

# Ziele finden und vereinbaren in der Allgemeinarztpraxis

## Goalsetting als integriertes Angebot für Patientinnen<sup>1</sup> mit chronischen Erkrankungen

Theodor Dierk Petzold

### Zusammenfassung

Zielvereinbarungen werden in vielen gesellschaftlichen Bereichen angewendet, um die Motivation zum Handeln besonders in der Zusammenarbeit zu klären und zu bestärken. In der Allgemeinmedizin liegt hierin noch eine ungenutzte Ressource zur Kooperation zum Zwecke eines gesunden Lebens, die sowohl bei der Behandlung von Menschen mit langwierigen, chronischen Erkrankungen als auch zur Prävention solcher wirksam ist.

Das neu entwickelte Motivations-Tool SaKom-Goalsetting für die Arztpraxis beruht auf positiven Erfahrungen aus dem Ärztenetz „Gesundes Kinzigtal“ und neueren Erkenntnissen aus der Neuropsychotherapie, Motivations- und Kooperationsforschung. Es sollen dabei attraktive und machbare Ziele gefunden werden, die besonders den übergeordneten motivationalen Kohärenzmodus anregen. In dieser, vom Streben nach Stimmigkeit, Sinn und Wohlbefinden geprägten Motivation kann gesunde Entwicklung am ehesten gelingen. Aus dieser Kohärenzmotivation heraus kann der Patient und womöglich auch der Arzt aus dem Stressmodus herausfinden und eine gesunde Lebensweise praktizieren. Durch gemeinsame Ziele wird ein Gelingen der Kooperation von Arzt und Patient wahrscheinlicher. Die Ziele sollen bedeutsam, attraktiv und eine Annäherung machbar sein.

Dabei wird als standardisierte Intervention zur Zielfindung ein zweiseitiger Fragebogen angewendet und ein therapeutisches Gespräch geführt, das mit einer Zielvereinbarung abgeschlossen wird. Die Fragen auf der Vorderseite des Fragebogens regen die Selbstwahrnehmung des Patienten an. Auf der Rückseite kann die Zielvereinbarung sowie ein Fortschritt fixiert werden.

### Abstract

Goal agreements are used in many areas of society to clarify and reinforce motivation to act, especially in cooperation. In family medicine, this is still an untapped resource for cooperation for the purpose of healthy living, which is effective both in the treatment of people with long-term, chronic diseases and in the prevention of such.

The newly developed SaKom-Goalsetting for the medical practice is based on positive experiences from the physician network "Gesundes Kinzigtal" and recent findings from neuropsychotherapy, motivation and cooperation research. Attractive and feasible goals are to be found, which especially stimulate the superior

---

<sup>1</sup> Um den Geschlechtern in der Sprache halbwegs gerecht zu werden, ohne den Schreib- und Lesefluss zu sehr zu verkomplizieren, verwende ich im Weiteren im Singular entsprechend der bislang üblichen Schreibweise die männliche Form, es sei denn, es handelt sich explizit um eine Frau, und im Plural immer die weibliche Form, es sei denn, es handelt sich ausschließlich um Männer.

motivational coherence mode. In this motivation, characterized by the striving for coherence, meaning and well-being, healthy development is most likely to succeed. From this coherence-motivation, the patient and possibly also the physician can find their way out of the stress mode and practice a healthy lifestyle. Shared goals make it more likely that the cooperation between doctor and patient will succeed. The goals should be meaningful, attractive, and an approach feasible.

In this process, a two-page questionnaire is used as a standardized intervention for goal-setting, and a therapeutic interview is given, which is concluded with a goal agreement. The questions on the front of the questionnaire stimulate the patient's self-awareness. On the back side the goal agreement as well as a progress can be fixed.

Keywords: goal agreement, SalKom-Goalsetting, chronic diseases, salutogenesis, attractor

