

# Interne Klinik-Leitlinie zur Behandlung von Schmerzstörungen



**Geltungsbereich**                      **Chronische Schmerzkrankheit (ICD 10 R 52.2) mit krankheitsbestimmender Komorbidität (ICD 10 F 32, F33, F 41, F 43 etc.) Somatisierungsstörung mit Leitsymptom Schmerz (ICD 10 F 45.0) Fibromyalgie (ICD 10 M 79.0) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F 45.4) Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD 10 F 62.8)**

**erstellt am**                              25.8.04 von Dr. v. Wachter und Dr. Hendrichke  
**Konsensuspartner** (angefragt) Prof.Dr. Egle, Mainz; Prof.Dr. Eich, Heidelberg;  
Prof.Dr. Soellner, Nürnberg  
**nächste Überarbeitung**              Januar 2006

## Inhalt

- I.     **Behandlungsziele, Diagnostik und Therapiebausteine**
- II.    **stationärer Behandlungsablauf**
- III.   **Patienteninformationen**
- IV.   **Materialien für die Psychotherapie**
- V.    **Psychoedukation**
- VI.   **Literatur**
- VII. **Nationale Leitlinien der AWMF**

### **Kontakt**

Dr.med. Askan Hendrichske, Chefarzt  
Dr.med. Martin von Wachter, Oberarzt  
Ostalb-Klinikum Aalen  
Im Kälblesrain 1, 73430 Aalen  
Tel 07361-551801 Fax 07361-551803  
E-mail: von.wachter@ostalb-klinikum.de  
askan.hendrichske@ostalb-klinikum.de  
[www.psychosomatik-aalen.de](http://www.psychosomatik-aalen.de)

# I. Behandlungsziele

- Erkennen von psycho-physiologischen Wechselwirkungen (Schmerz- Situations-Emotionstagebuch)
- Vermittlung eines für den Patienten plausiblen psychosomatischen Krankheitsmodells (unter Einbeziehung psychobiologischer Modelle zur Stressentstehung, -wahrnehmung und –verarbeitung)
- Differenzierung zwischen Schmerz und Gefühl
- Aufmerksamkeitslenkung und Schmerzbewältigungstraining
- Erarbeiten individueller Möglichkeiten, auf den Schmerz Einfluss zu nehmen
- Verändern der kognitiven Verarbeitung der Schmerzen
- nein sagen lernen, sich Zeit nehmen lernen
- Identifikation und Abbau von Perfektionismus und dyfunktionalen Leistungszielen
- Entkopplung zwischen Schmerz und Aktivität
- Balance zwischen Schonung und übermäßiger Beanspruchung
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit und körperlichen Fitness
- Verbalisieren von belastenden Ereignissen, Kränkungen und Traumatisierungen
- Kommunikation von Gefühlen und Bedürfnissen, statt Kommunikation von Schmerz: Erweiterung und Flexibilisierung der emotionalen Expressivität
- Kontextreframing: Schmerz als fehlgeschlagene Selbsthilfestrategie (kontextbezogene positive Symptomsicht)
- Verbesserung psycho-sozialer Kompetenzen:  
Verbesserung der emotionalen Selbstwahrnehmung; Förderung des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeit; Verbesserung der Abgrenzungsfähigkeit; Stärkung der Konfliktfähigkeit und Selbstregulation; Akzeptanz von Grenzen (psychisch und physisch)

## I.I. Diagnostik

- diagnostisches Erstgespräch vor Aufnahme
- differenzierte Schmerzanamnese
- erweiterte psychosomatisch-biographische Anamnese
- Identifizierung begleitender psychosozialer Belastungsfaktoren
- Beurteilung der Komorbidität (Depression, Angst, PTSD u.a.)
- Sichtung von Vorbefunden und Vorbehandlungen, Medikamentendurchsicht
- körperliche Untersuchung
- ggf. ergänzende apparative medizinische Diagnostik
- Fragebogeninventar zur Eingangsdagnostik und Therapieverlaufsevaluation (Schmerzfragebogen, SEB, SCL 90R, optional HADS, AFKA, IIP u.a.)
- Ziel-Fragebogen, Ressourceninterview
- Verhaltensdiagnostik (Schmerzverhalten) und Kognitionsanalyse
- Diagnostisches Paar- oder Familiengespräch
- projektive Diagnostik (Familienbrett)
- ggf. interdisziplinäre Fallkonferenzen (Schmerzklinik, Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Physische Therapie etc.)

