Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 27 (1991)

Heft: 1

Artikel: Die Integration der Psychorheumatologie in die tägliche Praxis

Autor: Weintraub, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930035

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 18.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die Integration der Psychorheumatologie in die tägliche Praxis

Originalbeitrag von Dr. med. A. Weintraub, Zürich

Der Integration der Psychorheumatologie in die tägliche Praxis sind im diagnostischen wie im therapeutischen Bereich einige Grenzen gesetzt. Es wird auf die Schwierigkeiten und Hindernisse eingegangen, die beim Patienten, beim Arzt und beim Kostenträger liegen. Sie sind überwindbar durch ein vertieftes psychorheumatologisches Krankheitsverständnis, das allen Beteiligten zugute kommt: dem Patienten, weil es ihn vor iatrogenen Schädigungen schützt, dem Arzt, weil er mit seinen «Problempatienten» besser umzugehen versteht, und schliesslich dem Kostenträger, dem unnötige finanzielle Belastungen durch fruchtlose Abklärungen und erfolglose Behandlungen erspart werden. Das gute Arzt-Patient-Verhältnis in der täglichen Praxis bildet die Grundlage des ganzen Geschehens, dennoch ist die vermehrte Zusammenarbeit mit medizinpsychologischen Fachkräften, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern notwendig, um die vielschichtigen Aufgaben zu bewältigen, die durch den funktionellen psychosomatischen Kranken gestellt werden und die oft über den Kompetenzbereich des niedergelassenen Arztes reichen.

1. Begriffsbestimmung

Die Psychorheumatologie befasst sich einerseits mit allen psycho- und sozioreaktiven Begleit- und Folgeerscheinungen organischer Rheumaerkrankungen, anderseits mit Schmerzzuständen des Bewegungsapparates, bei deren Entstehung und Verlauf psychische und soziale Faktoren die entscheidende Rolle spielen und bei welchen die genauen und wiederholten Abklärungen keine oder keine adäquaten Ursachen organischer Natur eruiert werden. Sie sind als körperlicher Austrag einer innerpsychischen oder psychosozialen Konfliktsituation zu verstehen und spielen sich als sogenannte Somatisation auf dem Boden von Neurosen, speziell Konversionsneurosen, und larvierten Depressionen ab (Abb. 1). Grundsätzlich davon zu unterscheiden sind die psychischen und psychosozialen Folgen von organischen Rheumaerkrankungen. Ängstliche und depressive Zustände, berufliche und familiäre Nöte sind als somatopsychische Störungen bei allen chronischen und invalidisierenden Leiden zu beobachten und bedürfen ärztlicher Betreuung. Auf diese selbstverständliche ärztliche Aufgabe soll im folgenden nicht speziell eingegangen werden.

Abbildung 1:
Psychosomatische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates

Krankheiten	*Psychodynamik*	*Klassifizierung*
A. Mit strukturellen oder funktionellen Veränderungen	Angst reaktive Depression Krankheitsgewinn psychosoziale Probleme	somatopsychische Begleitsymptome
B. Ohne strukturelle oder funktionelle Veränderungen	Konversion larvierte Depression	psychosomatische Schmerzsyndrome i.e.S.

2. Probleme und Hindernisse der Integration in die tägliche Praxis

Der psychorheumatische Schmerzpatient imponiert als somatischer Kranker. Er klagt ausschliesslich über Schmerzen, fühlt sich krank und arbeitsunfähig und wirkt aggravatorisch. Seine Schmerzschilderung ist, im Gegensatz zum organisch Kranken, diffus, wechselnd, nicht einzuordnen. Er geht dem Arzt schliesslich auf die Nerven, langweilt ihn. Nicht zuletzt wirken sie auf ihn frustrierend wegen der Therapieresistenz.

Vordergründig braucht der Patient nicht unbedingt psychisch auffällig zu sein. Er ist zu allen therapeutischen, auch invasiven Massnahmen bereit, nicht selten erscheint er therapiesüchtig. Wegen der Therapieresistenz kommt es zur Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung, der Patient wird an immer höhere Stufen der medizinischen Hierarchie verwiesen, wo er sich als «Koryphäenkiller» erweist, dem D. Beck (1979) eine Monographie gewidmet hat. Denn, solange diesem Kranken nur auf somatischer Ebene begegnet wird, ist keine endgültige Besserung zu erwarten. Am Ende drohen Chronifizierung, Invalidisierung und Berentung.

