

– ces états meurtriers sont sauvages, violents, complexes, auto-mates, inexplicables, sans motif conscient, avec au réveil une amnésie totale ou partielle ;

– le prévenu face à ces comportements se retrouve devant les Assises condamné alors que la doctrine devrait conduire à l'irresponsabilité.

Discussion – des critères médico-légaux ont été définis par Bonkalo au 5^e Meeting international de Forensic Science–Toronto 1969 ;

– les actes impulsifs, insensés, survenant au cours de la transition sommeil lent-veille s'inscrivent dans le cadre des parasomnies caractérisées par des éveils incomplets ;

– les générateurs de ces comportements sont les mêmes que ceux de l'épilepsie fronto-limbique ;

– le cerveau est capable de générer des états dissociés avec éveil de certaines structures cortico-sous-corticales et sommeil du lobe préfrontal ;

– le sommeil et l'éveil peuvent se côtoyer dans le temps et l'espace sur le cortex.

Conclusions – dans ce type d'affaire criminelle la répression prédomine ;

– l'expert aux Assises est souvent bafoué, voire humilié ;

– la méconnaissance des avocats, des magistrats, des experts, des jurés conduit à des décisions qui s'opposent au Code pénal ;

– pourtant dans son manuel de médecine légale, Lutaud (1886) rappelait : « Le somnambule endormi peut conduire à des actes criminels et n'en conserver aucun souvenir à son réveil. Il en résulte que, comme l'aliéné, il ne saurait être responsable des actions commises pendant son sommeil ».

Mots clés Crime ; Sommeil ; Somnambulisme ; Confusion de l'éveil ; Irresponsabilité

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.266>

S5B

Clinique de la pédopornographie sur Internet

S. Prat

Forensic Psychiatry Department, McMaster University, Hamilton, Canada

Adresse e-mail : sebastienprat@hotmail.fr

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.267>

S5C

« Je mange, donc je suis » : étude clinique du cannibalisme à partir de cinq cas

S. Raymond

Hôpital Paul Guiraud, UMD Henri Colin, Villejuif, France

Adresse e-mail : raymond.sophie@yahoo.fr

Le cannibalisme consiste à consommer un individu de sa propre espèce. Du fait de la rareté du cannibalisme humain, la littérature scientifique se restreint à des cas isolés à l'image de Dahmer [1], Meiwes [2] ou Sagawa [3]. Afin d'explorer les caractéristiques de patients cannibales, nous avons étudié tous les patients hospitalisés pour cannibalisme à l'UMD H. Colin ces quinze dernières années, soit 5 patients.

Tous sont de sexe masculin (âge moyen 26 ans). Trois patients n'ont pas d'antécédent hétéroagressif. Tous ont des antécédents psychiatriques : trois patients présentent une schizophrénie paranoïde, les deux autres une structure de type perverse.

Dans le sous-groupe de patients schizophrènes, l'acte, non prémédité, semble favorisé par une rupture de traitement ou une prise de toxique. Le délire est au premier plan, ainsi que les perturbations relationnelles avec la victime qui appartient au couple parental,

l'acte cannibalique s'intégrant dans un acte parricide, réaction de défense pathologique visant l'annihilation de la victime. Les zones ingérées correspondent à des zones relationnelles.

Dans le sous-groupe de patients pervers, on retrouve une perte du tabou cannibalique. La relation avec la victime est marquée par l'emprise. Un vécu d'humiliation précipite l'acte, qui semble venir restaurer narcissiquement le sujet dans une jouissance destructrice majeure, avec une dimension sexuelle. Les organes ingérés sont choisis (projet de dégustation).

Notre étude a permis d'identifier deux sous-groupes de patients cannibales, distincts sur un plan clinique et dans la dynamique de l'acte. La petite taille de la cohorte ne nous permet cependant pas de généraliser ces données.

Mots clés Cannibalisme ; Anthropophagie ; Passage à l'acte

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

[1] Jentzen J, Palermo G, Johnson LT, et al. Destructive hostility: the Jeffrey Dahmer case. *Am J Forensic Med Pathol* 1994;15(4):283–94.

[2] Pfäfflin F. Good enough to eat. *Arch Sex Behav* 2008;37:286–93.

