

# Inhaltsverzeichnis

<b>Statt eines Vorworts .....</b>	<b>11</b>
<b>Einleitung und Forschungsdesign .....</b>	<b>12</b>
<b>Teil A: Die Entsubjektivierung des Schmerzes im Normierungsprozeß der Medizin</b>	
<b>1. Der Schmerzleidende in der medizinischen Deutungsmacht: Eine Problembeschreibung. ....</b>	<b>21</b>
1.1 Der medizinisch geprägte Umgang mit dem Schmerz.....	23
1.2 Schmerz und Chronizität: Das Ausmaß des Problems in Zahlen .....	38
1.3 Der Schmerzkranke: Ein Chroniker der kurativen Medizin .....	44
1.3.1 Die medizinische Folgenlosigkeit im gewandelten Krankheitsspektrum: Der fehlende Behandlungsansatz bei Chronizität .....	46
1.3.2 Von der notwendigen Veränderung medizinischer Logik der Krankheitswahrnehmung .....	51
<b>2. Zur Sozialisationspathogenese des Schmerzkranken in der kurativen Medizin: Aspekte der Schmerzchronifizierung. ....</b>	<b>54</b>
2.1 Schmerzchronifizierung: Fallbeispiel I: Hannelore T. oder wie chronischer Schmerz entsteht .....	57
2.2 Schmerzdeutungen durch medizinisches Handeln .....	63
2.2.1 Diagnostik als Schmerzzenteignung.....	64
2.2.1.1 Die somatogene Zurichtung des Schmerzes: Schmerzempfindung statt Schmerzerleben .....	66
2.2.1.2 Die Technisierung des Schmerzes: Befund statt Befinden .....	70
2.2.2 Somatisierungsbedürfnisse von Behandler und Schmerzleidenden .....	73
2.2.2.1 Beispiel I: „Die übrigen 714 Medikamente aus der Wunschliste hätte ich nie verordnet ...“ .....	74
2.2.2.2 Beispiel II: Bericht über einen „operativ therapieresistenten Casus“ .....	75
2.2.2.3 Zum Problem der Diagnostik chronischer Schmerzen .....	78

## **Teil B: Der chronische Schmerz und die Notwendigkeit eines neuen Paradigmas: Verstehen statt Beherrschen**

<b>3.</b>	<b>Zur Deutung des Schmerzes in der Geschichte der Medizin .....</b>	<b>81</b>
3.0	Die Wurzel unserer medizinischen Schmerzauffassung liegt in der Antike .....	83
3.1	Der Beginn: Vom Schmerz durch den bösen Geist zum Schmerz durch die Dyskrasie der Körpersäfte .....	84
3.1.1	Der Schmerz als gestörte Mischung der Säfte .....	86
3.1.2	Die Umwelt als entscheidender Faktor der Schmerz- und Krankheitsverursachung .....	89
3.1.3	Die gesunde Lebensweise als wirksame Prophylaxe von Schmerz und Krankheit .....	92
3.1.4	Zum Ausklang der Antike ist der Schmerz auch Sinnesempfindung .....	93
3.2	Die Trennung: Der medizinische Schmerz wird Körperschmerz und löst sich von der Seele .....	96
3.2.1	Der Übergang bis zur Neufassung des Schmerzes liegt in der praktischen Schmerzlinderung .....	96
3.2.2	Der Schmerz des Körpers wird ein mechanischer Vorgang .....	99
3.3	Die Spezialisierung: Schmerz als Sinnesempfindung und Schmerz als Erleben .....	105
3.3.1	Die naturwissenschaftliche Medizin: Der Schmerz als Gegenstand der Neurophysiologie .....	107
3.3.2	Die Psychologie: Der Schmerz zwischen Empfindung und Gefühl .....	108
3.3.3	Die Psychosomatik: Die Beziehung von Körperschmerz und Seelenschmerz .....	110
<b>4.</b>	<b>Der Schmerz und der an Schmerzen leidende Mensch - ein noch zu lösendes Problem der Schmerztheorie .....</b>	<b>118</b>
4.0	Der medizinische und psychologische Zugang zum Schmerz Theorie und Praxis .....	118
4.1	Somato-sensorische Schmerztheorien: Noxen, Nozizeptoren, Nervenbahnen, Zentralnervensystem .....	120
4.1.1	Allgemeine neurophysiologische und biochemische Grundlagen der Schmerzentstehung im Organismus .....	121
4.1.2	Die Spezifitätstheorie des Schmerzes .....	124