## Einleitung

Als ich auf dem DEGAM-Kongress 2019 in Erlangen den Hauptvortrag des Internisten und Sozialmediziners David Klemperer hörte, in dem er „goal-setting“ in der Arztpraxis als wichtiges einzuführendes Instrument bezeichnete, habe ich mich daran erinnert, dass ich zehn Jahre zuvor mit Kolleginnen im Ärztenetz zur Integrierten Versorgung (IV) „Gesundes Kinzigtal“ eine Fortbildung zum Thema *Zielvereinbarungen* durchgeführt hatte. Die Kolleginnen im Kinzigtal haben es in ihrer Art und Weise kreativ umgesetzt. Fünf Jahre nach dieser Fortbildung wurde von Achim Siegel von der Freiburger Uni die GeKIM-Studie zur Evaluation der integrierten Versorgung im Gesunden Kinzigtal vorgestellt [1, 2]. Dabei war der auffallendste, statistisch hoch signifikante Effekt, dass 45% der Patientinnen, die Ziele mit ihrem Arzt vereinbart hatten, angaben, jetzt gesünder zu leben. Im Unterschied zu 19,7% der Patientinnen, die keine Zielvereinbarung getroffen hatten. Die indirekte Erinnerung durch Prof. Klemperer an diese kleine Erfolgsgeschichte im Kinzigtal motivierte mich, ein möglichst standardisiertes Instrument zum Goalsetting zu entwickeln, das in der Breite und nachhaltig anwendbar ist.

## Hypothese und Begründung

Die Hypothese und gleichzeitig Begründung für die Anwendung dieses krankheitsunspezifischen Goalsettings ist, dass es zu einer signifikanten Verbesserung von chronischen Krankheitsverläufen von Patientinnen kommt [1]. Weiter ist anzunehmen, dass es selbst bei nicht langwierig erkrankten Patientinnen durch eine Wende in der Lebensorientierung hin zu positiven Gesundheitszielen zur Prävention von chronischen Verläufen beiträgt [3]. Zusätzlich soll es auch zum Wohlbefinden wie zur Stressminderung der Ärztinnen und ihrer Mitarbeiterinnen führen, da diese womöglich mehr Freude und Zufriedenheit bei der Arbeit finden und auch für sich selbst die stressreduzierende Lebensorientierung anwenden können.

## Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund

Drei basale Erkenntnisse bilden die Grundlage für das SalKom-Goalsetting:

1. Gesunde Entwicklung (auch Gesundheit) ist ein zielorientierter Prozess in Richtung Gesundheit und Kohärenz (gesunde Selbstregulation).

2. Motivationssysteme sorgen für die physische Ausführung der Zielorientierung, für ihre Modulation und Anpassung an die jeweiligen Umweltbeziehungen.
3. Motivationssysteme werden durch bedeutsame Informationen kommunikativ angeregt.

#### Gesunde Entwicklung – ein zielgerichteter Prozess

Eigentlich ist diese Feststellung über Gesundungsvorgänge trivial, wie die Beobachtung schon einer Wundheilung erkennen lässt. So liegt doch in dieser Trivialität eine Sprengkraft des traditionellen naturwissenschaftlichen Denkens, das jede Wirkung ausschließlich aus vorhergehenden, materiell ursächlichen Ereignissen ableiten will. Die Wirksamkeit einer nicht auf materielle Wechselbeziehungen reduzierbaren Zielinformation war in diesem Denken nicht vorgesehen. Erst durch die Kybernetik („Regelgrößen“) und Chaos- und Komplexitätsforschung („Attraktoren“, „Ordner“) kommt ein derartiges Denken in Natur- wie Lebenswissenschaften zur Anwendung. Mit dem Begriff *Attraktor* wird auch die Beziehung der *Zielinformation* zur physischen Dynamik bezeichnet: Sie zieht diese an, sie ist attraktiv für diese und ordnet sie [4, 5]. So gesehen ist bei der Wundheilung die *heile Haut* eine *Zielformation*, ein Attraktor für den Heilungsprozess. Allgemein ist für Gesundungsprozesse die Gesamtfunktionalität des Organismus die Zielinformation [6]. Diese können wir zusammenfassend als *Kohärenz* verstehen. Das Streben nach Kohärenz wurde von Grawe als „oberstes Regulationsprinzip“ [7] im psychischen Geschehen beschrieben. Hirnforscher sehen es ebenso in der Dynamik und Funktion des Gehirns [8, 9]. Antonovsky [10] sieht in einem „sense of coherence SOC“, einem Kohärenzgefühl, den Kern der Salutogenese. Der Gesamtorganismus reguliert sich in Richtung seines Attraktors Kohärenz in drei Phasen: durch Wahrnehmen von Inkohärenzen, durch Aktivität in Richtung Kohärenz und durch Reflexion und Lernen aus den Erfahrungen [6, 11].

