

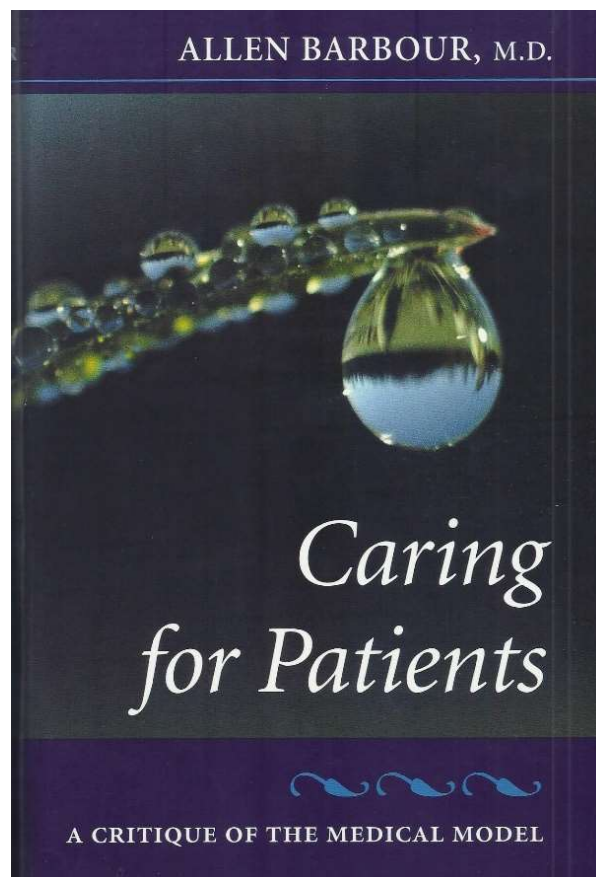
## Allen Barbour: Caring for Patients

Der Autor Dr. Allen B. Barbour hat die Veröffentlichung seines im Ruhestand geschriebenen und im Juli 1993 fertiggestellten Manuskripts nicht mehr erlebt, er starb am 8. August 1993.

Ich meine, mich dumpf zu erinnern, dass dieses Buch durch eine Buchbesprechung im *New England Journal of Medicine*, in dem in den 90er Jahren hin und wieder Buchbesprechungen zu allgemeinärztlichen Themen oder zu neuen Textbüchern medizinischer Subdisziplinen erschienen, in den Fokus meiner Aufmerksamkeit geriet und ich mir das Buch bestellt habe.

Ich weiß, dass die Halbwertszeit medizinischen Wissens allenfalls 5 Jahre beträgt, zumindest für fachspezifisches pathophysiologisches und pharmakologisches Wissen. Für mehr grundsätzlichere Aspekte ärztlichen Handelns dürfte die Halbwertszeit länger sein. Aber lohnt es noch, ein fast 30 Jahre altes Buch, das die Summe einer 40-jährigen ärztlichen Tätigkeit zusammenfasst, zu lesen? Und ist das Buch überhaupt noch erhältlich?

Zweimal ‚Ja‘, es ist noch erhältlich und es lohnt unverändert, es zu lesen.



Stanford, California: Stanford University Press; 1995

Um zu begründen, warum ich das Buch unverändert für lesenswert halte, sei auf den Untertitel *A Critique of the Medical Model* hingewiesen und darauf, dass es die funktionellen Erkrankungen (wie sie damals genannt wurden) bzw. die somatoformen Erkrankungen (wie sie heute genannt werden) in den Mittelpunkt rückt, die im klinischen Alltag, speziell im Krankenhaus, infolge des auf Krankheiten fokussierten Blicks unverändert allzu oft nicht erkannt werden bzw. durch das Maschennetz der Ausschlussdiagnostik fallen und dem Arzt für Allgemeinmedizin oder dem hausärztlich tätigen Internisten überantwortet werden.