4.1.3	Die Intensitäts- und Summationstheorie des Schmerzes .....	127
4.2	Die Gate-Control-Theorie: Die psychische Dimension des Schmerzes erhält eine neurophysiologische Basis .....	129
4.3	Die psychologischen Schmerztheorien: Der Schmerz im Kontext psychodynamischer und lerntheoretischer Konzepte .....	132
4.3.1	Schmerz als Ausdruck eines innerpsychischen Konflikts .....	134
4.3.2	Schmerz als gelernte Reaktion .....	139
4.3.2.1	Schmerz durch Verstärkung .....	140
4.3.2.2	Schmerz und Kognition .....	145
4.4	Schmerzbehandlung: Medizinische und psychologische Therapie .....	150
4.4.1	Medizinische Schmerzbehandlung zwischen Medikation und neurochirurgischer Maßnahme .....	150
4.4.1.1	Pharmakologische Schmerzbehandlung: Das Medikament als Standardtherapie .....	152
4.4.1.2	Physikalische Schmerzbehandlung: Von der Massage bis zum chirurgischen Eingriff am Nervensystem .....	164
4.4.2	Psychologische Schmerzbehandlung zwischen subjektiver Sinnfindung und Verhaltensmodifikation .....	171
4.4.2.1	Das Verstehen des Schmerzes im Kontext der Biographie .....	173
4.4.2.2	Die Schmerzbewältigung: Von der Entspannung bis zur Modifikation der Schmerzverhaltens und Schmerzbewertung .....	179
4.4.2.2.1	Entspannung: Autogenes Training, Progressive Relaxation, Imagination, Hypnose und Meditation .....	179
4.4.2.2.2	Modifikation des Schmerzverhaltens .....	188
4.4.2.2.3	Schmerzkontrolle durch Selbstkontrolle .....	190
4.4.2.2.4	Kognitiv-behaviorale Schmerztherapie: Konzepte, Beispiele, Patientenmanuale .....	192
4.5	Das kybernetische Schmerzmodell: Ein Weg zur integrativen Schmerztheorie .....	206
4.5.1	Der Schmerz als Regulationssystem .....	207
4.5.2	Die Bedeutung des systemischen Denkens für das Verstehen chronischen Schmerzes .....	213

## **Teil C: Wiederaneignung des Schmerzes: Kooperation als Leitlinie der Gesundheitsförderung**

<b>5.</b>	<b>Von der notwendigen Kooperation der sozialen Dienste die Gesundheitsförderung chronisch Kranker .....</b>	<b>217</b>
5.1	Versorgungsmängel durch Desintegration: Zwei gesundheitspolitische Beispiele .....	221
5.1.1	Kooperationshindernis - Beispiel I: Intransparenz der Leistungen im gegliederten Sozialleistungssystem .....	225
5.1.2	Kooperationshindernis - Beispiel II: Sicherstellungsauftrag in der ambulanten Versorgung .....	231
5.2	Verbesserung der Versorgungsqualität durch kooperierende Dienste: Neue Versorgungsmodelle .....	239
5.2.1	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für Kooperation der gesundheitlich-sozialen Dienste .....	248
5.2.2	Gesundheitszentren als Kooperationsort .....	252
<b>6.</b>	<b>Gesundheitsförderung des Schmerzkranken: Der handlungsfähige Schmerzkranke .....</b>	<b>261</b>
6.1	Die Selbstbestimmungsidee der Gesundheitsförderung .....	263
6.1.1	Selbstbestimmung bedarf der Kooperation .....	266
6.1.2	Selbstbestimmung bedarf veränderter Ausbildungsschwerpunkte der Gesundheitsberufe .....	270
6.1.2.1	Die Mediziner Ausbildung .....	271
6.1.2.2	Die Krankenpflegeausbildung .....	277
6.2	Kooperation in der Schmerzbehandlung .....	281
6.2.1	Die interdisziplinäre Kooperation .....	282
6.2.2	Kooperation als Basis therapeutischer Beziehung: Ein pädagogisch-therapeutischer Zugang .....	284
6.2.3	Die Bedeutung des Erstgespräches für die kooperative Therapiebeziehung .....	287
6.2.4	Fallgeschichte Frau K.: „In meinem Leben war kein Platz für Schmerzen - Wehwehchen wurden nicht beachtet“ .....	288
6.2.4.1	Gesprächsschwerpunkt: Beeinträchtigungen durch Schmerzen im Alltag .....	289
6.2.4.2	Gesprächsschwerpunkt: Schmerzgeschichte in der Biographie .....	291

6.2.4.3	Gesprächsschwerpunkt: Auswirkungen auf Selbstbestimmung/Identität .....	294
6.2.4.4	Gesprächsschwerpunkt: Weiterer Lebensweg/ Perspektiven .....	296
6.2.5	Kooperation und Gesundheitsförderung .....	297
Literaturverzeichnis .....		302
Abbildungsverzeichnis .....		320
Verzeichnis: Beispiele und Fallbeispiele .....		322