

Online-Unit:  
**Total Pain – Die Wahrnehmung  
umfassender Schmerzen**

**Autorin:** Ute Müller, 2. Auflage 2016©

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der HÖHER Management GmbH® reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

# „Fasse Mut: Der größte Schmerz ist nicht von langer Dauer.“ Aischylos (ca. 525–456 v. Chr.)

Im Vergleich zur Linderung körperlicher Schmerzen bei schwerkranken und sterbenden Patienten ist der umfassende Schmerz (Total Pain) multidimensional. Er betrifft nicht nur körperlichen Schmerz, sondern hat auch eine seelische, eine soziale und eine spirituelle Dimension.

In der Situation des Total Pain geht es nicht mehr darum, den Schmerz wegzunehmen. Die Praxis zeigt, dass dies auch gar nicht möglich ist, denn diese Schmerzen gehören zu dieser Phase des Lebens. Sie lassen den Patienten die Realität erfassen und erleichtern ihm die Trennungsarbeit, die jetzt vor ihm liegt. Die Linderung ist im Wesentlichen eine kommunikative Aufgabe. Genau darum soll es in der folgenden Online - Unit gehen.

## **Lernziel dieser Online-Unit:**

Nach intensiver Bearbeitung dieser Online-Unit sollten Sie

- die Multidimensionalität des Schmerzes in der Sterbephase wahrnehmen und verstehen können.
- Total Pain definieren und als Trauerphänomen verstehen können.
- verstehen, dass nichtkörperliche Schmerzen durch Aussprechen und Zulassen gemildert werden können.
- wissen, was es bedeutet, sterbende Menschen und ihre Angehörigen psychosozial zu betreuen.

## **Schlüsselworte:**

Trennungsarbeit, Total Pain, psychosoziale Diagnose, Ziele definieren, Unterstützung

## Umfassende Schmerzwahrnehmung – Total Pain: Ein Fallbeispiel

Wie umfassend Schmerz erfahren werden kann, verdeutlicht das folgende Beispiel:

### **Beispiel:**

„Eine 58-jährige Patientin auf der Palliativstation litt seit Jahren an einem nun exulzerierten Mammakarzinom und befand sich in der letzten Phase ihres Lebens. Sie sprach äußerst schlecht auf die eingeleitete Schmerztherapie an, das heißt, sie tat auch einiges, um die Wirksamkeit zu verhindern, indem sie die Medikamente nicht regelmäßig nahm, die Begleitmedikamente „vergaß“ etc. Die Patientin klagte fortwährend diffus über Angst und Schmerz, dies umso intensiver und konkreter und nahezu vorwurfsvoll, wenn die Entlassung nach Hause diskutiert wurde. In einem Gespräch unter vier Augen wurde deutlich, dass die Schmerzen der Wunde nicht im Vordergrund standen, sondern dass sie Angst verspürte. Und dies betraf nicht so sehr, wie zunächst angenommen, die Angst vor dem kommenden Sterben bzw. vor dem Verlust der Würde oder vor Einsamkeit, sondern ihren Lebensgefährten, bei dem sie eine große Hilflosigkeit angesichts ihres Zustandes und ihres Leides erwartete. Ihn wollte sie schonen und trotz ihrer Sehnsucht nach der Heimat lieber bis zu ihrem Ende im Krankenhaus verbleiben. Hier hatten wir es nicht mit Angst in Bezug auf die eigene Person zu tun, sondern mit der Angst um einen anderen Menschen.“<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 386

## Den umfassenden Schmerz benennen

Wenn von Schmerzen die Rede ist, denken wir zuerst und oft auch ausschließlich an körperliche Schmerzen.

Im Folgenden werden Schmerzen definiert, wie sie in palliativen Situationen auftreten können.

