



Psychosomatische  
Fachklinik Münchwies

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 4

# Therapie der chronischen Schmerzerkrankung

**Herausgeberin: Psychosomatische Fachklinik Münchwies**  
**Chefärztin**  
**Dr. med. Monika Vogelgesang**  
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie  
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Rehabilitationswesen  
Turmstraße 50-58  
66540 Neunkirchen/Saar  
Tel. (0 68 58) 6 91- 2 14  
Fax (0 68 58) 6 91- 4 20

1. Auflage 1997  
ISSN 0946-7351

---

**Münchwieser Hefte**

Heft Nr. 4

*Horst Baumeister*

# **Therapie der chronischen Schmerzerkrankung**

**Ein indikatives Psychotherapieprogramm**

**Reihe Konzepte**

---

## **Ansprechpartner für den Bereich chronischer Schmerzerkrankungen**

Dr. Horst Baumeister  
Oberarzt

Telefon (06858) 691-208  
oder (06858) 691-215 (Chefarztsekretariat)

---

# Inhalt

Einleitung	5
1. Epidemiologische Daten	5
2. Patientenkarrerien	5
3. Entstehungsbedingungen	6
4. Arzneimittelverbrauch	7
5. Das Schmerzbewältigungsprogramm	7
5.1 Schmerzbewältigungsgruppe	7
5.1.1 Gruppenstruktur	7
5.1.2 Indikationen	7
5.1.3 Therapieziele	8
5.1.4 Methoden und Techniken	9
5.2 Das Stressbewältigungsprogramm	10
5.3 Die Entspannungsverfahren	10
5.4 Körpertherapeutische Übungen	10
5.5 Das sportliche Trainingsprogramm	10
5.6 Die Alkohol- und Medikamentengruppe	11
6. Zuweisungskriterien für die Behandlung in der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen und in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen	11
7. Behandlungsrahmen	12
8. Schlussbetrachtung	13
Literatur	14



---

# Einleitung

Der Schmerz, ein Urphänomen menschlichen Seins, führt den Patienten am häufigsten zum Arzt. Während der Akutschmerz keine Probleme bezüglich einer effizienten Schmerztherapie bereitet, stellt der chronische Schmerz ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem dar und stellt Ärzte, Psychologen und andere am therapeutischen Prozess beteiligte Berufsgruppen vor mannigfache Probleme, die nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu lösen sind.

## 1. Epidemiologische Daten

Seit Jahren zeigen Krankheitsbilder mit chronischen Schmerzen steigende Tendenz. Die Punktprävalenz in der Bundesrepublik Deutschland chronischer Schmerzen in der Bevölkerung liegt insgesamt bei konservativer Schätzung bei 10 % (Birse & Lander, 1998). Die Lebenszeitprävalenz für somatoforme Schmerzstörungen liegt bei 12,2 % (Mayer & al., 2000). 15 % der Frauen und 7% der Männer leiden unter Migränekopfschmerzen, beim Kopfschmerz vom Spannungstyp liegt die Prävalenzrate zwischen 15 und 20 %. Circa 500.000 Menschen leiden unter schmerzmittelbedingten Dauerkopfschmerzen. Bei Schmerzen aus dem Fachgebiet der Orthopädie, insbesondere so genannte Dorsopathien, liegt die Punktprävalenz bei 35 %, die Jahresprävalenz bei 45 %, wobei es bei 70 % der Patienten zu Chronifizierungen kommt. Die oben genannten Daten zeigen, dass der chronische Schmerz eine Herausforderung für das Gesundheitsversorgungssystem darstellt.

