

# Funktionelle Symptome

Medizinisch ungeklärte oder ungenügend erklärbare, funktionelle Symptome machen einen bedeutenden Teil der hausärztlichen Konsultationen aus. Es sind denn auch gerade diese nur klinisch und nicht apparativ diagnostizierbaren Beschwerden, die sowohl den Arzt<sup>1</sup> als auch den Patienten verunsichern und zu einer überdurchschnittlich hohen Zahl an Abklärungen oder Zuweisungen an weitere Spezialisten führen.

Sei es beim Grundversorger oder danach beim Spezialisten, die Situation entwickelt sich meist weiter; der Arzt fühlt sich herausgefordert, klärt unter grossem technischem Aufwand dies und jenes ab, schliesst immer seltenere Krankheiten aus ... und bisweilen bringen gerade diese zusätzlichen Untersuchungen völlig nebensächliche Befunde hervor, die mit dem eigentlichen Zuweisungsgrund gar nichts zu tun haben, aber sowohl den bereits beunruhigten Arzt als auch den nicht minder besorgten Patienten noch mehr verunsichern. Irgendwann muss diese Spirale jedoch gestoppt werden, und wenn der Patient nicht von sich aus schon zu einem anderen Arzt oder in die «Alternativszene» abgesprungen ist, kommen wir nicht darum herum, unserem Patienten mitzuteilen, dass weitere Abklärungen nicht vernünftig sind und wir die Sache anders angehen müssen. Lässt sich dieser Umweg umgehen – und was könnten wir dem Patienten, uns und der Krankenkasse zuliebe anders machen? In seinem Editorial «The patient with medically unexplained symptoms»<sup>2</sup> schlägt Mark Feldman folgende Schritte zur

direkten Identifikation von Patienten mit funktionellen Störungen vor und meint so, auf weitere Abklärungsschritte verzichten zu können:

■ Beschwerdebilder sollen weniger einem speziellen Organsystem zugeordnet, als vielmehr als funktionelle Störung an sich erkannt und verstanden werden (so können etwa Blähungen, Schmerzen, Nausea und Müdigkeit ebenso gut zu einem Reizdarm wie zu einer Fibromyalgie, einem chronic fatigue syndrome usw. passen).

■ Bei Patienten mit einem funktionellen Symptom stösst man häufig auch auf weitere funktionelle Störungen.

■ Neben diesen funktionellen Symptomen finden sich gehäuft Hinweise auf aktuelle oder durchgemachte Depressionen, Angststörungen sowie Misshandlungen oder sexuellen Missbrauch in der Anamnese.

Feldman fasst seinen Ansatz folgendermassen zusammen: Sobald wir erkennen, dass medizinisch unerklärte Symptome weit verbreitet sind, dass diese häufig mit einem anderen funktionellen Syndrom koexistieren, dass diese mit spezifischen nichtsymptomatischen Faktoren (Depressionen, Angststörungen, Missbrauch in der Anamnese) zusammenfallen und dass diese verschiedenen Syndrome auf ähnliche Behandlungen (SSRI und Kognitive Verhaltenstherapie) reagieren, werden wir fähiger, eine funktionelle Störung zu diagnostizieren, diese dem Patienten zu erklären und ihn so oft einzubestellen, wie das eine erfolgreiche Behandlung erfordert. Gleichzeitig werden wir Überweisungen für unnötige und unbewiesene ... Abklärungsschritte einsparen und statt dessen eine vorsichtige antidepressive – und in besonders schwierigen Fällen eine fachärztliche – Behandlung einleiten.

Die Inhaber des Fähigkeitsausweises für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin sind besonders gefordert, Patienten aus diesem Formenkreis zu behandeln. Neben dem fachlichen Wissen und der integrierten psychosomatischen Vorgehens-

weise, wie sie in der Weiterbildung zum Fähigkeitsausweis erworben wurde, sind es vor allem unsere Supervisions-sitzungen und Qualitätszirkel, die uns dabei helfen, schwierige Patienten mit ihren teils medizinisch schwer fassbaren Symptomen, ihrer Verunsicherung und Begehrlichkeit nach der «richtigen» somatischen Diagnose «auszuhalten», zu verstehen und adäquat zu behandeln.

Durch «balintoide» Reflexionen in der Supervisionsgruppe, Rollenspiele, in denen wir unterschiedliche Vorgehensweisen aneinander testen und dabei auch immer wieder in die Rolle des Patienten schlüpfen, lernen wir, den teils langwierigen Prozess zu verstehen, geduldig mitzuverfolgen und uns bereits an kleinen Schritten der Veränderung des Patienten zu freuen. Durch dieses ressourcenorientierte, spezifisch psychosomatische Vorgehen gelingt es meistens, einen therapeutischen Prozess einzuleiten, bei dem wir unsere Patienten während einer umschriebenen Periode begleiten und ihm zu einem neuen Verständnis seiner Symptomatik verhelfen.

PS: Wann eine stationäre Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik hilfreich ist, welche Bedingungen dafür erforderlich sind, wie ein solcher stationärer Aufenthalt und die ambulante Nachsorge danach optimiert werden können, ist das Thema unseres nächsten Titelträgertreffens im Anschluss an die Delegiertenversammlung der APPM am 15. März 2007 in der Klinik Barmelweid.