### Schmerz

„Schmerz ist eine unangenehme sensorische und gefühlsmäßige Erfahrung, die mit akuter oder potentieller Gewebeschädigung einhergeht oder in Form solcher Schädigung beschrieben wird. Schmerz ist immer subjektiv. Jeder Mensch lernt die Bedeutung dieses Wortes durch Erfahrungen bei Verletzungen schon im Kindesalter kennen. Es handelt sich unbestreitbar um eine Wahrnehmung in einem Teil oder Teilen des Körpers, die jedoch immer auch unangenehm und damit eine emotionale Erfahrung ist.“<sup>2</sup>

### Akuter Schmerz

„Der akute Schmerz wurde in der IASP von 1986 wie folgt definiert: Unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis (sensorisch und emotional), das mit einer wirklichen oder drohenden Gewebeschädigung einhergeht oder in Form einer solchen Schädigung beschrieben wird – häufig begleitet von vegetativen Erscheinungen. (Merskey, 1994)“<sup>3</sup>

### Chronischer Schmerz

Als chronischer Schmerz wird ein Schmerz bezeichnet, welcher länger als sechs Monate besteht. Er hat seine Warn- und Schutzfunktion verloren und wird zu einem eigenständigen Krankheitsbild.

Der chronische Schmerz führt zu physischer, psychischer und sozialer Zermürbung des Patienten. Es kann zu einem schmerzbedingten Psychosyndrom mit depressiver Verstimmung, Reizbarkeit, Schwäche, eingeeengten Interessen und verminderten sozialen Aktivitäten kommen.<sup>4</sup>

### Durchbruchschmerz

„Durchbruchschmerz (DBS) ist ein vorübergehender, starker Schmerzanstieg bei sonst kontrolliertem Basisschmerz.“<sup>5</sup>

### Total Pain

Der Begriff „Total Pain“ definiert den multidimensionalen Schmerz unter Berücksichtigung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen des Schmerzes und des gesamten Krankheitsverlaufs.

---

<sup>2</sup> International Association for the Study of Pain IASP, 1986

<sup>3</sup> zit. in: C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 157

<sup>4</sup> vgl. R. Reining, A. Schweiger: Endlich weniger Schmerzen; Trias Verlag, Stuttgart 2006, S. 26

<sup>5</sup> Bigorio 2006, Empfehlungen zu «DURCHBLUTUNGSSCHMERZ»; <http://www.palliative.ch>

„Unter Total Pain verstehen wir in hohem Maße die Auseinandersetzung des Schwerkranken und Sterbenden mit der Trauer um sein baldiges Sterben und den nahen Tod.“<sup>6</sup>

Die Abbildung zeigt eindrücklich, was unter Total Pain zu verstehen ist. Bemerkenswert ist der große seelische, soziale und spirituelle Anteil. Oft leidet der Patient unter mehreren der genannten Dimensionen, manchmal ist es aber auch nur eine einzelne.

Treten mehrere Dimensionen gleichzeitig auf, stehen sie untereinander in Verbindung. Eine Dimension wirkt auf eine andere und erhöht deren Intensität und die Häufigkeit ihres Auftretens.