## 2. Patientenkarriere

Der Patient mit chronischen Schmerzen hat meist eine lange Krankheitskarriere hinter sich. Die anfänglichen Versuche, ein Heilmittel zu finden, welches Schmerzfreiheit verspricht, führen viele Patienten zu medikamentösen Therapieversuchen, die meist in eine missbräuchliche Selbstmedikation mit Dosissteigerung übergeht, die zur chronischen Intoxikation führen kann mit der Folge der Gewöhnung bzw. Abhängigkeit. Führen die Selbstmedikationsversuche nicht zum gewünschten Erfolg, wird der Betroffene seine Schmerzsymptomatik irgendwann als professionell behandlungsbedürftig

---

definieren, was dazu führt, dass er über vielfältige medizinische und paramedizinische Versorgungsinstitutionen, die keinen körperlichen Befund erbringen, der die Schmerzsymptomatik ausreichend erklärt, letztendlich zu einer psychotherapeutischen Behandlung gelangen. Häufig entwickelt der Patient mit chronischen Schmerzen das Gefühl, ein „Verlierer“ im medizinischen Versorgungssystem zu sein. Neben Resignation entstehen Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, die nicht selten das Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Depression erreichen.

Die sich aus dem subjektiven Schmerzerleben entwickelnden Verhaltensweisen führen zu einer Reihe von Arrangements im häuslichen Milieu, in der Arbeitswelt, im medizinischen Versorgungssystem, die als kontingente Verstärker die Schmerzsymptomatik komplizieren und Schmerzverhaltensweisen konditionieren.

### 3. Entstehungsbedingungen

Die Entstehungsbedingungen und die Aufrechterhaltung einer chronischen Schmerzkrankheit sind in einen umfassenden biopsychosozialen Krankheitskontext zu stellen, wobei die unterschiedlichen vielfältigen pathogenetischen Mechanismen die Notwendigkeit einer multimodalen therapeutischen Vorgehensweise begründen, die adaptiv sein müssen, d. h. unter anderem auch den Prozess der Krankheit selbst in den Blick nehmen, wozu auch die subjektiven Krankheitstheorien und die Krankheitsverhaltensweisen zu zählen sind.

Folgende Gesichtspunkte sind von u. a. Bedeutung:

- Belastungsfaktoren in der Kindheit, wie körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, schwere emotionale Vernachlässigung
- Beeinträchtigungen der Affektwahrnehmungen und des Affektausdruckes
- unsichere Bindungsmuster mit überwiegend vermeidendem Verhalten und ängstlich-katastrophisierender Verarbeitung körperlicher Beschwerden
- Vorhandensein einer erhöhten physiologischen Reaktionsbereitschaft mit einer Fehlbewertung körperlicher Signale
- reduktionistische Krankheitsbegriffe auf Seiten des Patienten wie auf Seiten der Ärzte
- kommunikative Defizite zwischen den Fachärzten, die dazu führen, dass qualitativ und quantitativ sinnlose Medikamentenverschreibungen erfolgen
- Formen des Krankheitsgewinns
- unkontrollierte Selbstmedikation

- 
- dysfunktionale Arzt-Patienten-Beziehungen, die zum Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen führen und Frühberentungswünsche vorschnell unterstützen.

## **4.           Arzneimittelverbrauch**

Da Schmerzmittel zur Schmerzlinderung eingesetzt werden, ist der Verbrauch entsprechend hoch. Bei den meisten verordneten Arzneimitteln innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen wie auch bei den meist verkauften Arzneimitteln, die in der Apotheke ohne Rezepte verkauft werden können (Selbstmedikation) stehen von 20 Arzneimittel in der Rangfolge 10 Schmerzmittel auf den ersten Plätzen. Obwohl das Missbrauchspotential, das Abhängigkeitspotential und auch die organische Folgeschäden wie das so genannte „Analgetikasyndrom“ bestehend aus Papillenekrose, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, Pankreatitis, Anämie und Bluthochdruck bekannt sind, nimmt der analgetische Medikamentenkonsum zu. Die intensive Laienwerbung der pharmazeutischen Industrie hat hier sicher einen nicht unerheblichen Anteil an diesen Folgeerscheinungen.