Die funktionellen Erkrankungen spielten in den Lehrbüchern der Inneren Medizin und der Ausbildung in Kardiologie oder Gastroenterologie in den 80er Jahren nur eine marginale Rolle. In meiner Ausbildung haben dies 2 Dinge geändert: zum einen ein umfassendes Buchkapitel von Thure von Uexküll und Karl Köhle (1986) und zum andern eine Publikation von Kroenke und Mangelsdorf (1989) im *Am. J. Med.*, die Barbour in Kapitel 4 zitiert.



- Iatrosköpfigkeit funktioneller Störungen
- Störung einer Funktion?
- Funktion der Störung?
- Psychosomatische Erkrankungen als Ausdruckskrankheiten

## 28 Funktionelle Syndrome in der inneren Medizin

Thure von Uexküll und Karl Köhle

28.1 Exemplarische Falldarstellung . . . . .	489	28.4 Ätiologie und Pathogenese . . . . .	495
28.2 Symptomatologie . . . . .	490	28.5 Psychologie, Psychodynamik . . . . .	496
28.2.1 Begriffsbestimmung . . . . .	491	28.6 Lebensgeschichte und soziale Interaktion . . . . .	498
28.2.2 Untergruppen und spezielle Erscheinungsformen . . . . .	492	28.7 Differentialdiagnose . . . . .	498
28.2.3 Psychologische Symptomatik . . . . .	492	28.8 Therapie . . . . .	499
28.3 Epidemiologie . . . . .	493	28.9 Prognose . . . . .	501
28.3.1 In welchen Altersklassen treten diese Krankheitsbilder auf? . . . . .	494		

Kroenke K, Mangelsdorf D:

### Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome.

*Am. J. Med.* 86: 262 – 266 (1989)

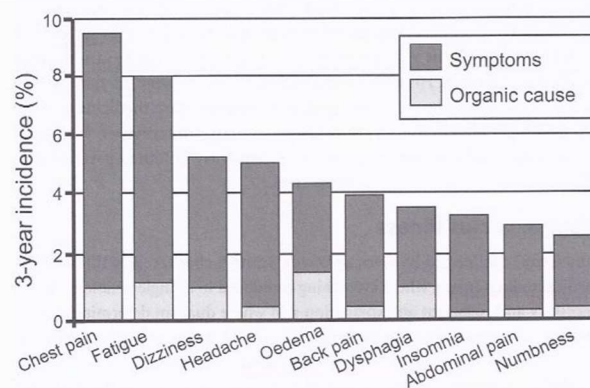


Fig. 10.1 Three year incidence of most common symptoms reported in ambulatory clinic with proportion (light coloured bar) in which an organic aetiology is found.<sup>4</sup>

Kroenke und Mangelsdorff haben 3 Jahre lang Patienten einer großen internistischen Poliklinik untersucht und analysiert, in welchem Ausmaß hinter Leitsymptomen wie Luftnot, Herzbeschwerden, Schluckbeschwerden, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen u.a.m. ernsthafte organische Krankheiten stecken. Die Autoren waren überrascht, dass bei der 3-Jahresinzidenz häufiger Symptome der Anteil organischer Erkrankungen unter 15% an der Gesamthäufigkeit des betreffenden Symptoms ausmachte und lediglich bei Ödemen höher lag, und dass in einem großem Ausmaß der kleine Bodensatz von ernstesten organischen Erkrankungen von einem Hof von Ängsten, Sorgen und Befürchtungen und / oder Konflikten im privaten oder sozialen Umfeld umhüllt war.

## Contents

### Introduction 1

#### PART I. The Need for a Person-Centered Perspective

##### 1. The Limitations of the Medical Model 9

*Illnesses as Expressions of Human Predicaments, 12; Splitting Patients into Minds and Bodies, 15; Bypassing the Human Situation, 23; Knowing What Is Really Wrong, 28*

##### 2. "What This Patient Needs Is a Doctor" 31

*The Doctor's Diagram, 31; Understanding the Personal Situation, 38; Two Sides of the Doctor's Diagram: The Emphasis Varies, 40; Characterization of Person-Centered Care, 41; The Meaning of Care, 43*