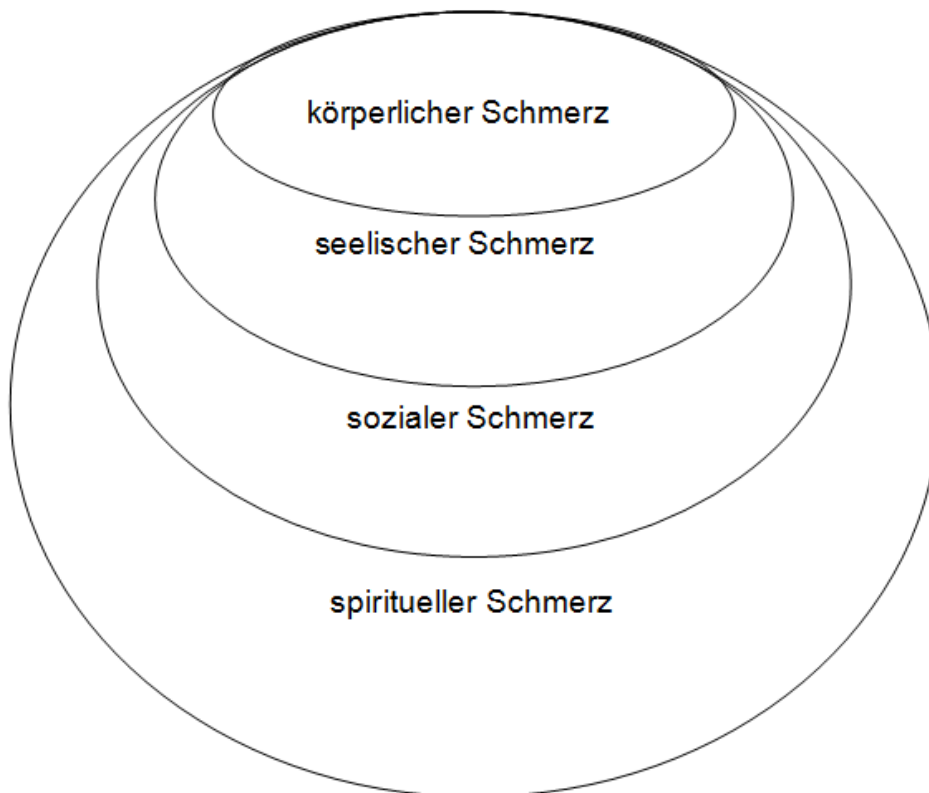


Abbildung - Total Pain nach Kunz, 2009

---

<sup>6</sup> C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 387

## Übung

Überlegen Sie, was sich hinter den Begriffen psychischer, sozialer, kultureller und spiritueller Schmerz im Einzelnen für den Patienten verbirgt. Suchen Sie nach Beispielen aus Ihrer praktischen Arbeit.

Vergleichen Sie Ihre Ergebnisse mit den nachfolgenden Aufzeichnungen!

1. körperlicher Schmerz – biomedizinischer Faktor
  - organische Pathologie
  - Gewebeschädigung
2. seelischer Schmerz – emotionale Verletzung
  - Reaktion auf Verluste
  - Angst vor dem Sterben, vor dem Ungewissen, vor unbehandelbaren Symptomen
3. sozialer Schmerz – Probleme oder Stress in Partnerschaft, Familie, Arbeit
  - Verletzung durch politisches, gesellschaftliches Umfeld
  - Einsamkeit, Ausgrenzung, Nutzlosigkeit, Abhängigkeit, Schwäche
  - z. B. Verlust von Autonomie, Verlust körperlicher Integrität, auf andere angewiesen sein, sehr viele Verlusterlebnisse
4. spiritueller Schmerz
  - die Frage „Warum“?
  - ungelebtes Leben
  - leiden an ethischem und religiösem Dilemma
  - leiden an der eigenen Lebensaufgabe (Berufung)
  - zunehmende Isolation
  - Schmerz als Trauerphänomen
  - Veränderung der sozialen Rolle
  - sich selbst verloren gehen

Das sind nur einige Beispiele. Alle mitmenschlichen Probleme und existenziellen Sinnfragen, besonders in Lebenskrisen, könnten hier stehen.

## **Krise**

„Schwierige, gefährliche Entwicklung, Ausnahmesituation, der Gipfel eines Spannungsbogens, in der sich die Betroffenen in einem sehr labilen psychischen Zustand befinden, ein weitaus größeres Bedürfnis nach Hilfe als sonst haben und folglich auch leichter zu beeinflussen sind.“<sup>7</sup>

Die dem betroffenen Menschen zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien reichen nicht aus, und der Mensch fühlt sich überfordert.