## **5.           Das Schmerz- bewältigungsprogramm**

### **5.1       Die Schmerzbewältigungs- gruppe**

#### **5.1.1    Gruppenstruktur**

Halboffener Gruppenverband mit maximal 12 Patienten.  
Acht Therapieeinheiten à 90 Minuten einmal pro Woche.  
Ein Arzt/eine Ärztin und ein Dipl.-Psychologe/eine Diplom-Psychologin als Behandlerpaar.

#### **5.1.2    Indikationen**

- somatoforme Schmerstörungen
- Kopfschmerz vom Spannungstyp

- 
- Migräne
  - Medikamenteninduzierter Kopfschmerz
  - Clusterkopfschmerz

### 5.1.3 Therapieziele

Da chronifizierte somatoforme Schmerzen eine komplexe Struktur fehlangepasster Erlebnis- und Verhaltensweisen implizieren, die mit physiologischen Dysfunktionen einher gehen, werden multimodale Therapieansätze angewandt, die Veränderungen mehrerer Verhaltensebenen bzw. die Gesamtstruktur der Verhaltens- und Erlebnisweisen intendieren.

Das Schmerzbewältigungsprogramm ist so konzipiert, dass sich informative Bausteine, Übungsphasen von Schmerzbewältigungsmöglichkeiten und Anwendungsanleitungen für konkrete Schmerzsituationen ergänzen. Voraussetzung zur Erreichung der Behandlungsziele ist eine positive Arbeitsbeziehung des Patienten zum Behandlungsteam, die Aufrechterhaltung einer Veränderungsmotivation während der Durchführung der therapeutischen Maßnahmen, die Übernahme von Eigenverantwortung und eine kontinuierliche Registrierung und Bewertung des Therapieverlaufs.

Zu den einzelnen Therapiezielen gehören:

- positive Veränderung der Schmerzwahrnehmung durch Beeinflussung der sensorischen und affektiv bewertenden Schmerzempfindungsqualitäten
- Steigerung der Kontrolle und Abbau der Hilflosigkeit in Schmerzsituationen
- Einflussnahme auf zentrale Mediatoren des Schmerzgeschehens wie Angst und Depression
- Abbau fehlangepasster Schmerz- und Krankheitsverhaltensweisen
- Erhöhung des Aktivitätsniveaus
- Aufklärung über die verschiedenen somatoformen Schmerzstörungen incl. der Kopfschmerzformen, deren Ätiologie, Pathophysiologie und Epidemiologie
- Erarbeitung von Möglichkeiten und Gefahren medikamentöser Therapien
- Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsmodells auf dem Hintergrund subjektiver Krankheitstheorie

### 5.1.4 Methoden und Techniken

Dem Schmerzbewältigungstraining wird eine Informationseinheit vorangestellt, die die Grundlagen für die angebotenen Techniken und Methoden

---

darstellen und plausibel machen. Im weiteren Verlauf des Therapieprogramms werden die Informationseinheiten in einer engen Theorie-Praxis-Kopplung vermittelt. Die einzelnen Therapieeinheiten sind nicht zwingend aufeinander aufgebaut, jedoch inhaltlich miteinander verbunden. Je nach dem aktuellen Verhalten, den individuellen Problemkonstellationen und der Gruppendynamik ist eine flexible Handhabung möglich.