Welches sind nun die besonderen Hindernisse der Integration in die tägliche Praxis?

Sie liegen auf 3 verschiedenen Ebenen:
- beim Patienten,
- beim Arzt,

Abbildung 2:
Schmerz als Konversionsneurose

Fernhalten von verpönten Wünschen oder Affekten

Poena = Strafe, Busse
Pain (engl.), peine (franz.) = Schmerz
Penalty = Bestrafung

Quelle:
Adler, R.: Schmerz
In Von Uexküll, Th.:
Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin (U&S)

– beim Kostenträger.
Diejenigen auf der Seite des Patienten habe ich bereits teilweise angesprochen. Es muss an dieser Stelle betont werden, dass die Beschwerden des psychorheumatischen Schmerzpatienten echt sind. Viele Menschen sind nicht imstande, ihre Konflikte auf psychisch-intellektueller Ebene auszutragen; sie werden auf die körperliche Ebene konvertiert: es kommt zu konversionsneurotischen Zuständen, die weitgehend unbewusst sind (Adler, 1979) (Abb. 2). Auch wenn der Konflikt bewusst ist, scheut der Mensch im allgemeinen den Weg zum Psychiater, weil er ihn als diskriminierend empfindet. Er zieht es vor, mit einem «Präsentiersymptom» zu einem Nichtpsychiater zu gehen.
Nicht selten wird der Arzt als Verbündeter in psychosozialen Störungen ge- beziehungsweise missbraucht, die psychische Auseinandersetzung mit dem Konflikt umgangen. Last but not least ist das Problem des Kostenanteils des Patienten nicht ausser acht zu lassen, da somatische Behandlungen im Gegensatz zu psychotherapeutischen vom Kostenträger übernommen werden. Und schliesslich lehrt die Erfahrung, dass der Patient leichter Schmerzen erträgt als den primären oder sekundären Krankheitsgewinn aufzugeben (Abb. 3).
Die *ärztlichen Probleme und Schwierigkeiten* der Integration psychorheumatischer Schmerzpatienten beruhen auf:
- der weitschichtigen Differentialdiagnose eines rheumatischen Schmerzzustandes;
- den Grenzen des ärztlichen Kompetenzbereiches;
- der unzureichenden psychosomatischen Ausbildung;
- der ökonomischen Situation des Arztes.

Es ist keine Frage, dass die bisherige universitäre und klinische Ausbildung ungenügend ist. Trotz aller wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Schmerzpsychologie wird immer noch von dem Irrtum ausgegangen, dass jedem Schmerz ein somatisches Substrat zugrunde zu liegen habe. Dies führt zur unablässigen Suche nach der organischen Schmerzursache, zur Angst, irgendein noch verfeinerteres Diagnostikum ausser acht gelassen zu haben.

Abbildung 3:
Primärer Krankheitsgewinn

Primärer Krankheitsgewinn:
- Neutralisation des Konflikts.

Sekundärer Krankheitsgewinn:
- neue Beziehungsmöglichkeiten;
- neue Existenzgrundlagen.