„Gibt es einen Schmerz, ein Problem, das stärker im Zentrum der Frage nach der eigenen Existenz steht als das Sterbenmüssen? Gibt es eine Schmerztherapie, eine Befreiung, eine Lösung für das Sterbenmüssen – angesichts des Todes? Und kann deshalb das Wissen oder Ahnen um das Sterben nicht viele der vorher verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten rauben oder angesichts der physischen Realität von Krankheit, Schwäche, Verstümmelung und Müdigkeit entmachten?“<sup>8</sup>

## **Die Trennungsarbeit am Lebensende**

### **Bedeutung der Trennungsarbeit**

Für jeden schwerkranken und sterbenden Menschen kommt der Zeitpunkt, an dem ihm unabänderlich klar wird, dass er sterben wird, dass es keine kurativen Behandlungsmöglichkeiten mehr gibt, um diesen Prozess aufzuhalten oder gar umzukehren. Unabhängig von zwischenzeitlicher Hoffnung auf Heilung beginnt mit dieser Erkenntnis ein höchstes Maß an Trauer.

Er erlebt seine Gegenwart und seine Zukunft und alles, was dazugehört, nur noch als Verlust. Er spürt, dass seine Kräfte abnehmen, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, auf die er einmal stolz war, schwinden. Mit dem Schwinden der körperlichen Unversehrtheit schwindet seine Autonomie und damit verändert sich seine Rolle im Leben. Es wird die scheinbar bedeutungslose Rolle eines Schwerkranken.

Ziele, die er gerne noch erreicht hätte, werden unerreichbar, Pläne und Hoffnungen müssen begraben werden. Die Worte „Nie mehr!“ oder „Nie wieder!“ bekommen eine wirklich endgültige Bedeutung und das erfüllt den Sterbenden mit bitterer Wehmut, da er meint, das Leben noch nicht ausreichend gelebt zu haben und dass das Ende viel zu früh kommt.

---

<sup>7</sup> Lexikon der Psychologie; Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin 2001

<sup>8</sup> C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 387

Seltene Ausnahmen dabei bilden wirklich sehr hochbetagte Menschen, die auf ein langes und erfülltes Leben zurückblicken können. Aber vielleicht, wenn sie ein Stück der vermissten Lebensqualität zurückbekämen, würden auch sie anders sprechen.<sup>9</sup>

### **Trauer um die Vergangenheit**

Neben der Trauer um Gegenwart und Zukunft eröffnet sich dem Sterbenden noch ein großes Trauerfeld, mit dem er in gesunden Tagen nie gerechnet hat: seine Vergangenheit. Die Vorstellung, dass alles, was ihn selbst ausgemacht hat, sein Innerstes, sein Denken und Fühlen nach seinem Tod körperlos und damit für immer verloren sein wird, ist eines der schmerzlichsten Verlusterlebnisse überhaupt. Das Gefühl: Es bleibt nichts von mir. Die Hoffnung, im Gedächtnis seiner Angehörigen noch eine geraume Zeit weiterzuleben, ist manchmal nur ein geringer Trost. Das Bewältigen dieser Trauerarbeit – um die eigene Zukunft und die eigene Vergangenheit – gehört zu den größten Leistungen des sterbenden Menschen.<sup>10</sup>

### **Die Rolle des professionellen Helfers**

Mit den geschilderten Nöten eines Todkranken werden Sie täglich in Ihrer Arbeit konfrontiert.

#### **Übung**

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie erkennen, dass einem Patienten auf Ihrer Station nicht mehr kurativ zu helfen ist? Ändern Sie die Art und Weise, mit Ihm umzugehen? Machen Sie sich ein paar kurze Notizen und bearbeiten Sie diese Aufgabe nach Abschluss des Kapitels noch einmal!

Ist mit dem Ende der kurativen Behandlung auch die Beziehung zu dem Patienten zu Ende?

Oft erkennen Ärzte, Pfleger und Therapeuten zu diesem Zeitpunkt die Grenzen ihres Handelns. Sie fühlen sich mit ihrem Wissen am Ende, unzulänglich und ärgerlich.

