

Heilsame Erfahrungen ermöglichen durch salutogene Kommunikation

Theodor Dierk Petzold

Zusammenfassung

„Eine heilsame Erfahrung“ soll ein Patient¹ in der Kommunikation mit dem Behandler machen. Sie ist eine Attraktiva (Attraktor) für die Kooperation. Eine heilsame Erfahrung macht der Patient, wenn er in seiner gesunden Selbstregulation von Wahrnehmen-Handeln-Reflektieren/Lernen angeregt wird. Diese Selbstregulation dreht sich rückkoppelnd um Kohärenz im Inneren und Äußeren als übergeordnetem attraktiv idealem Soll-Zustand. Um sich immer wieder dieser Stimmigkeit anzunähern, haben wir drei Motivationsmodi. Diese werden aktiviert in Abhängigkeit unserer Bewertung einer Situation: ist diese stimmig, verlockend oder bedrohlich? PatientInnen mit langwierigen Erkrankungen sind sehr häufig im stressenden Abwendungsmodus, der bei einer Bedrohung anspringt. Oft war diese Bedrohung in der Vergangenheit, wie bei früheren Traumata. Dann haben sie ein ausgeprägtes Opfer-Gefühl und interagieren leicht im Macht-Opfer-Dreiecksmuster. So ist es die therapeutische Aufgabe, sie anzuregen, möglichst in den stimmigen Kohärenzmodus zu kommen. Dazu dient die Salutogene Kommunikation insbesondere mit angemessenen Fragen.

Schlüsselwörter: Salutogenese, salutogene Kommunikation, chronische Krankheiten, Motivationssystem, Kohärenzmodus

Summary

"A healing experience" is what a patient should have in communication with the practitioner. This is the attractor for their cooperation. The patient has a healing experience when he is stimulated in his healthy self-regulation of perceiving-acting-reflecting/learning. This self-regulation revolves around coherence inside and outside as a superior attractive ideal target state. In order to keep approaching this attractiveness, we have three motivational modes. These are activated depending on our evaluation of a situation: is it coherent, tempting or threatening? Patients with chronic diseases are very often in the stressful aversion mode, which kicks in when a threat arises. Often this threat was in the past, as in previous traumas. Then they have a strong victim feeling and interact in the power-victim triangle pattern. So the therapeutic task is to stimulate them to get into the coherence-mode if possible. Salutogenic communication serves this purpose, especially with appropriate questions.

Keywords: salutogenesis, salutogenic communication, chronic diseases, motivational system, coherence-mode.

Was ist eine *heilsame Erfahrung*?

Wenn wir die Frage nach einer heilsamen Erfahrung stellen, gehen wir von einem verletzten oder kranken Menschen aus, der, ganz allgemein gesagt, ein Gefühl hat „Mit mir stimmt was nicht.“ Er sucht Heilung, Besserung – mehr Stimmigkeit. Wenn er dann eine Erfahrung macht, die ihn gefühlt, geglaubt und/oder reflektiert auf den Weg in Richtung Wohlbefinden, Heil-sein, stimmiger Ganzheit bringt, ist es für ihn eine heilsame Erfahrung.

Er spürt dann womöglich eine stimmige Verbundenheit, z.B. ein mitfühlendes Verstehen, eine Aktivität im Behandeln, die auf Gesundung abzielt, ein Wundpflaster, eine Massage, ein helfendes

¹ *Patient* steht hier auch für Klient. Zum Gendern s. Fußnote 2.
Petzold: ZHH: Salutogene Kommunikation 13.12.2022

Medikament u.v.a.m. Wichtig ist in jedem Fall, dass er ein Gefühl hat, dass es jetzt in Richtung Gesundheit und Stimmigkeit geht: dass ein Same fürs Heilen gelegt ist.

Unter einer heilsamen Erfahrung sei das gesamte Erleben zusammengefasst, das zur Heilung beiträgt, also sowohl die Wirkungen gezielter Interventionen einschließlich Arzneimittel und Operationen als auch aller anderen Faktoren aus der Umgebung, die in der wissenschaftlichen Medizin gerne als Placebo(-effekt) bezeichnet werden (s.a. Hansen et al 2017; Petzold 2022b). Mit diesem umfassenden und einschließenden Verständnis ist der subjektiv erlebende Mensch inkludiert, der in der naturwissenschaftlich orientierten Medizin häufig ausgeschlossen wird, weil er wegen seiner Komplexität prinzipiell nicht messbar, (auch mit noch so vielen Daten) nicht berechenbar und objektiv erfassbar ist und deshalb nicht „wahr“, nicht wirklich sei. Mit diesem Verstehen ist auch klar, dass wir zwar die von außen auf den Patienten² einwirkenden Interventionen von dem subjektiven Erleben unterscheiden aber diese nicht voneinander trennen können. Die von außen kommende Information und die vom Empfänger gegebene Bedeutung sind miteinander in Resonanz und bedingen sich gegenseitig (vgl. Ebell 2017; Harrer & Ebell 2021; Petzold 2000, 2022a,b). Zusammen ergeben sie – wenn es gut passt – eine heilsame Erfahrung des Patienten. In dieser „healing experience“ sieht John Scott (2013, S. 257-278) das attraktive Ziel, einen Attraktor für die Arzt-Patient Beratung.