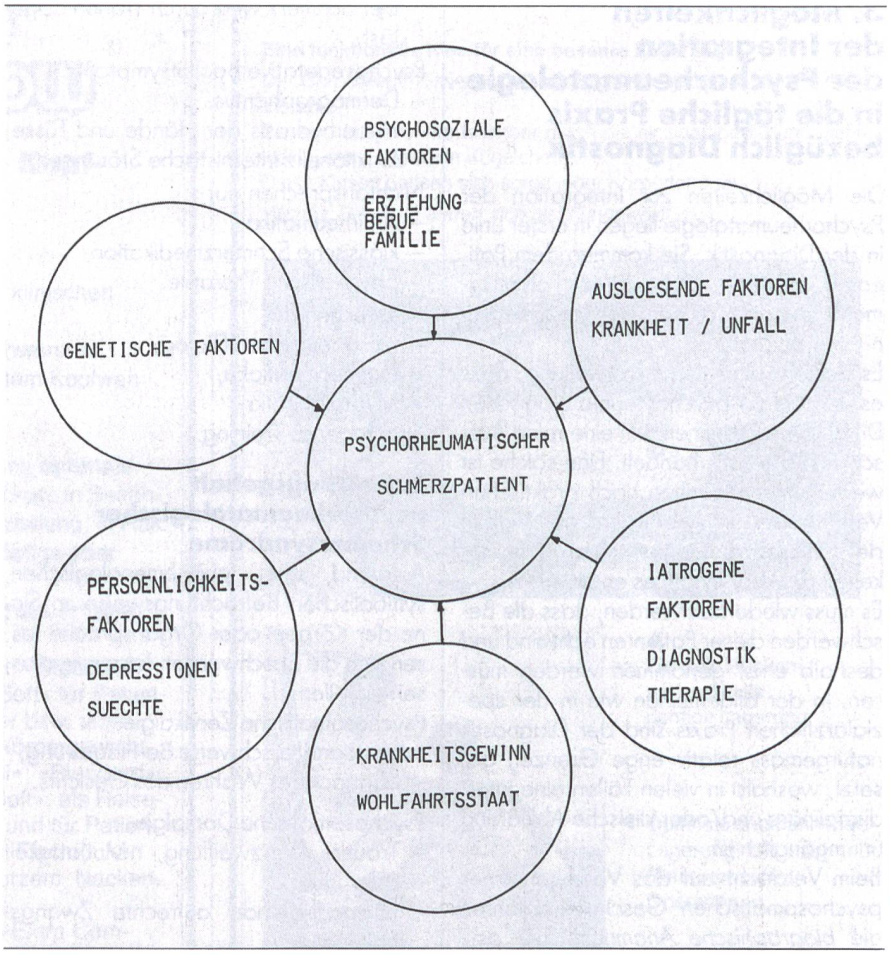


Abbildung 4: Pathogene Faktoren

Ebenso fällt ins Gewicht, dass viele Ärzte sich der eigenen Grenzen bewusst sind. Wie weit soll und kann er sich zeitlich und psychisch engagieren? Ist er bereit, die Beziehung zu einem Problempatienten zu vertiefen, sich dessen innerpsychischen oder psychosozialen Konflikts anzunehmen, ihm bei der Lösung behilflich zu sein? Oft sind es gerade diejenigen Ärzte, die sich in verantwortungsvoller Weise ihrer Grenzen bewusst sind, welche sich davor fürchten und am Prinzip festhalten, lieber gute Somatiker als schlechte Psychotherapeuten zu sein. Wer könnte ihnen dies nicht zugute halten?
Das vertiefte Eingehen auf den Patienten mit psychorheumatischen Schmerzen ist jedoch nicht nur ein psychologisches, sondern auch ein zeitliches Problem. Dadurch stellt es einen Faktor in der ökonomischen Situation des Arztes dar. Denn: Die psychosomatische Schmerzkrankheit hat keinen Stellenwert beim Kostenträger, ausgenommen, der Arzt beschäftigt sich mit dem körperlichen Symptom. Es besteht ein Missverhältnis in der Kostendeckung, indem manuell-technische Leistungen weit höher honoriert werden als ärztliche Zuwendung und ärztlich-therapeutisches Gespräch. Diese Situation hat eine prohibitive Auswirkung auf ein vertieftes Arzt-Patient-Verhältnis. Für die in der Praxis so häufigen funktionellen Patienten, für die ärztliche Zuwendung und ärztliches Gespräch absolut entscheidend wäre, wird nur aufgekommen, wenn eine somatische Diagnose vorliegt. Die ökonomische Problematik hat z. B. in den USA dazu geführt, dass der psychosomatische Kranke nur somatisch behandelt wird und relativ rasch dem Fachpsychotherapeuten zugewiesen wird. Ich wage zu behaupten, dass bei uns dem somatischen Bereich mit Scheindiagnosen und Scheintherapien grösste Bedeutung zugemessen wird.
Der Konflikt zwischen ärztlichen Eigeninteressen und ärztlicher Ethik ist nicht zu übersehen (Pellegrino, 1986). Er wirkt sich sehr oft in negativer Weise auf therapeutische Strategien aus, ganz allgemein auf die ärztliche Tätigkeit und auf den Arzt selbst. Nicht mangelnde Ethik oder fachliches beziehungsweise psychologisches Unverständnis sind es, sondern medizinstrukturelle Realitäten, die dem Arzt durch den Kostenträger aufgezwungen werden, die zur iatrogenen Chronifizierung vieler psychosomatischer Patienten beitragen.