Hier bieten die Konzepte der Palliative Care neue Denk- und Handlungsschemen zur Umsorgung des Patienten an. Neben dem Lindern körperlicher Schmerzen kann das Palliativteam durch das Teilen des fremden Schicksals eine große Hilfe für den Betroffenen sein.

---

<sup>9</sup> nach C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 387 ff.

<sup>10</sup> nach C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 388



Das einmal unter kurativen Bedingungen geschlossene Bündnis muss unter einem veränderten Ziel weitergeführt werden. In den Mittelpunkt rückt jetzt das Befinden des Patienten. Sein Befund ist nicht mehr so wichtig. Damit löst das Begleiten des Sterbenden das Behandeln des Patienten ab.<sup>11</sup>

## **Anteilnahme – Schmerzbegleitung statt Schmerzbekämpfung**

Begleitung des Kranken und seiner Angehörigen fordert die gesamte Aufmerksamkeit und Sorge des Pflegepersonals. Es gilt für ihre Sorgen und Probleme da zu sein. „Der Kern der Begleitung liegt in der Solidarität des Unterstützenden, d. h. in seiner Bereitschaft, den Kranken nicht alleinzulassen, an seiner Geschichte teilzunehmen und ihm Anteilnahme entgegenzubringen.“<sup>12</sup>

### **Übung**

Wie treten Sie Patienten in dieser Lage gegenüber? Sind Sie teilnahmsvoll oder versuchen Sie es mit mehr oder deutlich ausgesprochenen Appellen zur Bewältigung?

Leider findet die Kommunikation zwischen den Helfern und den Patienten heute oft in einem komplementären Kommunikationsstil statt. Das heißt, es findet eine Kommunikation von oben nach unten statt.

Die Behandelnden sind die Führenden, die Patienten die Geführten.

**Beachte: Die Deutungsleistung in einem Gespräch liegt nicht im Ablenken und Lösen, sondern im Verstehen als Wiedergeben des Verstandenen und der somit bekundeten Anteilnahme und Solidarität. Dies ist bereits ein Akt des Anteilnehmens, es muss nicht gesondert verbalisiert werden.**<sup>13</sup>

Die Wirklichkeit eines Menschen erschließt sich vor allem über die Art, wie er über die Welt spricht. Dem Sprechen eines Menschen kommt eine welt- und sinnerschließende Funktion zu.

---

<sup>11</sup> nach C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 388

<sup>12</sup> C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 389

<sup>13</sup> vgl. C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 389

Es ist wichtig, dass Menschen ihre Gedanken, Gefühle und Schmerzen ausdrücken, damit sie ein Verhältnis zu ihnen bekommen und damit zu dem dahinterstehenden Geschehen. „Bedauerlicherweise werden Ärzte und Pflegende bis heute weder dazu ausgebildet, Patienten zum Ausdruck und Beschreiben von Schmerzzuständen jeder Art zu ermuntern, noch ihnen (und sich) zu ermöglichen, in Anschauungen der Welt hineinzuwachsen, hineinzureifen. Professionelle Helfer werden fast ausschließlich als Problemlöser ausgebildet. Mit dem Hineinwachsen in Beruf und Rolle werden Gedanken- und Sprachmuster geschaffen, denen wir folgen.“

Das ist verhängnisvoll und macht jeden Paradigmenwechsel aufweichbar und in der Tiefe unwirksam. Ärzte und Pfleger werden in der Ausbildung und durch fehlende Vorbilder dazu gebracht, im Lösen von Problemen die Basis für die größten Herausforderungen zu sehen und dies als die Quelle tiefster beruflicher Genugtuung zu empfinden. Im Bereich des Total-Pain-Geschehens geht es häufig nicht um die erfolgreiche Bekämpfung des Schmerzes, sondern um sein Teilen und Nachvollziehen, seinen unausweichlichen und immer auch zugleich lebensförderlichen Umgang damit.“<sup>14</sup>

## **Probleme klären und Ziele definieren**

### **1. Schritt**

Zuerst muss das Palliativteam die Mitteilungen des Patienten aufnehmen. Das ist die Grundvoraussetzung für weitere Hilfeleistungen.