So stellt sich für Gesundheitsberufe wie auch -wissenschaftlerinnen³ die Frage: Wie können die subjektiven Bedürfnisse wie Erfordernisse des Patienten mit den Bemühungen des Behandlers möglichst gut zu einer heilsamen Erfahrung zusammenfinden?

Dazu brauchen wir ein Verständnis des komplexen Subjekts, das mit seiner gesunden menschlichen Selbstregulation in Resonanz mit dem Behandler ist. Hier sei eine system-psychologische Gesamtschau skizziert.

Das übergeordnete Regulationsprinzip ist Stimmigkeit

Durch die Forschungen von Antonovsky (1997), der Chaos- und Komplexitätsforschung (Schiepek 2004; Haken & Schiepek 2005; Strunk & Schiepek 2006; Füllsack 2010; Vohs & Baumeister 2011; Sturmberg & Martin 2013; Scott 2013; Hansch & Haken 2016; Bircher 2019) sowie der Motivationspsychologie (Locke u. Latham 2002) und der Neurowissenschaften (Grawe 2004; Panksepp 2008; Elliot 2008; Fuchs 2010; Berridge & Robinson 2015; u.a.m.) haben wir jetzt viele Detailerkennnisse, die in dieser systempsychologischen Zusammenschau ein recht klares Bild von gesunder Entwicklungsdynamik des Menschen geben (Petzold 2022a).

Viele Forscher, die beim Menschen nach einem übergeordneten Ziel wie auch nach einem Regulationsprinzip suchen, sind zu dem Schluss gekommen, dass sein übergeordnetes Streben einer Kohärenz gilt (auch Stimmigkeit; Grawe: „Konsistenz“; Gleichgewicht, Gleichklang, Ausgeglichenheit, Homöostase/Allostase). In Anlehnung an die Attraktoren in der Chaosforschung nenne ich nach eingehender Diskussion auf unserem 11. Salutogenese-Symposium die attraktiven Ziele des Menschen „Attraktiva“⁴. Subjektiv kommt eine Attraktiva paradoxerweise eher in einer Verneinung

² 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.

³ S. Fußnote 2

⁴ Wir nennen es jetzt Attraktiva, weil wir den Anspruch auf Berechenbarkeit wegen der Komplexität der mehrdimensionalen Attraktoren von Lebewesen aufgegeben haben und auch aus linguistischen Gründen: die Petzold: ZHH: Salutogene Kommunikation 13.12.2022

zum Ausdruck, wenn Menschen z.B. sagen: „Mit mir stimmt was nicht.“ Diese Worte beschreiben häufig die ersten Anzeichen einer Erkrankung. Unsere Wahrnehmung nimmt Unterschiede wahr, hier die Abweichung des Ist-Zustands vom angesteuerten attraktiven Soll-Zustand, von der impliziten Attraktiva.



Abbildung 1: Die menschliche Selbst- und Stimmigkeitsregulation und drei entscheidende Fragen.

Unser Leben dreht sich um Attraktiva. Das übergeordnete attraktive Ziel ist die Stimmigkeit. Die Selbstregulation startet mit dem Wahrnehmen, das von den maßgeblichen Attraktiva, auch Soll-Zuständen, gesteuert oder womöglich treffender: attrahiert wird. Daraus folgt die Motivation zum Handeln. Nach der Aktivität bilanziert und reflektiert der Mensch das Ergebnis und den Verlauf der Interaktion mit der Umgebung. Beim Lernen werden die Bilanz und das Reflektieren in das System integriert.

Der Idealzustand von Gesundheit und Kohärenz wird uns im Alltag meist nicht bewusst. Erst eine

Abweichung davon dringt in unser Bewusstsein vor. Der Philosoph Gadamer spricht somit von der „Verborgenheit der Gesundheit“ (1993). Diese Attraktiva gibt allerdings den Maßstab für unsere Wahrnehmungen und ihre Bewertungen. Selbst unsere Wahrnehmung ist intentional gerichtet⁵ (Schiepek 2004). Sie sucht nach Möglichkeiten zum Annähern an attraktive Ziele – letztlich an eine mehrdimensionale Kohärenz. Dazu gehört zunächst ein Wahrnehmen von Unstimmigkeiten und ggf. deren Abwenden.⁶

Ein Fallbeispiel: Katja⁷

Die Medizinstudentin Katja zeigt in einem etwa zehn-minütigen Gespräch mit mir in einem Seminar im dritten Semester vor ihren Kommilitoninnen⁸ eine differenzierte Wahrnehmung von Inkohärenzen in unterschiedlichen Lebensdimensionen.

