



Info-documentation

Rubrique : « Nous avons lu pour vous »

Les articles que nous avons sélectionnés sont extraits du numéro spécial de la Revue de GERIATRIE:

23^{ème} Congrès International de la Société de Psycho gériatrie de Langue Française qui s'est tenu les 19, 20 et 21 Septembre 2007 à Limoges.

« La psychose hallucinatoire chronique »

La Psychose Hallucinatoire Chronique (PHC) existe-t-elle ? La schizophrénie tardive peut-elle débuter tardivement voire très tardivement ? La nosographie française et anglo-saxonne divergent. Toutefois un consensus sur la schizophrénie tardive a été réalisé en 2000.

La clinique de la PHC comporte des hallucinations variées sans symptômes dissociatifs ou négatifs.

La clinique de la schizophrénie à début tardif, elle, est proche de la PHC mais avec parfois un syndrome dissociatif.

Dans cet article, l'auteur, tente de montrer, malgré l'absence de critères spécifiques internationaux que la PHC et la schizophrénie à début tardif ont des caractéristiques très proches.

Auteur correspondant : Dr Jean ROCHE (CHU de Lille) (pages 3 à 7)

« Démotivation et hypo frontalité chez la personne âgée »

La démotivation est fréquente chez la personne âgée et passe volontiers inaperçue, ce qui explique qu'elle soit insuffisamment prise en compte. Elle peut survenir sur un terrain dépressif. Elle s'intrique avec le vieillissement frontal. De plus, des problèmes somatiques interfèrent avec la démotivation.

Chez la personne âgée, la démotivation gomme l'intensité de la douleur morale. La dépression peut prendre chez elle le masque d'une démotivation dans sa forme conative et précipiter un syndrome dysexécutif.

Avec les années, la personne âgée est confrontée à des pertes, le plus souvent non compensées : affectives, matérielles ou physiques qui favorisent le désinvestissement.

Les auteurs préconisent systématiquement le dépistage de la démotivation et les difficultés exécutives. La thérapie anti-dépressive est indispensable au moindre doute, améliorant l'état thymique, les performances cognitives, la qualité de la vie du malade et de sa famille, l'état nutritionnel et le syndrome dysexécutif.

Auteur correspondant : Dr Philippe THOMAS (Centre Hospitalier d'Esquirol –Limoges) (pages 8 à 19)

E-mail : centre-hospitalier-esquirol2@wanadoo.fr

« Le syndrome de glissement »

Le Syndrome de Glissement est un concept purement français qui n'est pas reconnu par les Anglo-saxons. Pourtant la réalité clinique est évidente pour tous les cliniciens proches des personnes âgées.

Il s'agit d'une personne âgée, aux antécédents médicaux chargés qui, après un épisode somatique aigu dont il se remet à peine, présente brutalement une altération massive de l'état général assortie d'une opposition aux soins et d'une volonté de mourir.

La question de la place de la dépression est centrale dans le Syndrome de Glissement tant le tableau clinique peut être évocateur d'une dépression mélancolique.

De l'expérience de l'auteur, environ un patient sur deux peut bénéficier d'un traitement anti-dépresseur, ce qui améliore notablement le pronostic généralement établi. L'auteur précise que la discussion autour de cette question reste ouverte.

Auteur correspondant : Dr Nadine BAZIN (Centre Hospitalier de Versailles) (pages 82 à 85)

E-mail : nbazin@ch-versailles.fr

« Maladie de Parkinson : qualité de vie aidant /patient »

L'article précise la notion « qualité de vie », ses composants subjectifs et objectifs, ses relations avec les aspects cognitifs, sensitifs et motivationnels de la « représentation subjective de sa maladie » par le patient avec maladie de Parkinson.

Le fardeau familial (économique, physique, psychologique et social) dans une pathologie chronique est analysé avec les facteurs qui les déterminent.

Une interdépendance entre les qualités de vie de l'aidant et du patient est discutée.

Auteur correspondant : Dr J.M GLOZMAN (Moscow State University)
(pages 42 à 55)

E-mail : glozman@mail.ru

« Les somatisations de la personne âgée »

La personne âgée est dans une succession de pertes qui inévitablement ont pour conséquences l'apparition de somatisations.

Il y en a de trois types : les somatisations des retraités, les somatisations anciennes et les somatisations récentes. Le diagnostic est essentiel. Les auteurs insistent sur le fait que ce dernier soit fait d'autant que la somatisation est inscrite dans la nomenclature internationale.

Ce diagnostic ainsi fait doit aboutir à la mise en œuvre d'une thérapie adaptée qui passe par la psychothérapie en face à face et par la relaxation psychothérapique.

Auteur correspondant : Dr Yves RANTY (5 rue Dupuytren 87000 Limoges)
(pages 108 à 113)