#### Drei Motivationssysteme modulieren die Zielinformationen für die jeweilige Situation

Schon Locke und Latham [12], die Begründer der Goal-setting-Theorie, gehen von einer Selbstregulation des Menschen aus und einer subjektiven Motivation, die diese auf ihre jeweilige Umgebung einstellt. Inzwischen können wir heute unter Einbeziehung der Komplexitäts- und Hirnforschung die Selbstregulation und die Motivationssysteme präziser beschreiben. Damit können wir das Goal-setting noch klarer begründen und als differenziertere Intervention gestalten.

Schon Einzeller kennen drei grundsätzlich zu unterscheidende Bewegungsrichtungen: ein Annähern an eine Nahrungs-, Licht- oder Wärmequelle; ein Abwenden (von) einer Bedrohung und einen Ruhezustand in einer kohärenten Umgebung. Zu welcher dieser drei Bewegungsrichtungen ein Organismus sich entscheidet, hängt von seiner Wahrnehmung und Bewertung seiner Umgebung ab: Erkennt er etwas Nahrhaftes, nähert er sich an, bewertet er in seiner Umgebung etwas als bedrohlich, wendet er sich oder dieses ab, und wenn weder das eine noch das andere gegeben ist, ruht er und/oder vermehrt sich.

Die Möglichkeiten von Lebewesen, in diesen drei Bewegungsrichtungen aktiv zu werden, haben sich im Laufe der Evolution immer weiter entwickelt bis hin zu den durch drei Motivationssysteme sehr komplex geregelten Handlungsmöglichkeiten

des Menschen. Dabei können aber immer noch die Aktivitäten eines Menschen einer dieser Richtungskategorien zugeordnet werden.<sup>2</sup>

Diese Motivationssysteme werden eingeschaltet als Folge einer Wahrnehmung und Bewertung einer Situation. Sie veranlassen uns zu bestimmten neural und hormonell gesteuerten Verhaltensweisen, Gefühlen und Gedanken, die der jeweiligen Situation angemessen erscheinen.

In Bezug auf die Entstehung von vielen chronischen Erkrankungen spielt die Abwendungsmotivation und das umsetzende neuro-humorale Abwendungssystem mit einem Zentrum in der Amygdala eine große Rolle [7, 13]. Es veranlasst Gefühle wie Angst, Ekel und Ohnmacht und eine Erhöhung des Sympathikotonus, vermehrte Kortisolausschüttung, eine verstärkte Muskelspannung bis hin zu chronischen Entzündungserscheinungen durch erhöhte Genaktivität u.a. in der sog. Conserved Transcriptional Response to Adversity (CTRA) [14]. Dadurch ist es ein wichtiger Faktor für die Pathogenese verschiedener chronischer Erkrankungen, wie kardio-vaskuläre Erkrankungen, viele Krebsarten, Demenz u.a. [13, 14, 15].

Demgegenüber spielt die lustvolle Annäherungsmotivation und das umsetzende neuro-humorale Annäherungssystem mit einem Zentrum im Nucl. Accumbens, dem sog. inneren Belohnungssystem, die Hauptrolle bei der Entstehung von Suchtverhalten [7].



### Drei motivationale Einstellungen zur Annäherung an Kohärenz



#### Annäherungsmodus (wie Verlockungen)

- Lust
- Harmonie
- Mut
- (Selbst-)Mächtigkeit
- Genuss
- Sinnliche Beziehung
- Anerkennung bekommen
- Probleme lösen

#### Kohärenzmodus (übergeordnet – oft langfristig und implizit)

- **Stimmige Verbundenheit**
- Gesundheit
- Sicherheit, Vertrauen
- Autonomie
- Wohlbefinden
- Zugehörigkeitsgefühl
- Gerechtigkeit, Fairness
- Sinnhaftigkeit

*Für eine nachhaltige Kooperation braucht es Kohärenzziele.*



#### Abwendungsmodus (wie Warnlampen)

- Unstimmigkeit
- Krankheit
- Angst
- Opferrolle, Ohnmacht
- Schmerz
- Isolation
- Ungerechtigkeit, Verletzung
- Probleme haben

