

<b>Kapitel</b>	<b>Seite</b>
<b>0. Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>1.0 Zur Klassifikation von Krankheiten</b>	<b>9</b>
1.1 Grundlagen der Klassifikation von Krankheiten	9
1.2 Möglichkeiten der wissenschaftlichen Klassifikation von Krankheiten	10
1.3 Geschichte und Entwicklung von wissenschaftlichen Klassifikationen von Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen	12
1.4 Grundzüge der aktuellen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD)	18
1.5 Zur intersubjektiv gültigen Klassifikation der Krankheiten durch den medizinischen Laien	20
<b>2.0 Ziele und Methodik der Untersuchung</b>	<b>30</b>
2.1 Forschungsziele	30
2.2 Methoden	31
2.2.1 Die zur Untersuchung ausgewählten Krankheitsbegriffe	31
2.2.2 Ähnlichkeitsbestimmungsaufgaben	34
2.2.3 Das Prinzip der multidimensionalen Skalierung	36
2.2.4 Stichprobenumfang	37
<b>3.0 Vorstellungen und Klassifikationen zu den Krankheitsbegriffen bei den Internisten (Klinikern)</b>	<b>38</b>
<b>4.0 Vorstellungen und Klassifikationen zu den Krankheitsbegriffen bei den medizinischen Laien</b>	<b>57</b>
4.1 Gruppe der medizinischen Laien aus Köln-Merkenich	57
4.2 Gruppe der medizinischen Laien aus Köln-Bocklemünd	72
4.3 Summation der beiden Gruppen (Laien Köln gesamt)	86
<b>5.0 Der Begriff "Krankheit"</b>	<b>100</b>
5.1 Begriffsunterscheidung zwischen Krankheitsvorstellung, Krankheitskonzept und Krankheitsbegriff	100
5.1.1 Die Krankheitsvorstellung	100
5.1.2 Das Krankheitskonzept	100
5.1.3 Der Krankheitsbegriff	101
5.2 Die Krankheitsvorstellungen und Krankheitskonzepte im historischen Wandel	102

<b>Kapitel</b>	<b>Seite</b>	
5.2.1	Altertum	102
5.2.1.1	Babylonien	103
5.2.1.2	Ägypten	104
5.2.1.3	Indien	105
5.2.1.4	China	106
5.2.1.5	Persien	106
5.2.1.6	Mexiko	107
5.2.1.7	Griechenland	108
5.2.2	Christliches Mittelalter	112
5.2.3	Neuzeit	114
5.2.3.1	Die ontologische Krankheitsauffassung in der Renaissance	115
5.2.3.2	Grundlagen der Naturwissenschaften im siebzehnten und achtzehnten Jahrhundert	117
5.2.3.3	Der Mesmerismus und die romantische Schule	119
5.2.3.4	Selbständige biodynamische Krankheitskonzepte des 18. und 19. Jahrhunderts	122
5.2.3.5	Zellulärpathologie und Bakteriologie	124
5.2.3.6	Der Konditionalismus	125
5.2.3.7	Der Kausalismus	125
5.2.3.8	Psychosomatik und Medizinische Anthropologie	126
5.3	Die Krankheitskonzepte in zeitlicher Zusammenschau	130
5.3.1	Supranaturalistische Konzepte	130
5.3.1.1	Iatrodämonologie - Krankheit durch böse Geister, Dämonen und Teufel	131
5.3.1.2	Iatrotheologie	131
5.3.1.3	Iatroastrologie - Astromedizin	132
5.3.1.4	Iatromagie	133
5.3.2	Naturalistische Konzepte	133
5.3.2.1	Humoralpathologie - Qualitätenpathologie	133
5.3.2.2	Iatrochemie	134
5.3.2.3	Iatrophysik	135
5.3.2.4	Iatromorphologie	135
5.3.2.5	Iatrotechnisches Konzept	136
5.3.3	Intermediäre Gruppe der dynamischen Krankheitskonzepte- Psychodynamismus	136

<b>Kapitel</b>	<b>Seite</b>	
5.3.4	Psychologisch-soziologische Krankheitskonzepte	137
5.3.4.1	Psychoanalyse	137
5.3.4.2	Anthropologisch-soziologische Krankheits- auffassung	138
5.3.5	Empirische Medizin	138
<b>6.0</b>	<b>Theoretische Grundlagen zum Klassifikationsprozeß</b>	<b>140</b>
6.1	Der Begriff Kognition	140
6.2	Zur kognitiven Psychologie	141
6.2.1	Kognitive Gedächtnisspuren	141
6.2.2	Kognitive Landkarten	142
6.2.3	Klassifikation von Begriffen im kognitiven Raum	145
6.2.4	Klassifikation nach Ähnlichkeiten als Voraussetzung menschlicher Kommunikation	147
6.3	Die Attributionstheorie	148
6.3.1	Zum Ansatz der Attributionstheorie	148
6.3.2	Kognitive Kontrolle	152
6.3.3	Kognitive Prozesse als Determinanten der Selbstwert- regulation	154
6.3.4	Attribution und Krankheit	159
6.3.5	Mögliche Probleme bei der Anwendung von Attributions- prozessen auf subjektive Krankheitstheorien	162
6.4	Aspekte der Attributionsbeeinflussung	163
6.4.1	Grundlegende Experimente zur Attributionsbeeinflussung	163
6.4.2	Die Bedeutung von Attributionsprozessen bei der Entstehung und Behandlung von emotionalen Störungen	166
6.4.3	Das Exazerbationsmodell von Storms und Mc Caul	167
6.4.4	Die Bedeutung der Attributionsbeeinflussung für das Arzt- Patient-Verhältnis	168
6.4.5	Die Bedeutung der Klassifikationsschemata der Patienten für das Arzt-Patient-Verhältnis	169
<b>7.0</b>	<b>Die Arzt-Patient-Kommunikation</b>	<b>171</b>
7.1	Kommunikation als soziale Interaktion	171
7.2	Die Arzt-Patient-Kommunikation als asymmetrische Kommunikation	174

<b>Kapitel</b>	<b>Seite</b>	
7.3	Einflüsse psychosozialer Faktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation	176
7.4	Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation	181
7.4.1	Interaktionsmuster in der ambulanten Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinpraxis	181
7.4.2	Kommunikative Adäquatheit	181
7.4.3	Die Visite - ein veränderter Dialog	184
7.4.4	Das Arzt-Patient-Verhältnis im Spiegel der Sprache	186
7.4.5	Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten einer Allgemeinpraxis	187
7.4.6	Die Diagnose des praktischen Arztes im Spiegel der Patientenangaben	190
7.4.6.1	Krankheitszeichen als Ausdruck einer gemeinsamen Sprachebene von Arzt und Patient	190
7.4.6.2	Interpretation von Korrelationstabelle (Krankheitszeichen vs. Diagnose) und Summentabelle (Krankheitszeichen)	193
7.4.6.3	Unterschiede zwischen intersubjektiv gültiger und wissenschaftlicher Krankheitstheorie	197
7.4.6.4	Das topographische Merkmal als gemeinsames Bezugssystem von Arzt und Patient	202
7.4.6.5	Die Diagnose und ihre Bedeutungsfelder bei den verschiedenen Kommunikationspartnern	203
7.4.6.6	Ordnungsprinzip für die Mißempfindensäußerungen der Patienten	205
<b>8.0</b>	<b>Bedeutung der gewonnenen Ergebnisse für die Arzt-Patient-Kommunikation</b>	<b>210</b>
<b>9.0</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>218</b>
<b>10.0</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>221</b>
<b>11.0</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>239</b>