### **2. Schritt**

Die Probleme entwirren und ordnen. Das ist nötig, um klare Problemstellungen zu erhalten, die dann gemeinsam angegangen werden können, denn nur auf ein konkretes Ziel hin kann interveniert und geholfen werden. Sonst bleibt psychosoziale Betreuung wirkungslos.

Durch genaues Hinhören und Nachfragen werden die psychosozialen Fragestellungen eingegrenzt. Beispielsweise muss durch Fragen herausgefunden werden, was sich hinter: „Ich habe solche Angst“ versteckt, z. B. Angst vor

- chirurgischen Eingriffen,
- dem Verlust von Lebensqualität und Autonomie,
- Schmerz, Atemnot und Rückfällen,
- dem Verlassen werden und Trennung oder
- einer Gerichtsbarkeit nach dem Tod.

---

<sup>14</sup> C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 389

## Angst

Angst ist ein Grundgefühl. Sie ist qualvoll, gegenstandslos und bedroht immer das gesamte Dasein. Wenn die Angst keine Sprache bekommt, bleibt sie unbeherrschbar. Wird sie aber zum Sprechen gebracht, wandelt sie sich in Furcht, die man benennen und damit angehen kann. Aus diffuser Angst wird durch Benennen eine konkrete Furcht.<sup>15</sup>

### Ein Beispiel aus dem Bereich emotionaler Schmerzen

„Der 43-jährige Mann litt an einem nichtoperablen malignen Melanom, das ihn entstellte. Er war vor seiner Erkrankung als Universitätsprofessor tätig gewesen und hatte in verschiedenen Gremien politisch mitgearbeitet. Seine sich öfters wiederholende Äußerung lautete: „Es stimmt mich unendlich traurig, mich hier so liegen zu sehen.“

Die allgemeine Vermutung im Team war, dass es sich bei seinem Schmerz um das Gefühl des Prestigeverlustes und um das Gefühl des Fehlens seiner früheren Attraktivität handelte. Im Verlauf der Begleitung wurde aber deutlich, dass es nicht darum ging, sondern dass er den Verlust von Entscheidungskompetenzen und Autonomiefähigkeit betrauerte. Als dem Team – nicht zuletzt in der gemeinsamen Stationssupervision – deutlich geworden war, welcher Trauerprozess bei dem Patienten ablief, bemühte man sich, ihn in alle medizinischen und pflegerischen Schritte einzubeziehen. Der Patient war beteiligt am Abwägen aller Optionen in der Behandlung und Pflege, in diesem Zusammenhang wurde sein Sterben zu einem planbaren, ihm gemäßen, zu bewältigenden Vorgang. Durch das Formulieren und Umsetzen erreichbarer Ziele kann der Patient sein Sterben „angehen“ und ggf. in seine Gewalt bringen, bewältigen.“<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> nach C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S 389 ff.

<sup>16</sup> C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 391

## Begleiten heißt Unterstützen

In der psychosozialen und auch in der spirituellen Betreuung ist es wichtig,

- dem Sterbenden die Ängste nicht auszureden.
- seine Sorgen nicht zu beschwichtigen.
- seine Ängste und Sorgen nicht zu deuten.
- Aufgaben, die er zu erledigen hat, nicht abzunehmen.

Seine Bedürfnisse nach

- Wertschätzung und Respekt,
- Sicherheit,
- Zugehörigkeit,
- Autonomie und Entscheidungsfähigkeit

sollen ernst genommen werden.

In einer solchen Begleitung, die mehr unterstützt und so wenig wie möglich stellvertretend für den Patienten macht, wird dem Patienten zugesichert, dass wir ihm zutrauen, dass er seine letzte Lebenszeit meistern und sein Sterben ertragen kann.