## I.II. Therapiebausteine

- psychotherapeutische Einzelgespräche
- verhaltenstherapeutisches Expositions- und Belastungstraining

- Training zur Schmerzbewältigung und –verarbeitung
- ggf. Stabilisierungsübungen nach Reddemann
- psychosomatische Visite
- Gruppentherapie interaktionell  
(Rollenspiel, Skulpturarbeit)
- Gruppentherapie psychodynamisch
- Gruppentherapie psychoedukativ  
(Information über Psychobiologie des Schmerzes)
- Gruppentherapie ressourcenorientiert  
(Patienten Feedbackgruppe)
- systemische Paar- und Familientherapie
- Video-Feedback
- Maßnahmen der psychosomatischen Pflege
- Musikpsychotherapie  
(modifiziert für Schmerzpatienten)
- Kunstpsychotherapie
- Muskelentspannung nach Jacobsen  
(modifiziert für Schmerzpatienten)
- Massnahmen aus dem Bereich der TCM: Qi Gong, Akupunktur
- Training der Körperwahrnehmung, aktivierende Körpertherapie
- Craniosacraltherapie
- Spezielle Bewegungsschulung zur Schmerzreduktion
- Fitnesstraining
- Gymnastikgruppe  
(Rückenschule)
- Bewegungsbad

## II. Stationärer Behandlungsablauf

### II.1. Ambulante Phase

#### *Exploratives diagnostisches Erstgespräch*

- mehrdimensionales Assessment zur bio-psycho-sozialen Schmerzdiagnostik
  - differenzierte Schmerzanamnese
  - erweiterte psychosomatische Anamnese
  - bisheriger Behandlungsverlauf, Sichtung von Vorbefunden, Medikamentenanamnese
  - Exploration psychosozialer Belastungs-, Begleit- und Risikofaktoren mit Beurteilung der Komorbiditätsrisiken,
  - Exploration der subjektiven Krankheitstheorie (Krankheitsattribution) des Patienten
  - Einschätzung des Chronifizierungsgrades mit Schmerzbeurteilung gemäß VAS
  - Exploration (dys-) funktionaler Coping-Strategien, Ressourcenabschätzung
- differentielle Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatische Behandlung
  - ausreichende Akuität und Krankheitsschwere (i. d. R. ab Gerbershagen Stad. II)
  - Progredienz der Beschwerden trotz ambulanter Therapie
  - Komorbidität und psychische Folgen: Angststörung / Depressivität / Suizidalität / schmerztypische Persönlichkeitsstörung / starke soziale Beeinträchtigung
  - Komplexität der somatischen *und* psychischen Krankheitsfaktoren (intensives und multimodales Behandlungssetting mit ständiger fachärztlicher Leitung erforderlich)
  - Vorbeugung einer drohenden Chronifizierung
  - multiple Somatisierungssymptome
  - auffällende Inanspruchnahme med. Leistungen (high utilizer Verhalten)
  - gehäufte und wiederkehrende Notfalleinweisungen

- anhaltende psychosoziale Konflikte, Entlastung aus einem destruktiven Umfeld
  - mangelnde Alltagsbewältigung
  - drohender Verlust des Arbeitsplatzes
- Patienteninfo mitgeben (siehe Anhang III)
  - Schriftlicher Befundbericht an einweisenden Haus- oder Facharzt

## **II.II. Prästationäre Phase**

### ***Prästationäres Gespräch ca. 3-4 Tage vor geplanter stationärer Aufnahme***

- ausführliche Pflegeanamnese durch Bezugspflegerkraft
- orientierende Untersuchung durch Arzt/Psychologen, individuell abgestimmte Zuordnung zu möglichen Komplementärtherapien, mit Schwerpunkt- und Ergänzungsverfahren (Körper-, Musik- und/oder Kunstpsychotherapie)
- Anfordern noch fehlender Unterlagen der Vorbehandler
- Aushändigung der Stationsordnung und Information für Patienten
- Anleitung zur Anfertigung eines Lebensberichtes
- Anleitung zur Erstellung eines Genogramms
- Aushändigung eines Heftes für persönliche Notizen während der stationären Therapie
- Aushändigung eines Freudetagebuches
- ggf. Information und Einbeziehung anwesender Partner oder Angehöriger