**Das Therapieprogramm ist in folgende Bestandteile aufgegliedert:**

- Formulierung der individuellen Behandlungserwartung und Darstellung der vom Patienten bisher praktizierten Schmerzbewältigungsstrategien; Einführung des Schmerzfragebogens und der Schmerztagesprotokolle
- Schmerzanalyse mit den Schwerpunkten Symptombeschreibung, Symptogenese, Identifikation von Auslösern- und Verstärkungsbedingungen und Medikamentenanamnese
- Erläuterung des psychosomatischen Modells, differenziert nach kognitiver und emotionaler Verhaltensebene mit Erläuterung der Zusammenhänge zwischen Soma und Psyche, den Wechselwirkungen zwischen Stress und belastenden Faktoren in der Lebensführung und der körperlichen Symptomatik
- Übungen zur Aufmerksamkeitsumlenkung und Visualisierungsübungen schmerzreduzierender Vorstellungen im Zusammenhang mit der jeweiligen Schmerzwahrnehmung und der Schmerzverhaltensweisen
- Erarbeitung eines Stressmodells und Analyse des individuellen Risikoverhaltens mit Identifizierung, Analyse und Modifikation der inneren Dialogstrategien
- Informationen über einfache, klassische und komplizierte Migräneerkrankungen, chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp und medikamenteninduzierten Kopfschmerz
- Information über medikamentöse Schmerztherapie bei den verschiedenen Schmerzformen; Aufklärung über die Gefahren der chronischen Intoxikation, der Gewöhnung und der Abhängigkeit mit dem Ziel, zu mehr Eigenverantwortlichkeit sowohl bei der ärztlich verordneten Medikation als auch bei der Selbstmedikation zu motivieren
- Anleitung zu speziellen Dehnungsübungen (Stretching) und die Vermittlung entsprechender Übungen, durch die Dehnungen konkret gefühlt werden, die Tiefensensibilität geweckt und damit der Kontakt zum Körper wiederhergestellt wird
- Wecken und Wiedererwecken von positiven Sinneserfahrungen durch Tasten, Riechen und Schmecken; Erarbeitung von Genussregeln

Weitere indikationsgeleitete Schwerpunkte des Therapieprogramms für den Schmerzpatienten sind:

---

## **5.2 Das Stressbewältigungsprogramm**

Das Gruppenangebot ist indiziert für Patienten, deren Stressbewältigung eingeschränkt oder wenig effektiv ist und daher bei der Aufrechterhaltung der Schmerzen eine nennenswerte Rolle spielt. Wahrnehmungsmuster und stressbezogene Gewohnheitseinstellungen sollen erkannt und hinterfragt werden und eine effektivere Stressbewältigung über Erweiterung und Flexibilisierung körperlicher, emotionaler und kognitiver Reaktions- und Bewertungsmuster ermöglicht werden.

## **5.3 Die Entspannungsverfahren (Autogenes Training oder progressive Muskelentspannung)**

Das Erlernen eines Entspannungsverfahrens erachten wir als wesentliches Element in der Schmerztherapie, da erfahrungsgemäß Schmerzpatienten häufig aufgrund ihrer Überkontrolliertheit, der sozialen Anpassung und der starken Leistungsmotivation unter einer chronischen Daueranspannung leiden. Durch täglich durchgeführte Entspannungsübungen wird das Erregungsniveau gesenkt und die Belastbarkeit erhöht. Ebenso profitieren die Patienten von Kurzformen der Entspannung wie Atemtechniken und Vorstellungsbildungen.

## **5.4 Körpertherapeutische Übungen**

Wie die klinischen Erfahrungen zeigen, sind chronische Schmerzen Ausdruck somatisierter negativer Gefühle, wie z. B. somatisierte Wutaffekte. Die unterdrückten, meist feindseligen Wünsche, die durch gegengerichtete Impulse gehemmt werden, sollen mittels körperlicher Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten, wie das Wahrnehmen und Erlernen von Wut- und Ärgerausdruck „befreit“ werden.

## **5.5 Das sportliche Trainingsprogramm**

Falsch verstandene Passivität im Sinne von Rückzug und körperlicher „Ruhe“, mangelndes Selbstvertrauen und Durchhaltevermögen sind häufig Merkmale

---

chronischen Krankheitsverhaltens bzw. falsch verstandener Entspannungsstrategien. Ein systematisches Fitnessstraining durch Walken, Laufen, Ergometertraining oder Schwimmen führt zu einer Verbesserung der allgemeinen Stressresistenz und der gesundheitlichen Gesamtverfassung.