Unter anderem in der Suchtforschung ist man [7, 16] auf die Existenz des dritten Motivationssystems gestoßen. Der Suchtkranke weiß, dass die Droge ihm schadet und möchte ggf. auch ohne Droge leben, aber diese scheinbar vorhandene Motivation hat keine Auswirkung auf sein Handeln: Er greift wieder zur Droge. Insofern ist bei ihm dieses System außer Funktion gesetzt. Es wird im Englischen „Liking“ genannt im Unterschied zur Motivation im Dopamin gesteuerten Annäherungsmodus, die als “Wanting“ bezeichnet wird. Mit „Liking“ soll ausgedrückt werden, dass diese Motivation nicht nur dem inneren Belohnungssystem folgt,

<sup>2</sup> In der wissenschaftlichen Literatur werden diese Motivationssysteme unterschiedlich bezeichnet [10].

sondern dem *Wohlergehen des gesamten Organismus*. Weil es die Kohärenz des Gesamtorganismus zum Ziel hat, erscheint die Bezeichnung „Kohärenzsystem“ und „Kohärenzmotivation“ angebracht. Es hat ein Zentrum im Präfrontalen Cortex PFC, wo Sinnstreben, Fairness und Selbstreflexion repräsentiert sind. Im Kohärenzmodus können wir auch Gelassenheit finden.

Motivationssysteme können kommunikativ angeregt werden

Wann und wie ein Motivationssystem aktiviert wird, hängt von der *Qualität* der wahrgenommenen Information ab. Wird diese als attraktiv, bedrohlich oder stimmig (auch indifferent, neutral) bewertet? Dies sind die drei großen Bewertungskategorien, nach denen unser Gehirn und wohl der ganze Mensch ständig sucht. In diese Kategorien lassen sich viele auch differenziertere Wahrnehmungen zuordnen, die letztlich für die intendierte Richtung der Aktivitäten maßgeblich sind. Diese Qualitäten von Informationen aus der Umgebung prägen das Fühlen, Denken, Verhalten und den Stoffwechsel bis hin zu den Genaktivitäten [13, 14, 15]. Da der Mensch ein zutiefst soziales Wesen ist, spielen die Informationen, die von bedeutsamen Mitmenschen kommuniziert werden, eine besonders wichtige Rolle für das Einschalten eines Motivationssystems. Dazu gehören für Patientinnen auch ihre Ärztinnen.

Die Sprache erscheint der impliziten Regulation (wie den Instinkten) in manchen Belangen übergeordnet. So können wir sowohl durch Präsenz in der kooperativen Beziehung (z.B. durch Zuhören, fürsorglichen Körperkontakt) als auch durch Worte, wie Fragen oder Vor- und Ratschläge, die Aktivitäten unserer Patientinnen in gewissem Rahmen beeinflussen. Dabei werden – bisher meist unbewusst – Motivationssysteme angeregt.

Was wir zur gesunden Entwicklung brauchen, ist mehr Aktivität im Kohärenzmodus. Mehr Sinnhaftigkeit, Fairness, Vertrauen, Gelassenheit, Selbstreflexion und Sensibilität für Stimmigkeit im Inneren und Äußeren – auch mit der Natur bis hin zur Biosphäre [15]. Interessanterweise werden gerade wieder die Heilwirkungen von Bewegung in der Natur sowie von Musik und Kreativität erforscht. Das alles regt den Kohärenzmodus an bzw. ist nur in diesem möglich.

In der ärztlichen Sprechstunde können wir das Kohärenzsystem ganz allgemein anregen, indem wir unserem Patienten als autonomen Kooperationspartner Vertrauen schenken, ihm zuhören, auf ihn eingehen, mit seiner Intentionalität in Resonanz gehen, gemeinsam seine Ziele finden und zur Erreichung dieser mit ihm kooperieren [11, 17, 18, 19]. Auch wohlwollend annehmende Reflexion und Humor regen den Kohärenzmodus an.

Derart in seiner Autonomie gestärkt, kann der Patient im Kohärenzmodus sich leichter selbst reflektieren und seine anderen Motivationen angemessen regulieren oder auch kontrollieren (z.B. Affektkontrolle, Suchtprävention und -therapie). Im Kohärenzmodus können Menschen tief entspannen, den Stoffwechsel und die Aktivität der CTRA in einen gesunden Bereich allostatistisch regulieren.