[3] Duval P. Le Japonais cannibale. Paris: Stock; 2001.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.268>

S14

Vulnérabilité psychique de l'avancée en âge

P. Clery-Melin

Groupe Sinoue, Clinique du Château de Garches, Garches, France

Adresse e-mail : pcm@groupe-sinoue.com

La transition vers le grand âge s'accompagne de modifications neurobiologiques, physiques, psychologiques et environnementales augmentant le risque de décompensation psychiatrique. Cette vulnérabilité psychique du sujet âgé intègre des dimensions multiples endophénotypiques (génétiques, épigénétiques), diachroniques (traumas précoces, expériences de vie passées) et synchroniques (facteurs de stress actuels liés à la transition vers le grand âge). Les schémas cognitifs précoces inadaptés et les schémas de détresse subjective plus spécifiques de la personne âgée ont été identifiés comme possible marqueur de vulnérabilité psychologique à la dépression [1]. Tout particulièrement la réactivité cognitive, définie comme la propension à l'activation des schémas dans des contextes de stress de moins en moins importants au fur et à mesure des épisodes dépressifs successifs, pourraient être l'expression au niveau psychologique de dysrégulations neurobiologiques sous-tendant la vulnérabilité psychique [2]. Un des mécanismes neurobiologiques souvent impliqué dans cette vulnérabilité psychique du sujet âgé est la perturbation de l'axe du stress (hypothalamo-hypophysosurrénalien) [3] avec une hypercortisolemie sérique et atrophie hippocampique secondaire expliquant aussi que la dépression du sujet âgé représente un facteur de risque important de développer une démence ultérieure [4]. La relation dépression tardive/démence est probablement bidirectionnelle, la physiopathologie de la maladie Alzheimer pouvant aussi induire une atrophie hippocampique, les symptômes dépressifs représente alors un prodrome du processus neurodégénératif. Cette session thématique propose en première partie un exposé du concept de vulnérabilité psychique du sujet âgé particulièrement pertinent dans une démarche de screening de patients à risque pour lesquels des mesures thérapeutiques spécifiques doivent être proposées. Puis sera abordé le concept de réactivité cognitive et ses liens probables avec des dysrégulation des systèmes hippocampiques et amygdaliens. Enfin, les liens entre dépression tardive et démence seront analysés sur les plans épidémiologiques et physiopathologiques.

Mots clés Vulnérabilité psychique ; Sujet âgé ; Dysrégulation émotionnelle

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Antoine P, Antoine C, Nandrino J. Development and validation of the cognitive inventory of subjective distress. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;1175–81.
- [2] Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):749–55.
- [3] Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009;12:434–45.
- [4] Soremekun M, Stewart R, Portet F, Artero S, Ancelin ML, Ritchie K. Neurological signs and late-life depression symptoms in a community population: the ESPRIT study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(7):672–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.269>

S14A

Différentes dimensions de la vulnérabilité psychique du sujet âgé

A. Ionita

Clinique gériopsychiatrique de Rochebrune, Garches, France

Adresse e-mail : adela.ionita@clinique-rochebrune.com

La transition vers le grand âge s'accompagne des modifications neurobiologiques, physiques, psychologiques et environnementales augmentant le risque de décompensation psychiatrique. Cette vulnérabilité psychique du sujet âgé intègre des dimensions multiples endophénotypiques (génétiques, épigénétiques), diachroniques (traumas précoces, expériences de vie passées) et synchroniques (facteurs de stress actuels liés à la transition vers le grand âge). Les troubles psychiatriques, sous diagnostiqués dans ce groupe d'âge sont représentés notamment par la dépression, suivie des troubles anxieux, abus de substance et suicide. Un des mécanismes neurobiologiques impliqué dans cette vulnérabilité psychique du sujet âgé est la perturbation de l'axe du stress (hypothalamo-hypophyso-surrénalien) [1]. Deux profils sont retrouvés dans la dépression chez la personne âgée : une hypercortisolémie urinaire, marqueur de vulnérabilité à la dépression à tout âge et l'hypocortisolémie urinaire retrouvée chez des personnes âgées déprimés avec plus de fragilités physiques [2]. L' hypercortisolémie sérique est une cause possible d'atrophie hippocampique secondaire, la dépression du sujet âgé représentant ainsi un facteur de risque important d'une démence ultérieure [3]. La relation dépression tardive/démence est probablement bidirectionnelle, la physiopathologie de la maladie Alzheimer pouvant induire une atrophie hippocampique, les symptômes dépressifs représentent alors un prodrome du processus neurodégénératif.