Stufen der Begleitung:

- Anteilnehmen
- mehrdimensionale Diagnosestellung
- Ordnen, Filtern, Herausarbeiten der psychosozialen Nöte  
Zeitplan erstellen
- Untersuchung, Bewertung und Nutzung intakter Gegebenheiten
- Interventionsvorschläge und Stützungsangebote<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> vgl. C. Knipping (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage; Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007, S. 392

## Zusammenfassung

Unter dem Begriff „Total Pain“ wird das Abschiednehmen schwerkranker und sterbender Menschen von ihrer Umgebung, ihrer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verstanden. Dazu gehört auch der Abschied von sich selbst. Die oft heftigen Gefühlsreaktionen in dieser Phase können nicht mit herkömmlichen Methoden (Schmerzbehandlung oder Psychotherapie) behandelt werden. Der Umgang mit den Patienten erfordert von den Betreuern die Fähigkeit, den todkranken Patienten in seiner Einmaligkeit und Einzigartigkeit zu erkennen, ihn zu begleiten und zu unterstützen.

## Selbstkontrollaufgaben

1. Was gehört alles zu Total Pain?
2. Was verstehen Sie unter Trennungsarbeit am Lebensende?
3. Was heißt „den Sterbenden unterstützen und begleiten“?

## **Bearbeitungshinweise zu den Selbstkontrollaufgaben**

1 Was gehört alles zu Total Pain?

### **Antwort**

Der Begriff „Total Pain“ definiert den multidimensionalen Schmerz unter Berücksichtigung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen des Schmerzes und des gesamten Krankheitsverlaufs.

2 Was verstehen Sie unter Trennungsarbeit am Lebensende?

### **Antwort**

Antwort im Abschnitt: Die Trennungsarbeit am Lebensende. Es wird erwartet, dass Sie eigene berufliche Erfahrungen einfließen lassen.

3 Was heißt „den Sterbenden unterstützen und begleiten“?

### **Antwort**

Antwort im Abschnitt: Begleiten heißt Unterstützen. Auch hier wird erwartet, dass Sie eigene berufliche Erfahrungen einfließen lassen.

## **Verwendete Literatur, Internetquellen für Bilder und weiterführende Literatur**

### **Verwendete Literatur:**

Lexikon der Psychologie. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin 2001

Kamke & Scholz, 1992; in: Enzyklopädie der Psychologie, Entwicklungspsychologie Bd. 6. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2005

Kränzle, S.; Schmidt, U.; Seeger, Ch.: Palliative Care – Handbuch der Pflege und Begleitung, 4. Auflage. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2011

Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, 2., durchgesehene und korrigierte Auflage. Verlag Hans Hubert, Hogrefe AG, Bern 2007

Geisler, L.: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Pharma Verlag Frankfurt, Internetversion der 3. erweiterten Auflage, Frankfurt am Main 1992; Online-Veröffentlichung mit freundlicher Erlaubnis von Peter Hoffmann/Pharma Verlag Frankfurt

Die Berliner Altersstudie, 3. erweiterte Auflage. Akademie Verlag GmbH, Berlin 2010

Langkafel, P.; Lüdke, Ch.: Breaking Bad News. Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin. Economica Verlag, Heidelberg, München, Landsberg, Berlin 2008

Reining, R.; Schweiger, A.: Endlich weniger Schmerzen, 1. Auflage. Trias Verlag, Stuttgart 2006

Bigorio 2006, Empfehlungen zu «DURCHBRUCHSCHMERZ»; <http://www.palliative.ch> [Stand April 2009]

Ekert, B.; Ekert, Ch.: Psychologie für Pflegeberufe, 2. überarbeitete Auflage. Thieme, Stuttgart 2010

Brandenburger, H.; Dorschner, St.: Pflegewissenschaft 1 Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege. Huber Verlag, Bern 2007