

Inhaltsverzeichnis

Statt eines Vorworts	11
Einleitung und Forschungsdesign.....	12
Teil A: Die Entsubjektivierung des Schmerzes im Normierungsprozeß der Medizin	
1. Der Schmerzleidende in der medizinischen Deutungsmacht: Eine Problembeschreibung	21
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 Behandlungsansatzbei Chronizität	46
1.3.2 Von der notwendigen Veränderung medizinischer Logik der Krankheitswahrnehmung	51
2. Zur Sozialisationspathogenese des Schmerzkranken in der kurativen Medizin: Aspekte der Schmerzchronifizierung	54
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 Schmerzenteignung.....	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	
3.	Zur Deutung des Schmerzes in der Geschichte der Medizin	81
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
4.	Der Schmerz und der an Schmerzen leidende Mensch - ein noch zu lösendes Problem der Schmerztheorie	118
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	
5.	Von der notwendigen Kooperation der sozialen Dienste die Gesundheitsförderung chronisch Kranker	217
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
6.	Gesundheitsförderung des Schmerzkranken: Der handlungsfähige Schmerzkranke	261
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 Medizinerausbildung	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