La dépression représente le trouble psychiatrique le plus fortement associé aux conduites suicidaires chez la personne âgée (60–90% des cas). La vulnérabilité suicidaire chez le sujet âgé semble avoir comme mécanismes étiopathogénique spécifique le vieillissement pathologique [4]. L'atrophie cérébrale au cours du vieillissement affecte les circuits connectant le cortex frontal aux noyaux gris centraux qui jouent un rôle important dans la régulation des comportements, des émotions et des fonctions cognitives complexes.

Détecter la vulnérabilité psychique chez le sujet âgé est particulièrement pertinent dans une démarche de screening des patients à risque pour lesquels des mesures thérapeutiques spécifiques doivent être proposées.

Mots clés Vulnérabilité psychique ; Sujet âgé ; Axe du stress

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009;12:434–45.

- [2] Penninx BW, Beekman AT, Bandinelli S, Corsi AM, Bremner M, Hoogendijk W, et al. Late-life depressive symptoms are associated with both hyperactivity and hypoactivity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(6):522–9.
- [3] Soremekun M, Stewart R, Portet F, Artero S, Ancelin ML, Ritchie K. Neurological signs and late-life depression symptoms in a community population: the ESPRIT study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(7):672–8.
- [4] Richard-Devantoy S, Jollant F. Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Sante Ment Quebec* 2012;37(2):151–73.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.270>

S14B

Le concept de réactivité cognitive comme marqueur de vulnérabilité psychique du sujet âgé

A. Braitman

Clinique gériopsychiatrique de Rochebrune, Gériopsychiatrie, Garches, France

Adresse e-mail : alexis.braitman@clinique-rochebrune.com

Les schémas cognitifs précoces inadaptés et les schémas de détresse subjective plus spécifiques de la personne âgée sont de possibles marqueurs de vulnérabilité psychologique à la dépression [1]. Plus particulièrement, la réactivité cognitive a été identifiée comme facteur prédictif de rechute parmi des sujets atteints de trouble dépressif récurrent en rémission [2]. Elle est la propension à l'activation des schémas dépressiogènes dans des contextes de stress de moins en moins importants au fur et à mesure des épisodes dépressifs successifs. Elle témoigne d'un style ruminatif de réponse au stress, d'un déficit de contrôle de l'attention et de l'activation excessive d'un processus de contrôle des divergences qui pourraient être l'expression au niveau neuro-psychologique des dysrégulations neurobiologiques sous-tendant la vulnérabilité psychique. En effet, cette conception de la vulnérabilité à la dépression soutient l'existence d'un défaut de régulation corticale sur l'activité hippocampique et amygdalienne [3]. Mieux comprendre ses facteurs de risque cognitifs est primordial pour le développement de stratégies de prévention efficaces de la rechute dépressive chez le sujet âgé. La thérapie des schémas et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) sont particulièrement pertinentes concernant ce trait. Les premières études du protocole de thérapie de groupe MBCT pour les personnes âgées montrent que cette intervention non pharmacologique est acceptable et associée à des changements positifs [4]. Ce programme de thérapie cognitive consiste moins en une restructuration cognitive visant un contrôle émotionnel qu'à un changement dans le mode de relation avec l'émotion perturbatrice et les ruminations.

Mots clés Vulnérabilité à la dépression ; Sujet âgé ; Réactivité cognitive ; Stratégies de prévention

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Antoine P, Antoine C, Nandrino J. Development and validation of the cognitive inventory of subjective distress. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;1175–81.
- [2] Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):749–55.
- [3] Marchetti I, Koster EHW, Sonuga-Barke EJ, De Raedt R. The default mode network and recurrent depression: a neurobiological model of cognitive risk factors. *Neuropsychol Rev* 2012;22(3):229–51.
- [4] Foulk MA, Ingersoll-Dayton B, Kavanagh J, Robinson E, Kales HC. Mindfulness-based cognitive therapy with older adults: an exploratory study. *J Gerontol Soc Work* 2014;57(5):498–520.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.271>