Diese Fortbildungsveranstaltung ist öffentlich, und alle Interessierten sind herzlich dazu eingeladen.<sup>3</sup>

- 1 Der Lesefreundlichkeit wegen verwende ich bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form. Selbstverständlich sind aber immer beide Geschlechter gemeint.
- 2 Feldman MD. The patient with medically unexplained symptoms. ACP Med. 2006;29(10). (deutsche Übersetzung Pierre Loeb).
- 3 Eine Anmeldung beim APPM-Sekretariat (sekretariat@appm.ch oder Fax 061 361 10 20) ist aus organisatorischen Gründen erwünscht. Weitere Informationen sind auf der Website der APPM unter [www.appm.ch](http://www.appm.ch) → aktuell → DV und TTT Barmelweid 2007 erhältlich.



Pierre Loeb,  
Präsident der APPM

# Symptômes fonctionnels

Les symptômes fonctionnels médicalement inexpliqués ou insuffisamment expliqués constituent la raison d'une bonne partie des consultations en médecine omnipratricienne. Ce sont justement ces troubles diagnostiqués seulement cliniquement et non pas grâce à la technologie qui désécurisent aussi bien le médecin<sup>1</sup> que le patient, et qui induisent des examens et des investigations démesurées ainsi que des délégations supplémentaires chez les spécialistes. Que ce soit chez l'omnipraticien ou chez le spécialiste, la situation enfle souvent aux dépens d'un surmenage du médecin, d'un déploiement de moyens techniques superflus pour infirmer des maladies toujours plus rares, tout en amenant des découvertes accessoires qui n'ont rien à voir avec la véritable demande de consultation, mais qui inquiètent encore plus médecin et patient déjà dans l'incertitude. Cette spirale perverse doit pourtant être interrompue, si possible avant que le patient ne se soit déjà adressé lui-même à un autre médecin ou à un thérapeute alternatif: nous devons impérativement communiquer au patient que d'autres examens sont contre-indiqués tout en usant d'autres moyens pour éclairer, pour comprendre le problème avec lui. Nous ne pouvons pas échapper à cette lancinante question: que pouvons-nous faire d'autre qui soit préférable aussi bien pour le patient que pour nous-mêmes et la caisse maladie?

Dans son éditorial «The Patient with Medically Unexplained Symptoms»<sup>2</sup>, Mark Feldman ose les mesures suivantes pour l'identification directe des patients montrant des troubles fonctionnels tout en prétendant pouvoir éviter ainsi des investigations exagérées:

■ Ces plaintes ne peuvent guère être rangées dans un système organique spécifique, mais plutôt comprises comme relatives à des désordres fonctionnels (les ballonnements, douleurs, nausées, fatigue évoquent aussi bien un côlon irritable qu'une fibromyalgie ou un syndrome de fatigue chronique, ou ...);

■ Un trouble fonctionnel se présente rarement indépendamment d'autres troubles du même genre chez le même patient;

■ Les symptômes fonctionnels sont souvent accompagnés d'une accumulation de facteurs non symptomatiques tels qu'une dépression actuelle ou passée, des troubles anxieux ainsi que des indices de négligences, de maltraitements ou d'abus sexuels dans l'anamnèse.

Feldman conclut de la manière suivante: «si nous reconnaissons que les troubles médicalement inexpliqués sont très répandus, qu'un trouble fonctionnel co-existe souvent avec d'autres, que certains syndromes réunissent des caractéristiques non symptomatiques et que ces divers syndromes répondent similairement à des traitements analogues, nous serons plus aptes à diagnostiquer un trouble fonctionnel, à l'expliquer au patient pour l'accompagner lors de consultations aussi régulières que l'exige une telle prise en charge. En même temps, nous pouvons minimiser les ordonnances de procédés onéreux, voire invasifs, potentiellement dangereux, souvent anxiogènes, en utilisant les médicaments psychotropes de manière strictement indiquée et en référant de façon préparée les cas particulièrement lourds aux psychothérapeutes.»

Les titulaires de l'attestation de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale sont particulièrement incités à traiter des patients de cette catégorie. A côté d'une formation spécialisée et les procédés d'intégration psychosomatique acquis lors de notre cursus, ce sont en particulier nos séances de supervision et nos cercles de qualité qui nous aident à garder le cap, à com-

prendre et à traiter adéquatement ces patients, leurs symptômes difficiles à appréhender médicalement, leur désarroi, leur convoitise pour un diagnostic somatique «exact».

Par la réflexion inspirée de Michael Bahlnt, au sein des groupes de supervision, par des jeux de rôles où nous testons ensemble différentes procédures en nous glissant à notre tour dans la peau du patient, nous apprenons à évoluer avec lui de manière parfois monotone tout en restant curieux de son prochain petit changement qui va nous réjouir. Ensemble, à travers un processus thérapeutique spécifiquement psychosomatique orienté sur les ressources, nous réussissons souvent à initier une ouverture salutaire dans laquelle nous accompagnons le patient pour une période limitée, mise à profit pour l'aider à comprendre, à «assumer» ses symptômes d'une manière nouvelle. P.S.: Quand une admission en clinique psychosomatique est salutaire, quelles sont les conditions indispensables, comment optimiser une telle prise en charge stationnaire et les suites ambulatoires: voilà le thème de notre prochaine rencontre des titulaires<sup>3</sup> qui suivra l'assemblée des délégués de l'AMPP le 15 mars 2007 à la clinique Barmelweid. Cette formation est publique et ouverte à tous les intéressés.

(Traduction française: Laurent Schaller)

1 Pour simplifier la lecture, nous n'utilisons que la forme masculine. Naturellement les deux genres sont toujours sous-entendus.

2 Feldmann M. The Patient with Medically Unexplained Symptoms. ACP-Medicine: 2006;29(10).

3 voir [www.appm.ch](http://www.appm.ch) → actuel → Journée AMPP 2007 Barmelweid.

Pierre Loeb,  
Président de l'AMPP