3. Möglichkeiten der Integration der Psychorheumatologie in die tägliche Praxis bezüglich Diagnostik

Die Möglichkeiten zur Integration der Psychorheumatologie liegen in erster Linie in der Diagnostik. Sie kommen dem Patienten zugute, schützen ihn vor Polypragmasie und sind von enormer sozialmedizinischer Bedeutung.
Es besteht die falsche Vorstellung, dass es sich, um zur psychorheumatologischen Diagnose zu kommen, um eine reine Ausschlussdiagnostik handelt. Eine solche ist weder unter klinischen noch praktischen Verhältnissen in Anbetracht der Vielfalt der differentialdiagnostischen Möglichkeiten denkbar (Mathies et al., 1979).
Es muss wiederholt werden, dass die Beschwerden dieser Patienten echt sind und deshalb ernst genommen werden müssen. In der allgemeinen wie in der spezialärztlichen Praxis sind der Diagnostik naturgemäss relativ enge Grenzen gesetzt, weshalb in vielen Fällen eine interdisziplinäre und/oder klinische Abklärung unumgänglich ist.
Beim Verdacht auf das Vorliegen eines psychosomatischen Geschehens führen die *biographische Anamnese,* die *psychorheumatologische Schmerzanalyse* weiter, zusammen mit einem modifizierten psychosomatischen Krankheitsverständnis, welches den Arzt befähigt, den *Bedeutungsgehalt* eines «offerierten Symptoms» zu erkennen und dementsprechend zu handeln.

Biographische Anamnese:

- zeitliche Beziehung zu Konfliktsituationen;
- belastende Familienanamnese;
- andere funktionelle Störungen;
- Zahl der bisherigen Abklärungen;
- Art und Wirkung früherer Behandlungen.

Psychorheumatologische Schmerzanalyse:

Lokalisation
- para- oder interskapulär;
- Nacken oder Kreuz, oft gleichzeitig, inkonstant;
- Panalgesie.

Schmerzschilderung
- «wahnsinnig»;
- «unerträglich»;
- «furchtbar»;
- bei inadäquater Mimik.

Verschwinden des Schmerzes
- bei Ablenkung, in Freizeit und Ferien;
- im Schlaf;
- beim Zusprachekommen des Konflikts: Der Schmerz wird durch Tränen abgelöst.

Psychovegetative Begleitsymptome
- Dermographismus;
- Hyperhydrosis der Hände und Füsse;
- funktionelle internistische Störungen.

Nichtansprechen auf
- Antirheumatika;
- klassische Schmerzmedikation;
- physikalische Therapie.

Ansprechen auf
- therapeutischen Dialog;
- Psychopharmaka;
- Myorelaxantia;
- autogenes Training.

Bedeutungsgehalt psychorheumatologischer Schmerzsyndrome

Aufgrund einer phänomenologischen, symbolischen Betrachtungsweise im Sinne der Körper- oder Organsprache lassen sich die Beschwerden folgendermassen einteilen:

Psychosomatische Zervikalgie:
- emotional erschwerte Be-Haupt-ung;
- hartnäckiges Wahren des Gesichts.

Psychosomatische Dorsalgie:
- Trauer, Verzweiflung, Mutlosigkeit oder
- kompensierende aufrechte Zwangshaltung.

Psychosomatische Lumbalgie:
- psychische Überbelastung;
- Sprunghaftigkeit;
- Frustration, besonders bei gestörter Sexualität.

Psychosomatische Brachialgie:
- gehemmte Aggression: Wut, Zorn Symbol: geballte Faust.

Psychosomatische Beinschmerzen:
- «nicht mit beiden Beinen auf der Erde stehen»;
- «nicht Fuss fassen können»;
- «Schwache Knie bekommen»;
- «den Boden unter den Füssen verlieren».

Die generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie, «Fibrositis») gehört ebenfalls zu den psychorheumatologischen Schmerzsyndromen. Sie wird oft verkannt und führt in der überwiegenden Zahl der Fälle zu Arbeitsunfähigkeit und Berentung (Weintraub, 1989; Seidl und Klussmann, 1989).