## **II.III. Stationäre Behandlungsphasen**

### ***Behandlungsbeginn und Initialphase (ca. 1-2 Wochen)***

- Ergänzung der bio-psycho-sozialen Simultandiagnostik (orientiert an den Vorinformationen aus dem explorativen Erstgespräch)
- Komplettierung der Schmerz- und psychosomatischen Anamnese
- Exploration von Vorbehandlungen (und ggf. medizinischen Traumatisierungen?)
- ggf. weitere Anforderung von Vorbefunden und Kontaktaufnahme mit Vorbehandlern
- Bestimmung des Chronifizierungsgrades
- salutogenetische Exploration möglicher Ressourcen
- Prüfung von Selbstwirksamkeit (agency) und communion
- Medikamentensichtung
- Bestimmung psychosozialer Belastungs-, Begleit- und Risikofaktoren
- Exploration (dys-) funktionaler Coping-Strategien
- ausführliche körperliche Aufnahmeuntersuchung
- ggf. ergänzende apparative Diagnostik
- Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung (Schmerzen ernst nehmen. Vermitteln, dass Schmerzen nicht eingebildet sind)
- Zieldefinition: welche Ziele können für den stationären Aufenthalt formuliert werden? (Zielbogen Patient, Zielbogen Arzt)
- Familienanamnese zum Umgang mit Krankheit, Stress, Schmerz, Trauma und Verlust (krankheitsbezogenes Genogramm)
- Erarbeitung eines handgeschriebenen Lebensberichtes
- Schmerztagebuch
- Psychoedukation: Vermitteln eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses

- Training verschiedener Entspannungs-, Imaginations- und Bewegungsübungen (kurzer und langer Jacob, Qi Gong)
- Ressourcen stärken, Kompetenzen fördern (Ressourceninterview, Freudetagebuch)
- Einleitung einer koordinierten schmerztherapeutischen Behandlung in Absprache mit der Schmerzambulanz und der Abt. für Physiotherapie
  1. differenzierte Verordnung von Medikamenten
  2. Behandlungsmaßnahmen aus dem Bereich der physikalischen Therapie und Krankengymnastik
  3. gerätegestützte Schmerzbehandlung (Biofeedback, Elektrotherapie, TENS-Gerät etc.)
  4. Akupunktur

### **Arbeitsphase (ca. 2-4 Wochen)**

- Erkennen von psycho-physiologischen bzw. psycho-affektiven Wechselwirkungen (Schmerz-Situations-Emotionstagebuch)
- Abgrenzen und Erkennen von Belastungsgrenzen (wie kann ich mit den Schmerzen besser leben?)
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Abbau von Vermeidungsverhalten, Aufbau von körperlicher und sozialer Aktivität
- Entkoppeln von Schmerz und Aktivität: gestufte Belastungserprobung, orientiert an Zeitvorgaben statt an der Schmerzgrenze (z.B. 3x3min/Tag gehen)
- Erarbeiten individueller Möglichkeiten, um auf den Schmerz Einfluß zu nehmen (Schmerzbewältigungsstrategien s. Anlage IV)
- Veränderung der kognitiven Schmerzwahrnehmung und –verarbeitung (Gespräche Einzel und Gruppe)
- Verbesserung von Selbstwirksamkeit und sozialer Kompetenz (meist Gruppentherapie, Expositionstraining)
- Modifikation dysfunktionaler Interaktionsmuster in Partnerschaft und Familie (systemische Paar- und Familientherapie)
- Intensivierung des Körpererlebens (Körperpsychotherapie, Entspannung und Imagination)
- Verdichtung der emotionalen Wahrnehmung (Musik- und Kunstpsychotherapie, Gesprächstherapie)
- Besonderheiten bei somatoformer Schmerzstörung:
  - Differenzierung zwischen Schmerz und Affekten
  - Differenzierung zwischen erwünschten und unerwünschten Affekten
  - Verbalisieren von belastenden Ereignissen, Kränkungen und Traumatisierungen
  - Erarbeiten von alternativen Kommunikationsmustern
  - Fokus auf: Beziehungsebene, zentraler Beziehungskonflikt, Verlusterlebnisse

### **Transferphase (ca. 1-2 Wochen) und Behandlungsabschluß**

- Erproben neuer Verhaltensweisen im Rollenspiel
- Balance finden zwischen Schonung und übermäßiger Aktivität, sowohl auf der Station als auch im Rahmen des außerstationären Expositionstrainings (z.B. bei Belastungserprobungen mit stundenweisen Besuchen zuhause)
- Hausaufgaben, Fokussieren auf das private und berufliche Umfeld des Patienten