Die Interventionen des Salkom-Goalsetting

Beim Salkom-Goalsetting werden mit dem Patienten Informationen kommuniziert, die das Kohärenzsystem anregen und das Annäherungs- und Abwendungssystem integrieren. Dem dienen

1. Ein Fragebogen zur Gesundheitsförderung (auf der Vorderseite Fragen zur Anregung der Selbstwahrnehmung)
2. Ein Therapeutisches Gespräch (zur Klärung der Ziele, Annäherungsaktivitäten, Fortschritts-Evaluation, Rollen in der Kooperation)
3. Eine Zielvereinbarung (Fragebogenrückseite)
4. Ein Fortschrittsgespräch (Reflexion der Zielannäherung u. ggf. neue Ziele)

#### Arbeit mit dem Fragebogen zur Gesundheitsförderung

Die Fragen auf der Vorderseite zielen ab auf eine Anregung der Selbstwahrnehmung der Bedürfnisse, Wünsche, Anliegen und Ziele: z.B. „Was tut Ihnen nachhaltig gut? Und was tut Ihnen nicht gut?“, sowie auf Ressourcen zur Zielerreichung.

Indem wir von ärztlicher Seite her diese Fragen an Patientinnen stellen, erteilen wir ihnen eine Bedeutsamkeit. Indem wir den Antworten der Patientinnen Gehör und Beachtung schenken, stärken wir weiter ihre Autonomie in der Kooperation.

Durch die Bedeutsamkeit schenkende Kommunikation werden Ich-Zustände (Bedürfnisse, Anliegen, Wünsche als Kind und/oder Erwachsener) im Patienten aktiviert, deren Unterdrückung oder Nicht-Beachtung in ihrer Sozialisation ein pathogener Faktor war (weil diese Nichtbeachtung zum Gefühl von „nicht-erwünscht-sein, nicht-dazugehören“ in Bezug auf die Ich-Anteile geführt hat). So hat diese einfache Intervention im Rahmen der therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung schon eine psychodynamisch heilsame Wirkung [11].

#### Therapeutisches Gespräch

Der Patient wird vorab gefragt, ob er eine Zielvereinbarung mit dem Arzt besprechen möchte.

Es geht in diesem Gespräch darum, ein Ziel oder mehrere zu finden, die vom Patienten kommen und vom Arzt geteilt werden können. Der Arzt zeigt seine positive Empathie für die womöglich sinnhaften Anliegen und Ziele des Patienten – sofern er wirklich in positiver Resonanz damit ist. Mit dem Finden einer gemeinsamen Intentionalität kann die Kooperation zum Gelingen kommen [11,17, 18, 19]. Die Ziele sollen *bedeutsam, attraktiv und machbar* sein. Eine Annäherung an das Ziel soll *wahrnehmbar* sein. Beim Formulieren des Zieles muss darauf geachtet werden, dass dies positiv geschieht, dass es also nicht heißen soll „Schmerzfreiheit“ im Sinne „Ich möchte frei *von* Schmerzen sein.“. Der Patient soll beschreiben, was er tun und/oder wie er sich fühlen möchte, wenn er keine Schmerzen hat: „wohlfühlen“, „frei und leicht bewegen können“ bzw. „tief schlafen können“. Das wäre dann eine Beschreibung dessen, *zu* was er sich frei fühlen möchte und nicht mehr *von* was.

In dem Gespräch sollen weiter die Schritte geklärt werden, die der Patient (Eigenaktivität) und der Arzt (Behandlung, Kontrollen...) zur Zielannäherung unternehmen wollen und woran der Patient ein Erreichen und Annähern an sein Ziel wahrnehmen kann. Die Ergebnisse dieses Gesprächs werden auf der Rückseite des Fragebogens schriftlich fixiert.

Zu guter Letzt bestimmt der Patient einen Zeitraum, in dem er sein Ziel erreichen oder zumindest deutlich spürbare Fortschritte machen will. Wenn der Arzt diesen für angemessen und realistisch hält, wird ein Fortschrittsgespräch terminiert.

## Das Fortschrittsgespräch

Im Fortschrittsgespräch werden die Erfahrungen des Patienten im verabredeten Zeitraum reflektiert – ganz allgemein sowie auch konkret bei seinem Bemühen zur Zielannäherung. Wie ging es ihm in dieser Zeit? Gab es besondere Erlebnisse? Welche positiven und negativen Erfahrungen hat er gemacht? Was ist ihm gelungen, was eher nicht? Was will und kann er daraus lernen? Bleibt das Ziel bestehen oder wird es verändert? Hat er heute ein neues Ziel?

Wie kann das SalKom-Goalsetting in der Allgemeinpraxis implementiert werden?