4. Möglichkeiten der Integration der Psychorheumatologie in die tägliche Praxis bezüglich Therapie

Die Therapiemöglichkeiten hängen in der täglichen Praxis im wesentlichen ab von der Persönlichkeit des Arztes, sowohl von der subjektiven Einstellung zum psychischen Problempatienten wie von seiner Aus- und Weiterbildung. Dabei ist es irrelevant, ob er eine allgemeine oder spezialärztliche Praxis führt. Entscheidend sind der Wille zum verstärkten Engagement und die organisatorisch-ökonomischen Voraussetzungen. Um diesen letzteren Punkt vorauszunehmen, muss bedacht werden, dass, um eine Praxis einigermassen finanziell zu sichern, der Arzt nolens volens gezwungen ist, sein Patientengut diagnostisch und therapeutisch auszunützen. Mit einer vorwiegend psychosomatisch ausgerichteten Praxis ist eine materielle ärztliche Existenz nicht möglich, zumindest nicht in der heutigen Medizin, worauf bereits hingewiesen wurde.
Abgesehen davon bieten längst nicht alle psychorheumatischen Patienten die Grundlage für eine Psychotherapie des niedergelassenen Praktikers. Auf die mannigfaltigen Hindernisse wie Herkunft, Sprache, Persönlichkeitsstruktur u.v.a. kann hier nicht eingangen werden (Abb. 4).
Die therapeutische Integration des psychorheumatischen Kranken bewegt sich auf verschiedenen Wegen, die sich, wenigstens zeitweise, überschneiden können. Es handelt sich um die zudeckenden-palliativen und aufdeckenden-kausalen Behandlungsmethoden, die in folgender Übersicht aufgeführt sind.

Zudeckende-symptomatische Behandlung:

- Antirheumatika,
- Analgetika,
- Myorelaxantia,
- Psychopharmaka,
- physikalische Therapie,
- autogenes Training,
- Tanztherapie.

Aufdeckende-kausale Behandlung:

- therapeutischer Dialog,
- Gruppengespräche,
- körperorientierte Psychotherapie,
- Fachpsychotherapie.

Grundsätzlich gibt es kein Behandlungsschema. Jeder psychorheumatische Patient bedarf einer ganzheitlichen individuellen Aufmerksamkeit und Zuwendung. Die Therapie richtet sich nach der frühzeitigen Erkennung der innerpsychischen oder psychosozialen Konfliktsituation. Daraus ergibt sich die wichtige Feststellung, dass der niedergelassene Allgemeinmediziner weit überfordert wäre, würde er annehmen, er sei zur Lösung von Konflikten am Arbeitsplatz oder in der Familie zuständig. Es kann sich in den

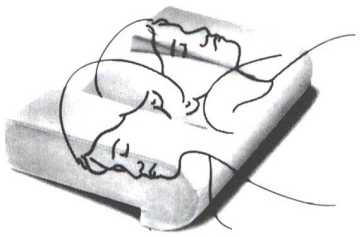
the pillow®

die orthopädische Kopf- und Nackenstütze

Aufgrund der ausgedehnten klinischen Prüfung indiziert bei:
- Nacken- und Schulterbeschwerden
- hartnäckigem und resistentem Kopfweh
- Rückenbeschwerden.

«the pillow»® ermöglicht eine **optimale Lagerung** von Kopf und Nacken: in Seitenlage bleibt der Kopf in Mittelstellung, in Rükkenlage entsteht eine unauffällige aber wirksame Extension.
Die Bewegungsfreiheit bleibt voll erhalten.

Es gibt **3 Modelle:** Normal: «Standard» und «Soft» für Patienten über bzw. unter 65 kg Körpergewicht. «Travel»: «Standard» und «Soft», als Reisekissen und für Patienten mit Flachrücken oder kurzem Nacken.



NEU: «Extra Comfort», aus Latex (Naturmaterial), «Standard» und «Soft», besonders angenehm und dauerhaft.

the pillow®: das professionelle Kissen, das den spontanen Schmerzmittelkonsum signifikant senkt.

Senden Sie mir bitte:

❒ Prospekte und Patientenmerkblätter zum Auflegen
❒ eine vollständige Dokumentation
❒ einen Sonderdruck der Publikation «Evaluation eines Kopfkissens bei cervikalen Beschwerden» aus der Schmerzklinik Basel.