##### 3. The Concept of Disease 45

*Disease as Pathological Reality vs. Disease as Conceptual Model, 46; Disease as Specific Etiology, Pathogenesis, and Treatment, 46; Disease as Disturbance of Structure, 47; Disease as a Question of Control over the Pathogenic Forces*

*and Depression, 143; "Endogenous" Depression?, 144; The Continuum of Anxiety and Depression, 145; The Specificity of Antidepressants, 148*

##### 10. Barriers to Person-Centered Care 151

*The Physician's Point of View, 151; The Patient as Unwitting Partner in a "Conspiracy," 153; The Organization of Medical Practice, 155*

#### PART II. Emotions and Emotional Symptoms

##### 11. Cognitive/Emotional Dissociation: A Common Cause of Illness 163

*Emotional Behavior in Animals, 164; Emotional Behavior in the Human Species, 166; Cognitive/Emotional Dissociation as the Cause of Clinical Symptoms, 168; The Major (Cognitive) and Minor (Intuitive/Emotional) Hemispheres, 170; How Cognitive/Emotional Dissociation Affects Our Lives, 172; The Dilemma for Patients and Their Doctors, 173; The Ideal: An Integrated Personality 176*

##### 12. Emotionally Induced Physical Symptoms 179

*Definitions, 180; Psychophysiologic Reactions, 181; Somatoform Disorders, 182; The Prevalence of Psychophysiologic Reactions and Somatoform Disorders, 183; Distinguishing Characteristics of Psychophysiologic Reactions and Somatoform Disorders, 185; Somatoform Pain Disorder: Making the Diagnosis, 188; The Somatoform Disorder: Function and Process, 191; How Emotionally Induced Symptoms Are Described by Patients, 197; The Spectrum of Patients with Emotionally Induced Physical Symptoms, 201*

##### 13. Functional Syndromes: Differential Diagnosis 204

*Psychogenic Chest Pain, 205; Chronic Abdominal Pain, 215; Chronic, Persistent Pelvic Pain, 220; Low Back Pain, 223; Chronic Fatigue, 228; Aching All Over, 235; Chronic Recurrent Headaches, 241; Nervous Tension, 244; Problem Drinking, 249; Pseudoseizures, 251*

*That Lead to the Illness, 52; Disease as Treatability, 54; The Concept of Disease and the Systems View of the Ill Person, 55*

##### 4. Personal Illness: The Functional Disorders 58

*The Common Functional Disorders with Pain, 59; The Common Functional Disorders Without Pain, 60; Illness Caused Primarily by Personal Situations: Prevalence and Recognition, 61*

##### 5. Personal Illness: The Concept of Care Determines the Outcome 67

*The Concept of Personal Illness, 68; The Patient: Who Is This Person?, 70; Learning and Growth in Human Illness, 73; The Medical and Growth Models Compared, 77*

##### 6. Diagnostic Strategies for Unrecognized Personal Illness 81

*Not Making a Diagnosis: Begging the Question, 82; A Diagnosis Is Established, but Does It Explain the Illness?, 85; Inappropriate Correlation of the Symptoms with Abnormalities Found in the Workup, 85; Inappropriate Naming of a Functional Syndrome as Though It Were a Disease, 92; The Inherent Iatrogenicity of the Medical Model, 93*

##### 7. Health Practices, Psychosocial Distress, and Organic Disease 96

*Health Practices and Harmful Habits, 96; Sexual Behavior, Disease, and Teen Pregnancy, 100; Psychosocial Distress as Precursor to Disease in General, 100; Psychosomatic Disease, 103; Is Cancer a Psychosomatic Disease?, 105; Health: Whose Responsibility?, 108*

##### 8. Psychiatric Disorders: The Medical Model in Perspective 112

*The Medical Model of Psychiatry, 113; The Genetic Background of Psychiatric Disorders, 117; Panic and Anxiety: Emotional Distress or Brain Disease?, 122; The Psychobiologic Unit, 128*

##### 9. Psychiatric Disorders: Is Feeling Depressed a Disease? 135

*The Spectrum of Feeling Sad, Discouraged, Despondent, Depressed, 136; The Biology of Major Depression, 138; The Psychological Basis of Depression, 141; Psychotherapy*