## **5.6 Die Alkohol- und Medikamentengruppe**

Liegt bei Patienten in der Psychosomatischen Abteilung ein Missbrauch von peripheren Kombinationsanalgetika, von zentral wirksamen Analgetika und/oder von Alkohol bzw. anderweitigen suchtpotenten Medikamenten vor, erfolgt zusätzlich die Zuteilung zur indikativen Gruppe „Alkohol- und Medikamentenprobleme“. Die therapeutische Arbeit in dieser Gruppe besteht unter anderem in der Präzisierung der Problembereiche, die das Beschwerdebild bestimmen und der Entwicklung von Einsicht in die Funktionalität des Suchtmittelkonsums und dessen Verbindung zu den körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigungen. Des Weiteren erfolgen eine Stärkung der Kontrollkompetenz und der Aufbau von Selbstverantwortung mit dem Ziel der Einstellung des Suchtmittelmissbrauchs.

## **6. Zuweisungskriterien für die Behandlung in der psychosomatischen Abteilung und der Abhängigkeitsabteilung**

In beiden Abteilungen stehen Therapieplätze für Patienten mit chronifizierten Schmerzen zur Verfügung. In der psychosomatischen Abteilung behandeln wir die Patienten, bei denen im Krankheitserleben die Schmerzen im Zentrum ihrer Wahrnehmung stehen und die zweckgerichtete Befindlichkeitsmanipulation mittels peripheren Analgetika noch kontrollierbar erscheint und Abhängigkeitsmerkmale ersten Grades wie. u. a. psychische Abhängigkeitssymptome und Toleranzänderung noch nicht aufgetreten sind. Patienten mit einem Analgetikamissbrauch werden in der psychosomatischen Abteilung zusätzlich einer Indikationsgruppe für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch zugeleitet.

---

Patienten mit einer Niedrigdosisabhängigkeit von peripheren Analgetika, die in ihrer Selbstwahrnehmung keine Abhängigkeitsmerkmale erkennen und sich mit einem Suchtkonzept nicht identifizieren können und bei denen keine zusätzliche Abhängigkeit von einem anderen Suchtmittel besteht, behandelt wird ebenfalls in der psychosomatischen Abteilung.

Patienten mit einer chronischen Schmerzsymptomatik, bei denen der Wendepunkt zwischen kontrollierbarer, zweckgerichteter Befindlichkeitsmanipulation und abhängigkeitsrelevanten Hilflosigkeit überschritten ist und Abhängigkeitsmerkmale ersten Grades wie psychische Abhängigkeitssymptome und Toleranzänderungen bereits aufgetreten sind oder bei denen eine polyvalente Sucht vorliegt, behandeln wir in der Abhängigkeitsabteilung.

Bei bestehender Schmerzmittelabhängigkeit werden die Patienten zusätzlich der indikativen Gruppe „Medikamentenabhängigkeit“ zugewiesen.

## 7. Behandlungsrahmen

Die Psychosomatische Fachklinik Münchwies besteht aus einer Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen und einer Abteilung für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

In beiden Abteilungen leben die Patienten in Bezugsgruppen zusammen. Jeweils 12 Patientinnen und Patienten wohnen auf einem Flur in sechs Doppelzimmern. Gemeinsam durchlaufen sie ein basistherapeutisches Regelprogramm: In der Eingangsphase finden umfassende anamnestische Datenerhebungen, eingehende internistische und neuropsychiatrische Untersuchung sowie gesundheitsmedizinische Aufklärungs- und Informationsarbeit statt. Zum Basisprogramm gehören viermal pro Woche Gruppenpsychotherapie (interaktionelle problemlöseorientierte Arbeit), Sport- und Bewegungstherapie sowie Ergotherapie. Darüber hinaus werden anhand erstellter Bedingungsanalysen Einzelpsychotherapie, indikationsgeleitete Gruppenpsychotherapie, medizinische und physikalisch-balneologische Behandlungsmaßnahmen sowie soziotherapeutische Maßnahmen als weiterer Baustein in den Tagesablauf integriert.