BERRO AG
Postfach
4414 Füllinsdorf

Stempel

CorpoMed®-Kissen

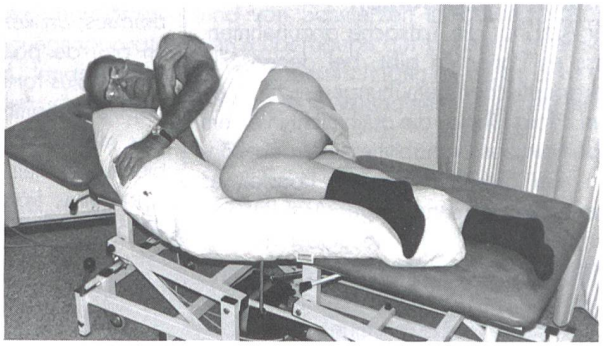
Eine funktionelle Idee für eine bessere Lagerung

Die CorpoMed®-Kissen sind vielseitig verwendbar in der Physiotherapie.
Sie sind äusserst modellierbar durch die einzigartige Füllung: sehr kleine, mit Luft gefüllte Kügelchen.
Diese Kissen passen sich sofort jeder Körperform an.
Wichtig: Die Form ändert sich nicht ungewollt!

▲ Für viele Rückenpatienten die richtige Lagerung.

◀ Optimale entspannende Lagerung, z. B. nach Rotatorencuff-Operation.

Während der Massage bei einem Coxarthrosepatienten. ▼



CorpoMed®-Kissen werden auch verwendet für eine stabile Seitenlagerung in der Heim- und Alterspflege sowie vor, während und nach der Geburt.

Die Spezialfüllung bewirkt einen guten Temperatur- und Feuchtigkeitsausgleich.

Hygienische Anforderungen sind einfach zu erfüllen.

Senden Sie mir bitte:
☐ Prospekt
☐ Preise, Konditionen

BERRO AG
Postfach
4414 Füllinsdorf

Telefon 061/901 88 44

Stempel

meisten Fällen nur darum handeln, die psychosomatischen Zusammenhänge zu erkennen. Zur Lösung von Konflikten ist er auf die Zusammenarbeit mit zuständigeren Institutionen angewiesen. In vielen Fällen sind dies Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, Eheberater u. a.
Eine Möglichkeit könnte die von mir vorgeschlagene *interdisziplinäre Schmerzsprechstunde* bieten. Darunter verstehe ich eine Institution, die wenn möglich an einer rheumatologischen beziehungsweise orthopädischen Poliklinik angegliedert würde und von einem Rheumatologen oder Orthopäden, einem Sozialmediziner und einem Psychiater beziehungsweise Psychotherapeuten zu besetzen wäre. Dem behandelnden Arzt würde auf diese Weise eine Gelegenheit gegeben, seinen therapieresistenten Schmerzpatienten innert nützlicher Frist, das heisst innert maximal 4 Monaten der Arbeitsunfähigkeit, interdisziplinär beurteilen zu lassen, wobei zusätzlich die Weichen für das weitere therapeutische Prozedere gestellt würden (Abb. 5).
Die Integration des psychorheumatischen Patienten in der täglichen Praxis erfordert schliesslich auch ein Umdenken des Arztes im Hinblick auf das therapeutische Ziel. Auf zwei Punkte der Orientierungshilfen im Umgang mit funktionell chronischen Kranken (Beck und Frank, 1979) soll kurz eingegangen werden.

Distanzierung von therapeutischen Omnipotenzgefühlen

Der Arzt hat die Tatsache anzunehmen, dass es Patienten gibt, bei denen alle therapeutischen Bemühungen nicht zu einem Erfolg führen, die auch nicht in einem Arbeitsprozess rehabilitiert werden können. Bei diesen Menschen handelt es sich darum, ein tragfähiges Arzt-Patient-Verhältnis zu schaffen, losgelöst von tradierten therapeutischen Omnipotenzgefühlen. Die Therapieresistenz und Nichtrehabilitation ist als eine Form der «Selbstheilung» psychischen Krankseins zu verstehen und zu akzeptieren (Beck, 1981; Ziegler, 1979) (Abb. 6).