#### PART III. Person-Centered Care

##### 14. Collaboration Begins: The Medical History 257

*Listening, 258; Meeting the Patient, 262; Opening the Medical History, 262; The Symptoms: How Does the Patient Feel Sick?, 264; Creative Listening, 265; Emotions and Nonverbal Clues, 269; The Medical History in Perspective, 271; Health-History Questionnaires, 274*

##### 15. Misunderstandings and Hidden Issues 278

*Common Covert Issues, 279; Secondary Gain, 283; Alternate Belief Systems, 286*

##### 16. Collaboration Continues: First Talks About Personal Illness 287

*Integrating the Medical and Personal Phases, 288; Opening the Interview, 289; Medical Explanations, 291; Naming the Illness, 291; The Workup, 295; The Patient Parries, 296*

##### 17. The Core of the Collaboration: The Personal Interview 301

*The Directed Interview, 301; Some Common Problem Areas, 306; The Joint Interview, 324*

##### 18. Engaging the Patient 327

*Shifting Responsibility, 328; Referrals, 330; Helping Patients Find Their Own Path, 334*

##### Literature Cited 339

##### Index 387

Das Buch ist in 3 Teile gegliedert: Teil 1 die Notwendigkeit für eine Patient-zentrierte Perspektive (Kapitel 1 – 10), Teil 2 Emotionen und emotionale Symptome (Kapitel 11 – 13) und Teil 3 Person-zentrierte Behandlung (Kapitel 14-18). Engels Plädoyer für eine bio-psycho-soziale Medizin (Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196:129 – 136.) wird zwar im einleitenden Kapitel zitiert, ohne jedoch auf seine konkretisierende Kasuistik (Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiat 1980; 137: 535 – 544.) einzugehen. Barbour's Ansatz ist nicht theorie-lastig, sondern praktisch und basiert auf jahrzehntelangen eigenen Erfahrungen des Autors.

Wie aus dem abgebildeten Inhaltsverzeichnis ersichtlich, werden im ersten Kapitel die Begrenzungen des *medizinischen Modells*, die Folgen der cartesianischen Aufspaltung des Patienten in Körper und Geist und die Vernachlässigung der konkreten Lebenssituation, in der der Patient oder die Patientin steckt, erörtert. Im nachfolgenden 2. Kapitel folgt eine erste Teilantwort, dass der Patient einen Doktor braucht (beides, Patient und Doktor, nachfolgend immer für weibliche und männliche Personen stehend). Einen Doktor, der auf die ganze lebensweltliche, private und soziale Situation des Patienten fokussiert, der seine *Bedeutsamkeit* (Antonovsky) für den Patienten annimmt und ernstnimmt, der die Last, die die Krankheit für den Patienten darstellt, ebenso ernst nimmt wie die von ihm initiierten Maßnahmen der Person-zentrierten Diagnostik und Therapie, mit ausführlichen Erläuterungen, die die *Verstehbarkeit* und *Handhabbarkeit* seitens des Patienten gewährleisten und die *Compliance* mit den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sicherstellen wollen.

Barbour beschreibt in Kapitel 3, dass er und viele Kollegen und Kolleginnen seiner Generation - wie dies Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiak in der 1988 erschienenen *Theorie der Humanmedizin* so treffend auf den Punkt gebracht haben - 'in der Vorstellung aufgewachsen [sei], Medizin sei eine angewandte Wissenschaft - und das meint – letzten Endes gar keine Wissenschaft, sondern eine Disziplin, welche die Theorien und Methoden von so genannten Grundlagenwissenschaften für praktische Zwecke der Ärzte verwendet'. Barbour's Kritik des *medizinischen Modells* folgen ein Kapitel zu funktionellen Erkrankungen und ein Kapitel mit der Darstellung seines Person-zentrierten Ansatzes und seines Konzepts von persönlichen Erkrankungen, die dem Patienten mit verständlichen Worten erläutert werden müssen. In weiteren Kapitel geht Barbour detailliert auf psychosozialen Distress und manifeste bzw. latente psychiatrische Erkrankungen wie z.B. eine mögliche Depression ein.