Durch die Therapie in der Bezugsgruppe und das gleichzeitige Zusammenwohnen und –leben der Patienten bietet sich die Möglichkeit eines intensiven Selbsterfahrungsprozesses in einem neuen sozialen Milieu mit einer dichten Realitätsnähe. Für die häufig emotionsgehemmten Patienten bietet die

---

Wohngruppe eine Chance, sich mit den eigenen eingefahrenen Verhaltensweisen und Normvorstellungen auseinanderzusetzen, sie korrigieren zu lernen und auf der Verhaltensebene zu erproben.

In unserer Fachklinik schleichen wir Analgetika aus bzw. setzen sie ab, um Veränderungen im Schmerzerleben besser zuordnen zu können. Vor dem Absetzen der Medikation wird der Patient über die toxischen und schädlichen Folgen, insbesondere auch über den medikamenteninduzierten Kopfschmerz, aufgeklärt. Den Patienten wird geraten, bei starken Schmerzen das ärztliche Gespräch zu suchen, um ein für den Akutfall alternatives Behandlungsangebot wie z. B. balneophysikalische Maßnahmen (Eispackungen, Migräneguss etc.) anstelle von Analgetika zu erproben. Bei akuter Migräne wird differentialtherapeutisch interveniert, auch mittels Analgetika.

## **8. Schlussbetrachtung**

Mit unserem integrativen verhaltenstherapeutischen Konzept soll der uneinheitlichen Ätiologie des Symptoms chronischer Schmerz und der individuellen Pathogenese des Patienten Rechnung getragen werden. Wichtig ist uns die Gesamtsicht des Schmerzkranken, also seine Person und das Verständnis seiner Probleme.

---

# Literatur

- Baumeister, H. (2006). Psychotherapie bei chronischer Schmerzkrankheit und Formen der Medikamentenabhängigkeit. In: Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (Hrsg.) Psychotherapie der Sucht. Lengerich: Pabst.
- Bahra, A., Walsh, M., Menon, S. & Goaby, P. J. (2000). Does chronic daily headache arise de novo in association with regular analgesic use? *Cephalgia*, 20, 294 [Abstract].
- Birse, T. & Lander, J. (1998). Prevalence of chronic pain. *Canadian journal of public health*, 89, 129-131.
- Diener, H. C., Wilkinson, M. (Hrsg.) (1988). *Drug induced headache*. Berlin: Springer
- Egle, U. T., Nickel, R., Schwab, R., Hoffmann, S. (2000). Die somatoforme Schmerzstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, 21: A – 1469-1473
- Egle, U. T., Hoffmann S. O. (1993). *Der Schmerzranke*. Stuttgart: Schattauer.
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 44, 264-278.
- Ferner, H., Staubesand, J. (1972). *Atlas der Anatomie des Menschen*, Bd. I. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fordyce, E. (1993). An operant conditioning method for managing chronic pain. *Postgraduat Medicine*, 52, 123-143.
- Franke, A. (1984). *Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Geissner, E. (1990). Psychologische Schmerzmodelle. Einige Anmerkungen zur Gate-Control-Theorie sowie Überlegungen zu einem mehrfaktoriellen prozessualen Schmerzkonzept. *Der Schmerz*, 4.

---

Gerber, W. D. (1986). Verhaltensmedizin der Migräne. Weinheim: Edition Medizin.

Gerber, W. D., Haag, G. (1982). Migräne. Berlin: Springer.

Glaeske, G. (2005). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2005 (S. 52-68). Geestacht: Neuland.

Huber, H. P. (Hrsg.) (1982). Migräne. München: Urban & Schwarzenberg.

Husstedt, I. W., Grottemeyer, K. H., Schalke, H. P. (1988). Ergotaminderivate und peripheres Nervensystem. Nervenarzt, 59, 430 – 433.

Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: Univ. of Chic. Press.

Jahrbuch Sucht (1995). Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Geestacht: Neuland.

Jurna, I. (1984). Pharmakologische Grundlagen der Schmerztherapie. Deutsches Ärzteblatt, 81, 1441-1447.

Keeser, W., Pöppel, E., Mitterhausen, P. (Hrsg.). (1982). Schmerz. München: Urban & Schwarzenberg.

Lutz, R. (Hrsg.) (1983). Genuss und Genießen. Weinheim: Beltz.

Miltner, M. N., Birnbaumer, Gerber, W. D. (1986). Verhaltensmedizin. Berlin: Springer.

Mumenthaler, M., Regli, F. (1981). Kopfschmerzen. Nürnberg: Sandoz.

Neundörfer, B., Schimrigk, G., Soyka, D. (Hrsg.) (1984). Kopfschmerz. Weinheim: Edition Medizin.

Nickel, R. & Egle, U. (1999). Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. Stuttgart: Schattauer.

Nolveborn, S. (1983). Das Buch vom Stretching. München: Mosaik.

---

Schlote, B. Fragebogen zur Diagnose von Kopfschmerzen. Universität Ulm.

Schmidt, R. F., Struppler, A. (1982). Der Schmerz. Ursache, Diagnose, Therapie. München: Piper.

Schultz, H. H. (1976). Das autogene Training. Stuttgart: Thieme.

Seemann, H. Tagesprotokoll Schmerz. Universität Heidelberg, II. Physiol. Institut.

Soyka, D. (1987). Migränetherapie – aktueller Stand und Perspektiven. Der Schmerz I, 92-101.

Steiner, T. J., Joseph, R., Hedman, C., Rose, F. C. (1988). Metroprolol zur Migräneprophylaxe: Parallelgruppenvergleich mit Placebo und Follow-up zur Dosisfindung. Jatro Neurologie/Psychiatrie, 6, 48-56.

Stevens, J. O. (1975). Die Kunst der Wahrnehmung. Übungen der Gestalt-Therapie. München: Chr. Kaiser.

Uexküll, Th. von (1986). Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg.

Zimmermann, M., Handwerker, O. H. (Hrsg.). (1984). Schmerz – Konzepte und ärztliches Handeln. Berlin: Springer



Die „Münchwieser Hefte“ werden von der Klinik seit 1985 herausgegeben. Im wesentlichen sind darin die Referate der jährlich stattfindenden Münchwieser Symposien niedergelegt, ein Sonderheft enthält Informationen für Angehörige von Suchtpatienten.

Die Reihe „Konzepte“ der Münchwieser Hefte beschreibt unter fortlaufender Aktualisierung in der Klinik entwickelte Behandlungskonzepte bzgl. spezifischer Störungen.

Das Gesamtkonzept der Klinik erscheint weiterhin in der bisherigen Form, d. h. außerhalb dieser Reihe. Es kann – wie die Münchwieser Hefte und die Reihe Konzepte der Münchwieser Hefte – in der Klinik angefordert werden.

In der Reihe „Konzepte“ sind bisher erschienen:

Heft 1 – Pathologisches Glücksspielen

Heft 2 – Stationäre Rückfallprävention als Auffangbehandlung

Heft 3 – Angststörungen

Heft 4 – Therapie der chronischen Schmerzerkrankung

Heft 5 – Bulimia und Anorexia nervosa

Heft 6 – Adipositas permagna

Heft 7 – Traumatherapie

Heft 8 – Aggressive Störungen

Heft 9 – Frauenspezifische Therapieangebote

Heft 10 – Männerspezifische Therapieangebote

Heft 11 – Depressive Störungen

Heft 12 – Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Heft 13 – Einführungstraining in die Psychosomatik

Heft 14 – Medikamentenabhängigkeit

Heft 15 – Problembewältigung am Arbeitsplatz