Akzeptieren von unkonventionellen Behandlungsversuchen durch den Patienten

Der Arzt sollte sich auch mit unkonventionellen Behandlungswünschen des Patienten auseinandersetzen, ihn beraten und vor Scharlatanerie schützen. Gerade bei funktionellen Kranken haben auto-, fremd- und massensuggestive Einflüsse eine grosse Bedeutung, was auch durch die Plazeboforschung bewiesen wird.

Wo:	Rheumatologische Poliklinik
Wer:	Rheumatologe Psychiater oder Psychologe Sozialarbeiter
Wann:	innerhalb max. 3–4 Monaten der Arbeitsunfähigkeit

Abbildung 5:
Interdisziplinäre Schmerzsprechstunde

Ausblick

Für eine Integration der Psychorheumatologie in die tägliche Praxis bestehen grosse sachliche und personelle Hindernisse. Es fehlen in der heutigen Medizinstruktur die dafür notwendigen Voraussetzungen weitgehend. Das zunehmende Interesse an Psychosomatik allerdings lässt die Hoffnung zu, dass sich Fortschritte erzielen lassen.

Um dem psychosomatischen Patienten in Zukunft besser Rechnung zu tragen, müssten folgende Bedingungen erfüllt werden:
- vertiefte Kenntnisse in Psychosomatik ganz allgemein und in Psychorheumatologie im speziellen;
- klinische und postgraduate Ausbildung, zum Beispiel in Balintgruppen;
- Aufwertung der nichtfachärztlichen Psychotherapie und der ärztlichen Zuwendung;
- verstärkte und frühzeitige Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten, sozialmedizinischen und psychosozialen Institutionen.

(Literatur beim Verfasser)

Adresse des Verfassers:
Dr. med. A. Weintraub,
Rheumatologe FMH,
Werdstrasse 34, CH-8004 Zürich

Troisième âge: vive la culture physique

Vous avez tout intérêt à le croire: même si vous êtes nonagénaire, perclus(e) de rhumatismes et souffrant de troubles cardiaques, un «entraînement comprenant» un peu de poids et haltères peut vous rendre plus fort(e) que vous ne l'avez été depuis de nombreuses années.
Des médecins spécialisés dans les problèmes du vieillissement ont entraîné dix volontaires fragiles – le plus âgé ayant 96 ans –, pensionnaires de maisons de retraite. Ils ont obtenu des résultats spectaculaires, tant sur le plan de la force et de la masse musculaires que sur le plan de la souplesse. En ce qui concerne la force, les gains ont été en moyenne de 174%, soit plus du triple des performances initiales.
Hommes et femmes ont répondu de manière similaire. De plus, huit semaines après la fin du programme, tous continuaient à être en meilleure forme. Aucun n'a été victime de chutes, cause principale d'invalidité et de mort chez les sujets d'un grand âge. Il va de esoi qu'il leur fallait maintenir ensuite un certain degré d'activité pour conserver les bénéfices acquis.
Au départ, tous présentaient une faiblesse musculaire et avaient une autonomie de mouvement limitée. Ils étaient exposés à un risque élevé de fractures, de chutes et de dépendance fonctionnelle. Travaillant sous la direction du Dr Maria Fiatarone, une équipe du Centre national d'études gériatriques de la «Tufts University», de Harvard et d'autres centres encore, a mesuré le degré de faiblesse des sujets et s'est efforcée d'en renverser le cours, dans la mesure du possible, par un «entraînement axé sur la force».
A cet effet, les chercheurs ont conçu un programme de huit semaines d'entraînement intensif basé sur la «résistance». Pour cela, ils ont utilisé un système de poulies et de charges progressives, chaque vieillard étant en position assise et devant alternativement lever et abaisser des poids avec les jambes en fléchissant, puis en tendant les genoux. Il y avait aussi un test consistant, pour le sujet, à se lever rapidement d'une chaise sans se servir de ses mains.
Les chercheurs ont ensuite examiné les volontaires au tomodensitomètre. Les muscles de la mi-cuisse avaient augmenté de 9% (ce qui, au départ, semblait impossible chez des nonagénaires). La vitesse moyenne de marche s'était accrue de 48%. Les «stagiaires» pouvaient soulever

(suite voir page 21)