- Focussieren auf Fremd- und Eigenwahrnehmung im Veränderungsprozess: wie nimmt der Patient selbst, wie nehmen Mitpatienten auf der Station und die Bezugspersonen außerhalb der Station Veränderungen (des Patienten) wahr?
- Einleitung fortführender ambulanter medizinischer Behandlungsmaßnahmen
- aktives Abschiednehmen, Bewältigung und Trennung, „Rucksack“, verabschieden im letzten Freitagsmeeting
- Abschlussgespräch: Bilanzierung der Therapieziele, Veränderung der Ressourcenpotentiale und Ressourcenziele, Planung der „ersten Schritte draußen“
- Besprechen des Abschlußbriefes, Vermitteln der Diagnose, wer soll den Brief bekommen?
- ggf. Vereinbarung ambulanter psychosomatischer Nachsorgeangebote (Gespräche Einzel oder mit Partner/ Familie, Teilnahme an poststationären Gruppen)

## **II.IV. Störungsbezogene Besonderheiten in der Differenzierung von Behandlungsthemen und –strategien**

### **bei chronischem Schmerzsyndrom**

- Simultandiagnostik und –therapie: kein *entweder* somatisch *oder* psychisch sondern bio-psycho-soziale Symptomsicht
- Psychoedukation: Schmerzwahrnehmung, Schmerzgedächtnis, Psychobiologie des Schmerzes
- Aufmerksamkeitslenkung
- Schmerzbewältigungstraining
- Entspannungsverfahren
- körperliche Aktivierung

### **bei somatoformer Schmerzstörung**

- zentrale Schmerzverarbeitungsstörung (psychobiologische Zusammenhänge verdeutlichen)
- psychodynamische Mechanismen der somatoformen Schmerzstörung (nach C. E. Scheidt):
  1. Hysterische Somatisierung (Konversion)
  2. Depressive Somatisierung
  3. Narzißtische Somatisierung
- ausgeprägte Selbstbeobachtung, hilfloser als chronisch organische Schmerzkrankte
- frühe Verknüpfung von Schmerz und affektiven Zuständen
- oft sozialer Stress in Ursprungsfamilie, frühere reale Schmerzerlebnisse mit unsicheren Bindungserfahrungen (z.B. im Rahmen von Alkoholmissbrauch in der Familie, chronischer Krankheit, Scheidung, körperlicher Misshandlung, emotionaler Vernachlässigung oder emotionaler Traumatisierung)
- Selbstwertproblematik und Scham werden durch Überaktivität und Leistung kompensiert, bis zur Erschöpfung und Einsetzen der Schmerzen
- "Durchhalter" werden zu "Klagenden", Überaktivität schlägt um in Depression
- Differenzierung zwischen Schmerz und Gefühlen, Differenzierung zwischen erwünschten und unerwünschten Gefühlen
- Fokussierung auf kommunikative Aspekte von Schmerz (Schmerzen drücken Gefühle aus, ermöglichen die Regulierung von Nähe, Distanz und Affekten)

- Fokussierung auf interaktionelle Aspekte von Schmerz  
(Schmerzen spiegeln das Beziehungserleben und haben selbst beziehungsgestaltende Wirkung, Reflektion von Beziehungskonflikten und dysfunktionalen Beziehungsmustern)
- Fokussierung auf enttäuschende oder traumatisierende Lebenserfahrungen  
(mangelnde Geborgenheitserfahrungen, Vernachlässigung und frühe Erfahrungen von Verlust, Enttäuschung oder Traumatisierung bilden den Hintergrund für enttäuschende Behandlungserfahrungen im Gesundheitssystem. Nach anfänglicher "Zuwendung" durch die Behandler im med. Kontext folgt oft die Enttäuschung, auch hier (wieder einmal) nicht wahr- und ernst genommen zu werden)
- Ressourcenaktivierung

### **bei Fibromyalgie**

- Störung der Stressverarbeitung
- sicheres Bindungsverhalten als Schutz vor überschießender Stressreaktion fehlt  
(zunächst als Säugling und später als Erwachsener)
- unsicheres Bindungsverhalten führt zu erhöhter Vulnerabilität für psychischen Stress und Somatisierung
- oft sozialer Stress in Ursprungsfamilie oder frühe reale Schmerzerlebnisse  
(z.B. im Rahmen von Alkoholmissbrauch in der Familie, chronischer Krankheit, Scheidung, körperlicher Misshandlung, emotionaler Vernachlässigung oder emotionaler Traumatisierung)
- frühere reale Schmerzerfahrung wird als Stress gespeichert, später kann aktueller Stress Fibromyalgie auslösen
- Selbstwertproblematik und Scham werden durch Überaktivität und Leistung/Perfektionismus kompensiert, bis zur Erschöpfung und Einsetzen der Schmerzen
- unreife Konfliktbewältigung
- "Durchhalter" werden zu "Klagenden", Überaktivität schlägt um in Depression
- Angst und Depression als häufige Komorbidität beachten
- ausgeprägte Selbstbeobachtung, hilfloser als chronisch organische Schmerzkranken
- Fokus Ressourcen, Belastungsgrenzen, Bedürfnisse, Stressmanagement, Selbstwert

## **II.V. Therapeutenhaltung**

- bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis des Therapeuten hat Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung: körperliche Symptome verlieren ihre vorrangige Berechtigung für ein ärztliches Gespräch
- Symptomklage zulassen, Symptome ernst nehmen
- Patienten die Möglichkeit geben, auch über ihre emotionalen Probleme zu sprechen
- Schmerzpatienten können Stress häufig nur in Form von körperlichen Schmerzen kommunizieren. Es braucht daher Zeit, einen Zugang zu tiefer liegenden emotionalen Konflikten und Belastungen zu erreichen, um seelischen Schmerz spürbar zu machen bzw. ausdrücken zu können
- auch bei Ärger in der Gegenübertragung nicht zu früh konfrontieren
- besser: containing statt deuten
- keine entwertenden Begriffe  
(cave: Selbstwertprobleme des Patienten)
- Patienten sich nicht in Gruppe bloßstellen lassen
- aktive Hilfe bei der Problembewältigung
- Prinzip Antwort
- Transparenz des Therapiesettings und der therapeutischen Schritte
- Modellfunktion des Therapeuten

## II.VI. Paar- oder Familiengespräche

Auch die Angehörigen leiden nicht selten unter den Folgen der Schmerzerkrankung. Auffallend ist oft die Unsicherheit und Hilflosigkeit der Partner im Umgang mit der Krankheit. Auch die Partner erwarten daher häufig eine Behandlung nach dem Reiz-Reaktion-Schema und reagieren mit Unverständnis, wenn keine körperliche Behandlung stattfindet bzw. anschlägt. Der Patient wiederum fühlt sich in der Familie als "Simulant" nicht ernst genommen.

### Fragen im Familiengespräch:

- Welche Belastungen entstehen durch die Schmerzkrankheit für die Familie?
- Was belastet den Partner? Wo bleibt er mit seinen Belastungen?
- Wieviel Raum nimmt die Schmerzerkrankung auf einer Skala von 1-10 ein?
- Welche Veränderung hat sich durch die Schmerzerkrankung in der Familie ergeben?
- Wie wirkt sie sich auf die einzelnen Familienmitglieder aus?
- Wer in der Familie reagiert wie auf den Schmerz?
- Was hat sich seit dem Beginn der Schmerzerkrankung in den Beziehungen verändert?
- Wie kann trotz der Schmerzen wieder mehr Normalität in der Familie möglich sein?
- Wie kann die Familie gemeinsam einen Umgang mit dem ungebetenem Gast 'Schmerz' entwickeln?
- Wie kann die Familie Entlastung finden und sich gegenseitig unterstützen?
- Wie kann die Familie soziale Unterstützung annehmen, um die Folgen der Krankheit abzumildern?
- Wie kommen der Partner und die Familie mit den sozialen Folgen der Schmerzkrankheit zurecht?
- Was wünschen sich die Partner im Umgang mit dem Schmerz?
- Gibt es unausgesprochene Beziehungswünsche, Bedürfnisse?

## II.VII. Poststationäre Phase

### Ambulante Nachsorgeangebote

- Auswahl der ambulanten Nachsorgeangebote bei Entlassung aus stationärer Therapie  
z.B.:
  1. 14 Tage lang Teilnahme an den stationären Gruppenangeboten (bis max. 6 Gruppensitzungen möglich)
  2. ambulante Einzelgespräche (bis max. 15 Sitzungen möglich)
  3. ambulante Paar- und/oder Familiengespräche (bis max. 3 Sitzungen möglich)
  4. Teilnahme an der ambulanten Nachsorgegruppe (14 tägig bis max. 6 Monate möglich)

### Indikation für die poststationäre Nachsorge

Überbrückung bis zum Beginn einer ambulanten Psychotherapie, wenn

- weitere Hilfe zur Sicherung des Behandlungserfolges notwendig ist
- das Erlernte nicht alleine umgesetzt werden kann
- Transfer in Familie oder Partnerschaft nötig ist
- supportive Begleitung in den Arbeitsprozess erforderlich ist

### **III. Patienteninformation (s. Anlage III)**

1. Patienten-Info „Die Behandlung chronischer Schmerzen in der Psychosomatik“
2. Patienten-Info "Die Behandlung von Funktionellen Störungen ohne Organbefund "

### **IV. Materialien für die Psychotherapie (s. Anlage IV)**

1. Schmerz-Situationstagebuch
2. Schmerz-Situations-Emotionstagebuch
3. Ressourcenbogen, Zielebogen
4. Videos chronisches Schmerzsyndrom
5. Video Neuroplastizität
6. Folien zur Psychoedukation
7. Patienten-Handout Psychoedukation: "chronisches Schmerzsyndrom"
8. Arbeitsblatt "Schmerzbewältigungsstrategien"
9. Arbeitsblatt "hilfreiche Selbstanweisungen"
10. Arbeitsblatt "Wie erkenne ich Belastungsgrenzen"
11. Arbeitsblatt u. CD: Turbo-Jacobson und Langform
12. Arbeitsblatt Qi Gong
13. Fragebogeninventar: DGSS-Schmerz-Fragebogen, SEB, SCL 90R, HADS, IPP, AFKA u.a.

### **V. Themen in der Psychoedukation (s. Anlage V)**

- Akuter Schmerz versus chronischer Schmerz
- Schmerzverarbeitung auf neuronaler Ebene
- Gate-control-Theorie
- Neuroplastizität
- bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis
- psychische Risikofaktoren die eine Chronifizierung begünstigen
- protektive Faktoren, die vor Chronifizierung schützen
- Aufmerksamkeitslenkung
- Kognitionen und Schmerz
- Schmerzbewältigungsstrategien
- balanced activity bei chronischem Schmerz
- Schmerz, Familie und Partnerschaft

## Literatur für Patienten

- Mit dem Schmerz leben – Anleitung zur Selbsthilfe, A. Broome, H. Jellicoe, Huber-Verlag
- Wohin mit meinem Schmerz? Hilfe und Selbsthilfe bei seelischem und körperlichem Leiden L. Juchli, Herder-Verlag
- Fibromyalgie. Thomas Weiss, Südwest-Verlag
- Chronische Schmerzen. Therapienangebote, Wirksamkeit, Behandlungsqualität. Verbraucherzentrale NRW

## Fachliteratur für Behandler

- Handbuch Chronischer Schmerz. Egle UT, Hoffmann SO et. al. Schattauer Verlag 2003
- Spezielle Schmerztherapie. Egle UT, Derra C, Nix WA, Schwab R. Schattauer Verlag 1999
- Therapie somatoformer Schmerzstörung. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. Nickel R, Egle UT. Schattauer Verlag 1999
- Somatoforme Störungen. Rudolf G, Henningsen P. Schattauer Verlag 1998
- Tumorschmerz – interdisziplinäre Therapiekonzepte. Larbig W, Fallert B. et al Schattauer Verlag 2002
- Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen. Seemann H. Pfeiffer Verlag 1998
- Schmerzkrankheit in der Familie. von Wachter M.. In: Altmeyer S, Kröger F. Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag 2003
- Die stationäre psychosomatische Behandlung von Patienten mit chronischer Schmerzkrankheit. Martin von Wachter, Askan Hendrichke. Psychotherapie im Dialog 1/2005 Schmerz

## Links

**[www.schmerzklinik-aalen.de](http://www.schmerzklinik-aalen.de)**

AWMF-Leitlinie Anhaltende somatoforme Schmerzstörung  
<http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/psyt006.htm>

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)  
<http://www.medizin.uni-koeln.de/projekte/dgss/>

Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG)  
<http://members.aon.at/oesg/>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e. V. (DIVS)  
<http://www.ruhr-uni-bochum.de/anaesthesia/divs/index.html>

Deutsche Schmerzhilfe e.V.  
<http://www.schmerzselbsthilfe.de>

Deutsche Rheuma-Liga  
<http://www.rheuma-liga.de>