à considérer l'insomnie associée aux pathologies psychiatriques comme un trouble comorbide en relation bidirectionnelle et en interaction [2]. Si on considère désormais le rôle fondamental du sommeil sur l'évolution des troubles psychiatriques, on comprend l'enjeu pour les patients psychiatriques d'une prise en charge adéquate de leurs troubles du sommeil. Nous allons interroger cette question à travers trois aspects thérapeutiques actuels :

– dans quelle mesure, la mélatonine, substance chronobiotique, a-t-elle sa place dans le traitement de l'insomnie ? Quels en sont les mécanismes et les risques ; doit-on en craindre un mésusage ?

– les benzodiazépines et leurs agonistes, dont l'efficacité hypnotique est largement évaluée, font actuellement l'objet de la part des autorités de santé d'un projet visant à en limiter la prescription, s'appuyant sur les alertes récentes quant à leur responsabilité potentielle sur la genèse de maladies dégénératives : qu'en est-il réellement de nos connaissances à ce sujet ? Ne confond-on pas corrélation statistique et lien de causalité dans l'analyse de ces données ? Quelles sont les alternatives thérapeutiques pour l'avenir si une telle restriction se confirme ?

– un petit nombre d'études suggère que chez des patients bipolaires, des récurrences d'épisodes thymiques ou des résistances au traitement sont associées à la présence de troubles respiratoires du sommeil [3]. Ce constat incite au développement d'une nouvelle approche multidisciplinaire à même de prendre en compte et de traiter conjointement l'ensemble des comorbidités associées aux troubles de l'humeur.

Mots clés Sommeil ; Insomnie ; Mélatonine ;

Benzodiazépines ; Apnées du sommeil