Teil 2 beinhaltet Kapitel zu kognitiv-emotionaler Dissoziation (Kapitel 11) und emotional bedingten physischen Symptomen (Kapitel 12), beides Kapitel, die in anderen Büchern zu somatoformen Erkrankungen oft zu kurz kommen. In Kapitel 13 wird die Differenzialdiagnose somatoformer Erkrankungen erörtert. Hier muss einschränkend angemerkt werden, dass dem Buch die zum Publikationszeitpunkt gültige Einteilung somatoformer Erkrankungen nach DSM 3 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) zugrunde liegt und nicht diejenige nach der zwischenzeitlich gültigen DSM 5. Da der Autor DSM-Kategorien einer vorwiegend biologischen Psychiatrie offen kritisiert, weil sie auf die diagnostische Einordnung statt auf ein Verstehen des Patienten fokussieren, plädiert er an vielen Stellen des Buchs dafür, statt einer Krankheitsklassifikation nach DSM im Gespräch mit dem Patienten eher allgemeinverständliche Umschreibungen und einfache Erläuterungen zur Symptomen-genese zu verwenden.

Teil 3 beinhaltet das praktische Vorgehen bei einer Person-zentrierten Behandlung. In Kapitel 14 wird auf die Bedeutung der Anamnese, die Verwendung einführender, offener Fragen, auf

achtsames Zuhören unter Beachtung nonverbaler Äußerungen u.a.m. eingegangen, in Kapitel 14 auf verdeckte Widerstände, unausgesprochene oder präferierte Krankheitskonzepte und sekundären Krankheitsgewinn. Kapitel 15-18 erörtern das integrierte Vorgehen unter paralleler Berücksichtigung des medizinischen Modells und des Person-zentrierten Konzepts. In Kapitel 16 wird erneut auf die Wichtigkeit einer Erörterung des diagnostischen Vorgehens und einer verständlichen Beschreibung und Benennung der Diagnose hingewiesen. Entscheidend für die Kooperation des Patienten sind einfühlsame Fragen zur persönlichen Situation des Patienten (Kapitel 17) und Hilfen bei der Umsetzung therapeutischer Empfehlungen und der Begleitung beim eigenen Weg des Patienten, zugrundeliegende psychosoziale Probleme zu lösen.

Die Aussagen der einzelnen Kapitel sind mit kapitelweise nummerierter Literatur am Ende des Buches belegt, z.T. mit 20 – 30 Literaturstellen, z.T. mit >60 Literaturstellen. Die Hauptkapitel 7, 8 und 9 beinhalten 136, 107 und 99 Zitate, Kapitel 13 265 und Kapitel 17 89 Zitate.

Allen, die in der ärztlichen Ausbildung die Vorstellung verinnerlicht haben, dass die Medizin eine angewandte Naturwissenschaft sei, kann dieses Buch mit seinem Fokus auf (z.T. latente) psychiatrische Erkrankungen, auf kognitiv-emotionale Dissoziationen, auf emotional induzierte physische Symptome oder auf partnerschaftliche oder soziale Probleme in der Genese somatoformer Erkrankungen wärmstens empfohlen werden. Aus seiner 40-jährigen Berufserfahrung stellt Barbour dar, bei welchen anamnestischen Aspekten und in welchen diagnostischen Situationen mit welchen offenen und einfühlsamen Fragen Brücken zum Verständnis der betreffenden Person und seiner psychosozialen Situation und damit zur möglichen Genese der somatoformen Erkrankung gebaut werden können. Die vielen Kapiteln angeführten Beispiele für mögliche Fragen zur Vertiefung der Anamnese der persönlichen Situation des Patienten gehen über Darstellungen in vielen Büchern zur Anamneseerhebung weit hinaus und machen den zeiten-übergreifenden Wert des Buches aus.

Für Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und Psychotherapeuten unverändert lesenswert !!!

Ergänzende Empfehlungen zu verwandten Büchern über somatoforme Erkrankungen und zu Büchern zur Anamneseerhebung:

