



Psychotherapie in der Medizin

Wolfgang Söllner

*Univ.Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie*

Übersicht

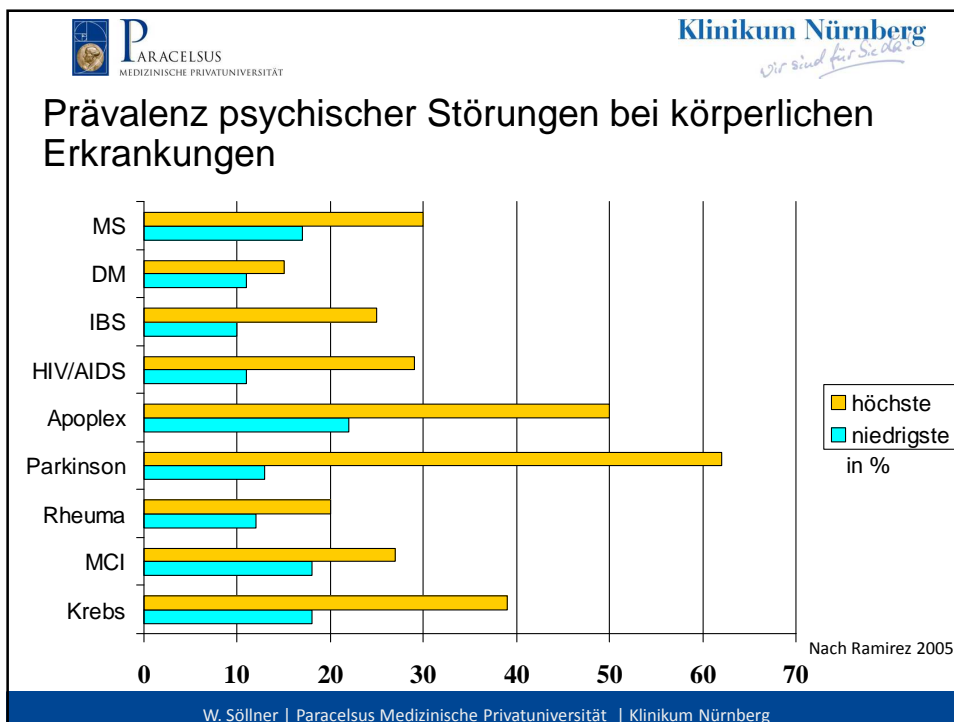
- Elemente psychotherapeutischer Interventionen
- Indikationen
- Störungsspezifische Programme
 - Somatoforme Störungen
 - Chronische Schmerzstörung
 - Anpassungsstörung an chronische Erkrankung
- Effekte





Indikationen


- **Psychische Störungen**
 - Angsterkrankungen incl. PTSD
 - Depressive Erkrankungen
 - Zwangserkrankung
 - Ess-Störung
 - Persönlichkeitsstörungen etc.
- **Psycho-somatische Störungen**
 - Somatisierung/somatoforme Störung
 - ~~Chronische Schmerzkrankheit (benigne)~~
- **Somatische Störungen**
 - Psychische Komorbidität bei (chronischen) körperlichen Erkrankungen
 - Erkrankung mit Problemen der Krankheitsverarbeitung (Anpassungsstörung)

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg



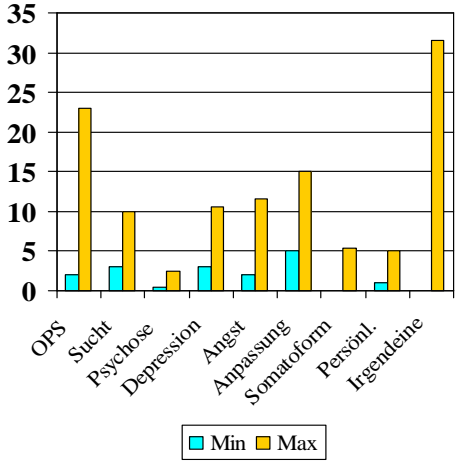


PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



Klinikum Nürnberg
Wir sind für Sie da


Psychische Komorbidität bei körperlich Kranken




Kategorie	Min (%)	Max (%)
OPS	2	23
Sucht	3	10
Psychose	1	2
Depression	3	11
Angst	2	12
Anpassung	5	15
Somatoform	5	5
Persönl.	1	5
Irgendeine	32	32

- 2-3 fache Prävalenz verglichen mit psych. Störungen in der Allg.bevölkerung (*Mehnert et al. J Clin Oncol 2014*)
- verschlechtern die Prognose bei Diabetes, Dialyse, KHK, Apoplex
Wulsin et al., Psychosom Med 2003;65:201-10
Lett et al., Psychosom Med 2004;66:305-15
- Nur bei 30-40% der Patienten wird psych. Komorbidität erkannt (*Söllner et al. Br J Cancer 2001;84:179-185*)

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg



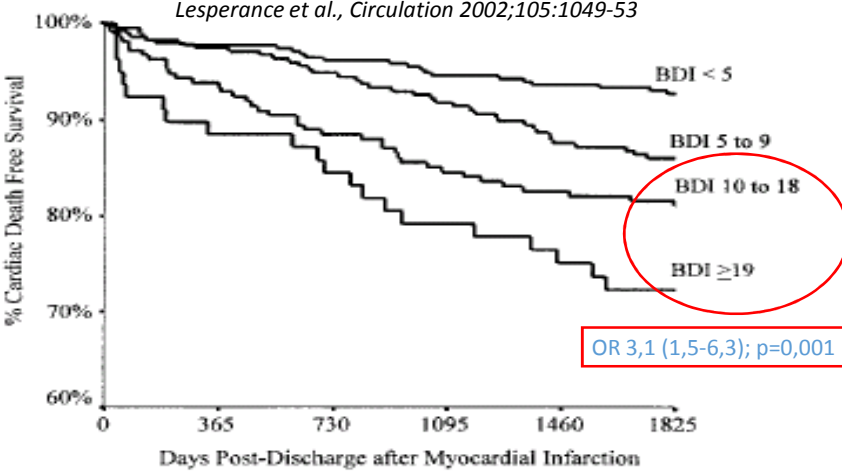
PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT





Klinikum Nürnberg
Wir sind für Sie da

Depression and cardiovascular disease - a call for recognition

Rumsfeld JS, Ho PM: Circulation 2005;111:250-3
Lesperance et al., Circulation 2002;105:1049-53



W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg

Depression+Herzinsuffizienz → Vermindert LQ; erhöht Kosten

Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART-Study):

Lebensqualität kann durch folgende Faktoren vorhergesagt werden

- Jüngerer Alter
- Klinische und funktionelle Charakteristika der HI: 19% der Varianz
- Depressive Beschwerden und mangelnde soziale Unterstützung: 26% der Varianz


*Mendes de Leon et al.
J Cardiopulm Rehab Prev 2009;29:171-9*

7 Studien zeigen eine erhöhte Inanspruchnahme des GW

- Doppelt so hohe Rate an Einweisungen in Notaufnahme
- gehäufte Re-Hospitalisierungen
- Gesundheitskosten um 29% erhöht

*Koenig 1998; Jünger et al. 2005;
Rutledge et al. 2006*

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg

Therapiestudien bei Depression und KHK: Pharmakotherapie

- **SSRI:** Citalopram (**CREATE-Studie**, N=281, 20-40 mg) und Sertralin (**SADHART-Studie**, N=369, 50-200mg) vermindern Depressivität im Vergleich mit Plazebo und sind sicher in der Anwendung bei HI
- **SNRI:** Mirtazapin (**MIND-IT-Studie**, N=94, 30-45 mg) vermindert Depressivität im Vergleich mit Plazebo

Einschränkungen:

- Geringe bis mittlere Effektstärken, letztere nur bei schon vor der Herzerkrankung bestehender (rezidivierender) Depression
- Kein Effekt auf kardiale Ereignisse und kardiale Mortalität

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg



P
PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

Klinikum Nürnberg
Wir sind für Sie da.


Therapiestudien bei Depression und KHK: Psychotherapie

- **Kognitive VT (ENRICHD-Studie);** N>2.000; vermindert (kurzzeitig) Depressivität im Vergleich mit care as usual (d=0.27-0.36)
- **Collaborative care (Bypassing the Blues-Study, Rollman et al. JAMA 2009):** Care manager, telephone intervention, N=302; vermindert Depressivität und Wiederaufnahmen im Vergleich mit care as usual (d=0.30)
- **Stepped-care (SPIRR-CAD Studie, Herrmann-Lingen et al. Psychosom Med 2015)** Drei Einzelsitzungen, wenn weiter depressiv 25 Gruppen-sitzungen, N=570; nur in Subgruppe mit Typ-D vermindert Depressivität im Vergleich mit care as usual + Info

Einschränkungen:

- Geringe Effektstärken
- Kein Effekt auf kardiale Ereignisse und kardiale Mortalität

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg



P
PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

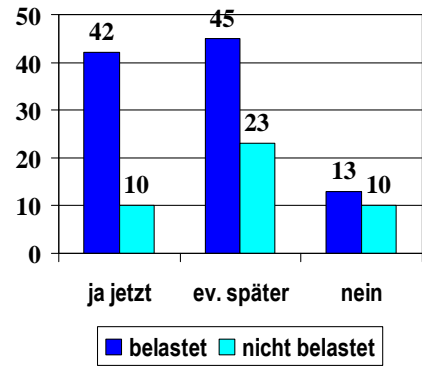
Klinikum Nürnberg
Wir sind für Sie da.

Interesse der Krebspatienten an psychotherapeutischer Unterstützung

Untersuchung am Klinikum Nürnberg

- Alle neu aufgenommenen Krebspatienten in einem Zeitraum von 6 Wochen
- 147 Patienten
- Fragebogen: HADS, F-PSU (Interesse an psychotherapeutischer Unterstützung)

Interesse an Psychotherapie



Kategorie	belastet	nicht belastet
ja jetzt	42	10
ev. später	45	23
nein	13	10

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg

Psychotherapie bei Krebs: Leitlinie Psychoonkologie 2014



Psychotherapeutische Einzelinterventionen demonstrierten kurzfristige (nach Abschluss der Intervention) mittelgroße, signifikante Effekte bei psychischer Belastung (18 Studien), gesundheitsbezogener Lebensqualität (23 Studien), Angst (15 Studien), Depressivität (22 Studien) und körperlichen Beschwerden (8 Studien), die, wenn auch teilweise in abgeschwächter Größe, auch mittelfristig (≤ 6 Monate) und bei Lebensqualität sogar langfristig (>6 Monate) aufrechterhalten wurden. Damit ist ihre nachhaltige Wirksamkeit belegt (Level of Evidence 1a).

Metaanalyse von Faller et al. 2014

Psychotherapie bei Krebs: Leitlinie Psychoonkologie 2014

Psychoonkologische Gruppeninterventionen zeigten bei psychischer Belastung kurzfristig (nach Abschluss der Intervention) einen kleinen, signifikanten Effekt (19 Studien). Auch langfristig (> 6 Monate) fand sich ein kleiner, signifikanter Effekt (15 Studien). Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde kurzfristig ein signifikanter, kleiner Effekt beobachtet (14 Studien). Mittel- (≤ 6 Monate) und langfristig fand sich kein Effekt. Bei den Zielkriterien Angst (16 Studien) und Depressivität (15 Studien) zeigten sich signifikante, mittelstarke kurzfristige Effekte, die, wenn auch zum Teil abgeschwächt, mittel- und langfristig aufrechterhalten wurden. Insgesamt scheint damit die nachhaltige Wirksamkeit von Gruppeninterventionen insbesondere auf die Verminderung von Angst und Depressivität belegt (Level of Evidence 1a).

Metaanalyse von Faller et al. 2014

Welche Patienten werden zugewiesen und erhalten psychotherapeutische Unterstützung?

Falsch negative Einschätzung der Belastung bei:



- Kehlkopfkrebs (OR=2.6)
- Lungenkrebs (OR=1.8)
- Niedriger sozialer Schicht (OR=2.4)
- Männern (OR=1.5)

Ärzte weisen Patienten an Psychotherapeuten zu, wenn:

- aktives Coping (OR=3.1),
- geringe Compliance (OR=2.3),
- höhere Bildung (OR=2.3),
- Tumor progredient (OR=1.7)
- Angst (OR=1.3)
- geringe Verleugnung (OR=0.5)

Söllner et al., Br J Cancer 2001;84:179-185

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg

Welche Art von Psychotherapie?

Die Therapie muss den Bedürfnissen der Patienten angepasst sein, nicht umgekehrt

- Psychische Bedrohung und Bedürfnisse von körperlich Kranken
- Wie muss die (psychodynamische) Therapie modifiziert werden?
- Welche Qualifikation benötigen Psychotherapeuten?

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg

Die Psychotherapie mit körperlich Kranken ist abhängig von:

Krankheit:

- Art, Stadium
- Therapie
- Beeinträchtigung
- Komorbidität

Patient und Umfeld:

- Copingmuster
- Vorerfahrungen
- Persönlichkeit
- sozialer Situation

Therapeut:

- Persönlicher und
- beruflicher Erfahrung

Elemente der (ärztlichen) Psychotherapie

- Psychoedukation (Verständnis psycho-somatischer Zusammenhänge)
- Katharsis und Entspannung
- Emotionale Unterstützung (Empathie, Wertschätzung, Kongruenz)
- Verhaltensänderung
- Verstehen intrapsychischer Zusammenhänge (Reflexion, Deutung, „unbewußtes bewußt machen“)

Frei oder manualisiert?

Manualisierte Programme:

- Zugeschnitten auf spezifische Diagnosen und Fragestellungen
- Meist Kombination verschiedener Elemente
- Meist Kurztherapie
- Häufig schulenübergreifend
- Häufig Gruppentherapie
- Häufig in Institutionen
- Meist im Rahmen von Studien

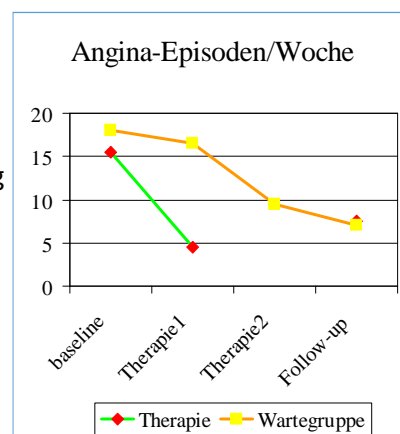
„Freie“ Psychotherapie

- Meist schulenorientiert
- Häufig in der niedergelassenen Praxis
- Häufiger Langzeittherapie
- Selten evaluiert
- Wenig qualitative Literatur

Stress-Management-Programme

z. B. Programm von Lewin et al., Br J Cardiol 1995

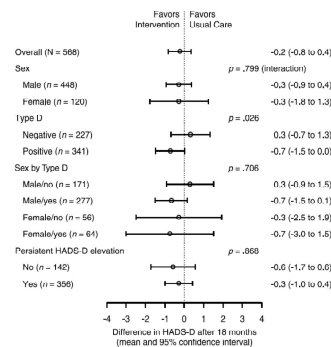
- 16 Vormittage innerhalb 8 Wochen
- Information und Verhaltensänderung
- Maßvolles Bewegungstraining
- Entspannung und Stressbewältigungstraining
- Psychotherapeut. Interventionen: Umgang mit negativen Emotionen und hypochondrischen Befürchtungen



Stepwise Psychotherapy Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease: Results of an Observer-Blinded, Multicenter, Randomized Trial in Depressed Patients With Coronary Artery Disease

Christoph Herrmann-Lingen, MD, Manfred E. Beutel, MD, Alexandra Boshach, DiplPsych, Hans-Christian Deter, MD, Kurt Fritzsche, MD, Martin Hellmich, PhD, Jochen Jordan, PhD, Jana Jünger, MD, Karl-Heinz Ladwig, PhD, Matthias Michal, MD, Katja Petrowski, PhD, Burkert Pieske, MD, Joram Ronel, MD, Wolfgang Söllner, MD, Andreas Stöhr, PhD, Cora Weber, MD, Martina de Zwaan, MD, and Christian Albus, MD, for the SPIRR-CAD Study Group

- 3 Einzeltherapiesitzungen
- Wenn weiter depressiv 25 Gruppentherapiesitzungen
- Fokussiert auf negative Affektivität (z. Umgang mit Ärger) und Verminderung sozialer Isolation (Typ-D Verhalten)
- Information und Verhaltensänderung
- Entspannung und Stressbewältigungstraining
- Einsicht in eigene Verhaltensmuster



Besondere Beachtung der körperlichen Beschwerden

- „Der Therapeut muss die Körperklage des Patienten entgegennehmen“ (S. O. Hoffmann 1989).
- „Der Körper mit seiner Krankheit will von mir als Therapeut wahr-genommen, will be-handelt werden, nicht im medizinischen Sinne, sondern als Objekt des Interesses von mit ihm Umgang haben“ (Rodewig 1997, S. 71).

Der Körper in der psychodynamischen Therapie

„Das *Ernstnehmen körperlicher Erkrankungen*, anstatt diese in einem unverantwortlichen Panpsychismus zu psychologisieren, und die *analytische Bearbeitung der subjektiven Krankheitstheorien* des Patienten gibt der psychoanalytischen Methode einen großen Spielraum. Vom Befinden des Patienten und seinem *Körperbild* ausgehend, kann die Fürsorge des Analytikers bei körperlichen Erkrankungen sehr viel weiter gehen, als es ein *falsch verstandenes Abstinenzprinzip* zulässt.“

Thomä & Kächele 1990, S. 572

Körperbild

- Psychotherapeutische Verfahren setzen sich weniger mit dem *konkreten Körper* als mit dem *subjektiven Körperbild* auseinander.
- Gesamte subjektive Körpererfahrung und Bedeutung der Leiblichkeit für die Umwelterfahrung (*Schilder 1935, Joraschky 1999*)
- Umfasst die Vorstellung des eigenen Körpers, die emotionale Körpererfahrung, die Selbstbewertung und Vorstellungen, wie andere den eigenen Körper bewerten (*Bruch 2000*)
- „Strukturierende Spur der emotionalen Geschichte eines Menschen“ (*Dolto 1984*)

Störung und Desintegration des Körperbilds bei körperlichen Erkrankungen

Gestörte Stabilität und Flexibilität des Körper-Selbst und der Körpergrenzen

- Chronische Schmerzen
- Lähmungen
- Organersatz
- Anus praeter
- Tumoren
- Impotenz

- führt zu Regression auf frühe Erlebnisweisen und Abwehrmechanismen
- kann zu Dekompensation der Copingmechanismen führen
- Spaltung in gute und böse Körperteile

Existenzielle Bedrohung

(Drohender) Verlust

- der körperlichen Integrität,
- der Selbstkontrolle
- der Identität
- des Lebens

erzeugt Bedürfnisse nach

- Sicherheit und Geborgenheit
- Kontakt und Beziehung
- Wissen und Sinn
- Hoffnung

Das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit

- Bewältigung der existentiellen Krise (Leitaffekt Angst)
- Bewältigung schwerwiegender Verlusterlebnisse

Das Bedürfnis nach Kontakt und Beziehung

- Bewältigung der Angst vor dem Verlassenwerden
- Hospitalisierung
- gesellschaftliche Stigmatisierung
- Schamgefühle
- narzisstische Krise

Das Bedürfnis nach Wissen und Sinn

- Frage nach der persönlichen Bedeutung der Krise
- „Sense of coherence“ (*Antonovsky 1997*)
- „Krankheit als Selbstheilung“ (*Beck 1980, Terzani 2006*)

Das Bedürfnis nach Hoffnung

- Hoffnung bezieht sich auf die Zukunft, sie ist ein Stück antizipierter Wunscherfüllung
- Gegenpol zur Angst
- Leben **ohne** Krankheit: Narzisstische Phantasien nach „heilem Zustand“, Arzt und Psychotherapeut soll dazu verhelfen
- Lebenswertes Leben **mit** der Krankheit

„Magische Heilserwartung“ als Ausdruck der Regression

- Regressive Bewegung erzeugt Phantasien nach „heilem paradiesischem Urzustand“ und narzisstischer Allmacht (*Wesiack 1980, Rodewig 1997*)
- Der Arzt wird als allmächtig phantasiert, als Mutter- oder Vaterfigur der Kindheit, die Schmerzen nehmen und trösten kann.
- Der Patient nimmt die hilflose, passive, leidende Rolle ein, desjenigen, der sich behandeln lässt und auf Heilung hofft und wartet.

Narzisstische Kränkung

- Körper wird von einer zuverlässigen „**Heimat unseres Selbst**“ (*Sartre*) und einer Quelle der Lust zu einer Quelle von Unsicherheit, Angst und Schmerz
- Pat. spalten den kranken Körper, der den Pat. im Stich lässt und quält, aus ihrem Selbst ab.
- Sie erleben ihn oder zumindest den schmerzenden oder behinderten Teil als von sich abgetrennt, als Feind.
- Der **Körper wird zum Objekt** (*Hirsch 1989*), das der Arzt heilen soll

Bedeutung der Gegenübertragung

- Bedeutung der Wahrnehmung der Gegenübertragung („Hören mit dem dritten Ohr“, Reik 1948)
- Herstellen einer haltenden therapeutischen Beziehung; Containing negativer Übertragungsanteile
- Unterstützung beim Verstehensprozess (Deutung) hilft Schuldgefühle zu reduzieren
- Herr A kann in der Folge Ärger und ein Gefühl des Im-Stichgelassen-Seins gegenüber seiner Frau wahrnehmen, mit ihr darüber sprechen
- sowie aggressive Impulse gegenüber Frauen (Mutter und Großmutter) reflektieren

Triadischer Prozess zwischen Patient, Therapeut und Krankheit (Buchholz 1993)

- Das Selbst muss im Prozess der Heilung „den abgespaltenen Körper wieder in sein Selbst integrieren“
- **Anfängliche Idealisierung des Therapeuten:** Die negative Selbstanteile werden auf den kranken Körper, die positiven Selbstanteile auf den Therapeuten projiziert.
- **Idealisierung** muss vom Therapeuten zunächst **angenommen** werden.
- Im Laufe einer Psychotherapie: Entidealisierung des Therapeuten, auf den sich nun die narzisstische Wut statt auf den eigenen Körper richten kann.




Was tun psychodynamische Therapeuten? Innsbrucker qualitative Studie





```

graph TD
    A[Diagnostische Interviews] --> B[CL-Konferenz: Behandlungsplan]
    B --> C[Krisenintervention, Fokussierte Psychotherapie]
    C <--> D[Supervision: Diskussion von Problemen und Modifikation von Interventionen]
  
```

- 5 Therapeuten mit unterschiedlicher theoretischer Orientierung
- **Schriftliche Protokolle** der Supervisionssitzungen
- Ausgewählte Therapiesitzungen **tonbandprotokolliert** und **transkribiert**
- **Qualitative Inhaltsanalyse** der Protokolle (Methode nach Mayring)

Söllner et al., Rec Results Cancer Res 2002;160:362-9

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg

Anpassung psychotherapeutischer Techniken bei der Behandlung körperlich Kranker

- Herstellen einer sicheren therapeutischen Beziehung (holding function)
- Persönliche Präsenz und strukturierende Aktivität des Therapeuten
- Ressourcen-orientiert
- Fokussiert (begrenzte Zeitperspektive)
- Fokus auf Krankheit/ Körperbeschwerden
- Förderung des Ausdrucks von Emotionen

- Psychoedukative Elemente
- Hilfreiche Techniken: Entspannung, Imagination, Arbeit mit Symbolen, Träumen und Märchen; Kunsttherapie
- Einbeziehung von Angehörigen
- Förderung des social support
- Unterstützung der Compliance mit medizinischer Behandlung

Fritzsche (2005) Psychotherapeut 50:281-9
Wentzlaff et al. (2007) Psychosom Konsiliarpsychiatr 1:282-286
Söllner et al. (2016) Psychotherapie im Dialog 1: 38-42

W. Söllner | Paracelsus Medizinische Privatuniversität | Klinikum Nürnberg

Therapiemanuale

z. B.

- Krebspatienten: Spiegel & Classen, Kissane et al., Fritzsche et al., Beutel et al.
- KHK: Fritzsche, Jordan, Herrmann, Albus et al.
- Schmerzpatienten: Nickel & Egle
- ...
- Fokussieren auf Techniken, geben allgemeine Hinweise zu ‚supportiver Strategie‘
- Kaum Hinweise zum Umgang mit typischen therapeutischen Schwierigkeiten

Aktivere Haltung des Therapeuten

- Statt abwartend-distanzierter Haltung und Förderung der Regression und der intrapsychischen Konflikte in der Übertragung – aktive Haltung des Therapeuten.
- Förderung positiver Übertragungsanteile, Containing negativer Übertragungsanteile
- Liebevolle Zuwendung zum kranken Körper fördern statt den Körper bestrafen
- Taktvolle Fragen danach, was Pat. in seinem/ihrem Körper mag, was er/sie für den Körper tut, was vernachlässigt wurde

Bedingungen für eine gelingende therapeutische Beziehung

- Körperklage entgegennehmen
- Narzisstische Kränkung verstehen und bearbeiten
- Therapeutische Triangulierung erlauben
- Gestalten einer **professionellen therapeutischen Beziehung**
- Herstellen einer **interpersonalen Beziehung** zwischen zwei konkreten und unverwechselbaren Personen

Dialogische Haltung (Buber)

„Damit ist der zentrale Heilungspunkt aufgezeigt, der in der psychotherapeutischen Behandlung primär zu konstellieren ist: das ‚Auge in Auge‘, die partnerische Konfrontierung, die der Arzt in personaler Begegnung hervorruft und dank welcher die Wiederherstellung der Begegnungsfähigkeit des Patienten in Gang kommt.“

(Hans Trüb 1949)

Entspannung und Geleitete Imagination

- Einleitung mit Entspannungsübung, Fokussierung auf Atmung
- Bilder vom Patienten selbst gewählt (z. B. Ort, an dem er/sie sich wohlfühlt)
- Möglichkeit, im Zusammenhang mit der Imagination über Gedanken, Gefühle und Phantasien zu sprechen
- Unterstützt Ausdruck von Emotionen ohne unkontrollierte Regression zu provozieren
- Möglicher Ausgangspunkt für intensivere Psychotherapie

• Details in: Söllner (Hrsg) *Kranker Körper – kranke Seele. Psychotherapie mit körperlich Kranken.* Springer, 2018

Fokussierte Psychotherapie mit gestaltungstherapeutischen Elementen

- Herstellen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- zwischen den Sitzungen **drei Zeichnungen**:
- Themen: **Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft**
- Freie Wahl der Themen, des Materials und der Farben
- ästhetischer Wert nicht im Vordergrund (ev. mit nicht-dominanter Hand zeichnen)
- **Zeichnungen** in darauffolgender Sitzung besprochen

Technik:

- freie Assoziation zu den Bildern
- gleichschwebende Aufmerksamkeit des Therapeuten Patient und Bildern gegenüber
- auf einzelne Symbole, auf abgeschnittene oder fehlende Bildanteile hinweisen und assoziieren lassen
- Position des ICH im Bild klären, ev. "den Patienten sich ins Bild setzen lassen"

Details in: Söllner (Hrsg) *Kranker Körper – kranke Seele. Psychotherapie mit körperlich Kranken.* Springer, 2018

Qualifikation von Psychotherapeuten

Fort- und Weiterbildung:

- Wissen um die Erkrankung
- Methoden, die Angst reduzierenden und den Ausdruck von Gefühlen fördern
- Entspannungs- und imaginative Verfahren
- Spezielle Anforderungen an „holding function“
- Spezielle Anforderungen an die Arbeit mit älteren Patienten

Gleichgewicht von Identifizierung und Abgrenzung

- Eigene Erfahrungen reflektieren
- Reflexion gemeinsam mit Kollegen
- Balintgruppe
- Selbsterfahrung
- Literatur

Anforderungen an die Persönlichkeit/ Psychohygiene des Therapeuten

Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen

- Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins = „dringliche Erfahrung“ (*Heidegger*)
- Möglichkeit zum persönlichen Wandel, existentielle Krise als „Entwicklungskrise“ (*Cullberg 1980*)

Dem Psychosomatiker stellen sich dieselben Fragen wie dem Patienten:

- Was ist mir wirklich wichtig im Leben?
- Was möchte ich nicht aufschieben?
- **Verschiedene Seiten in sich fördern:** Suche nach Anerkennung – Bedürfnis nach Austausch in Beziehungen („Ganzheit“)

- Brähler (1990) Körpererleben. *Springer*, Berlin
- Guimon José (Hrsg) *The Body in Psychotherapy*. Karger, Basel 1997
- Rodewig K (Hrsg) *Der kranke Körper in der Psychotherapie*. *Vandenhoeck & Ruprecht*, Göttingen, 1997
- Rudolf G (1992) Körpersymptomatik als Schwierigkeit der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 37:11-23
- Schilder P (1923) *Das Körperschema*. *Springer*, Berlin
- Sifneos PE (1975) Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* 22:255-62
- Söllner W, Schüßler G (2001) Psychodynamische Therapieverfahren bei chronischen Schmerzpatienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 47:115-139
- Söllner W, Gross R, Maislinger S (2002) Psychotherapeutic interventions in melanoma patients. *Recent Results in Cancer Research* 160:362-369
- Söllner W (2016) Psychotherapie mit körperlich Kranken aus psychodynamischer Perspektive - Vom Umgang mit existentieller Bedrohung. *Psychotherapie im Dialog* 1:38-42
- Söllner W (Hrsg) (2018) *Kranker Körper – kranke Seele*. Psychotherapie mit körperlich Kranken. *Springer, Heidelberg-Berlin*
- Spiegel D, Classen C (1999) *Group Therapy for Cancer Patients. A Research-based Handbook of Psychosocial Care*. *Basic Behavioral Sciences*
- Thomä H, Kächele H (1988) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, 2. Auflage. *Springer*, Berlin