Für die Implementierung in die Praxis braucht es in erster Linie eine Offenheit des Arztes, den Fokus in seinem Denken auf das Krankheitsgeschehen hintenanzustellen und den Fokus auf den ganzen Menschen in seiner gesunden Entwicklung, in seinem Streben nach Gesundung, zu richten. Eine solche Umorientierung der Einstellung des Therapeuten auf attraktive Gesundheitsziele hat schon erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsaussichten von Patientinnen, wie schon LeShan in den 1960er Jahren aus der Psychoonkologie berichtete [20].

Gelegentlich kommt die Frage, ob das nicht zu zeitaufwändig sei. In einer gut organisierten Allgemeinpraxis kann man womöglich ein bestimmtes Sprechstundenzeitfenster für Patientinnen mit sog. chronischen Erkrankungen einrichten, wo für jeden Patienten 15 Minuten eingeplant werden, die zur psychosomatischen Grundversorgung gehören. So können die Gespräche aus dem Druck eines vollen Wartezimmers rausgeholt werden.

Je mehr die beschriebene Neuorientierung auf gesunde Entwicklung zur Gewohnheit geworden ist, um so geringer wird der Zeitaufwand insgesamt im Durchschnitt, weil der Patient sich besser in seinem tiefen Anliegen verstanden fühlt und aktiver kooperiert.

## Literatur

1. Höhl, R (2014) Therapiebooster Zielvereinbarung. In: Ärzte Zeitung 27.8.2014 S.11.
2. Siegel, A (2014) Zufriedenheit von Patienten, Versicherten und Ärzten mit der IVGK. Beitrag zum WS auf DEGAM-Kongress 2014 in Hamburg. (s.a.: Siegel, A (2018) GeKim-Studie. In: ZEFQ Vol. 130 (2018) S.35-41.)
3. Petzold TD, Bahrs O (2020). Beiträge der Salutogenese zu Forschung, Theorie und Professionsentwicklung im Gesundheitswesen. In: Jungbauer-Gans M; Kriwy P (2016-18) Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien VS; S. 89-115
4. Hansch D u. H Haken (2016) Synergetik in Hirnforschung, Psychologie und Psychotherapie. In: Petzer T u. Steiner S (Hrsg.): Synergie. Paderborn: Wilhelm Fink, S. 365–388.
5. Scott J (2013), Complexities of the Consultation. In: Sturmberg J P, Martin C M (Hrg.), Hand-book of Systems and Complexity in Health. New York: Springer, S. 257–277.
6. Petzold TD (2022) Schöpferisch kommunizieren – Aufbruch in eine neue Dimension des Denkens. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung; 2. Aufl.

7. Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
8. Panksepp J, Moskal J (2008) Dopamine and Seeking: Subcortical »Reward« Systems and Appetitive Urges. In: Elliot AJ (Ed.) (2008) Handbook of approach and avoidance motivation. New York: Psychology Press; P 67–88.97.
9. Fuchs T (2010) Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.
10. Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: dgvt.
11. Petzold TD (2021) Drei entscheidende Fragen – Salutogene Kommunikation zur gesunden Entwicklung. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
12. Locke E a. G Latham (2002) Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. In: American Psychologist: Vol. 57, No. 9, 705–717 DOI: 10.1037//0003-066X.57.9.705.
13. Schubert C (2015) Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
14. Fredrickson, B.L. et Cole, S. (2015) Psychological Well-Being and the Human Conserved Transcriptional. PLoS One. Doi: 10.1371/journal.pone.0121839.
15. Bauer, J. (2021) Das empathische Gen. Freiburg: Herder.
16. Elliot AJ (Ed.) (2008) Handbook of approach and avoidance motivation. New York: Psychology Press.
17. Tomasello M, Hamann K (2012) Kooperation bei Kleinkindern. [https://www.mpg.de/4658054/Kooperation\\_bei\\_Kleinkindern](https://www.mpg.de/4658054/Kooperation_bei_Kleinkindern). (Abruf 10.02.2016)
18. Tomasello M (2010) Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp.
19. Petzold TD (2015) Für eine gute Arzt-Patient-Kooperation ist die gemeinsame Intentionalität entscheidend. Zeitschrift für Allgemeinmedizin Z.Allg.Med.10: 6–10.
20. LeShan L, Büntig W (2010), Die Melodie des eigenen Lebens finden. Interview auf DVD. Müllheim: Auditorium.