Katja hat seit einem Jahr Schmerzen im Daumengrundgelenk links – besonders nach Belastung. Sie hatte mehrere hand-/chirurgische Untersuchungen und Beratungen. Die Diagnose ist: eine Sehnenscheidenentzündung, die operiert werden soll (zwei Handchirurgen, ein Allgemeinchirurg nach Röntgen, MRT). Sie sei so im Stress, dass sie bisher nicht mal Zeit gehabt habe, den MRT-Befund

Endung „-tor“ bedeutet maskuline Aktivität. Dabei ist das Wesen der attraktiven Information ihre Wirksamkeit aus der Ruhe – wie der „unbewegte Beweger“ bei Aristoteles (s. Petzold 2022b).

⁵ „In mehreren Arbeiten unterstreicht Freeman (z.B. 1995, 2000) die intentionale Funktionsweise des Gehirns. Es reagiert und rezipiert nicht passiv, sondern ist auf das Erreichen bestimmter Zielsetzungen und die Ermöglichung bestimmter Erfahrungen und Verhaltensweisen ausgerichtet, wirkt also proaktiv und konstruktiv – ...“

Selbst die Wahrnehmung ist ein intentionaler und konstruktiver Akt, wofür Präafferenzschleifen zwischen entorhinalem Kortex und sensorischen Systemen ebenso verantwortlich sind wie die Top-down-bottom-up-Organisation...“

Schiepek, Günter et al in: Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer; 2004 1. Aufl. S. 12

⁶ Um dieser gesunden Selbstregulation in der ärztlichen Praxis gerecht zu werden, haben wir das SalKom®-Goalsetting entwickelt (s. <https://gesunde-entwicklung.com/goalsettingsalkom/>; Petzold 2022a). Auch die Aktivitäten zur „positiven Gesundheit“ von Machtheld Huber in den Niederlanden in der allgemeinärztlichen Praxis versuchen, der Zielorientierung auf Gesundheit gerecht zu werden.

⁷ Hier wie auch bei anderen Fallbeispielen wurde der Name zum Schutze der Person geändert.

⁸ S. Fußnote 2.

in Ruhe mit einem dritten Handchirurgen zu besprechen. Die Beschwerden bessern sich nach Ruhe und insbesondere durch das Tragen einer Schiene und das Reiben mit Brennnesseln (ein befreundeter Heilpraktiker hat ihr den Tipp gegeben).

Bevor die Symptomatik begann, hatte sie gerade ein stressiges erstes Semester hinter sich und dann am darauffolgenden Tag der Mutter (Allgemeinärztin) in der Praxis geholfen. Die Mutter habe später gemeint, dass die Beschwerden wohl »psychosomatisch« seien.

Der Stress, so Katja, ließe sich nicht vermeiden – ihre Mutter und ihre Familie bräuchten sie. Im Studium hätte sie den Präparationskurs und jetzt müsse sie das Pflegepraktikum machen ...

Momentan gehe es einigermaßen gut, aber wenn sie präpariert habe, hätte sie für mindestens zwei Tage wieder stärkere Schmerzen – wie zu Beginn. Dann in Ruhe ließen die Schmerzen wieder langsam nach.

T(herapeut) Was brauchen Sie, damit es heilen kann?

K(atja) *Zwei Monate Ruhe. Aber das geht nicht.*

T Warum nicht?

K *Studium, und zu Hause brauchen sie mich.*

T Was brauchen Sie, damit Sie sich die Ruhe zur Heilung nehmen können?

K *Meine Mutter braucht mich. Und der Hund, der Papagei ...*

T Ist es schön, so gebraucht zu werden?

K *Ja. Aber auch stressig. Ich weiß schon: Mit meiner Mutter ...*

T Können Sie Ihrer Mutter nicht vertrauen, dass sie es auch gut ohne Sie schaffen kann?

K *Die Familie ist mir sehr wichtig, sie bedeutet mir viel. Wir helfen uns gegenseitig.*

T Meinen Sie, dass Sie vielleicht mal mit Ihrer Mutter darüber reden können, dass Sie zur Heilung zwei Monate Ruhe brauchen? Sie scheint ja sehr verständnisvoll zu sein, wenn sie schon meint, dass Ihr Daumenschmerz vielleicht eine psychosomatische Reaktion sein könnte. (Katja guckt leicht hilfeschend in die Runde – so, als ginge das gar nicht.) Oder wollen Sie sich lieber operieren lassen?

K *Raten Sie mir, ich soll mich nicht operieren lassen und es noch mit Brennnesseln und Ruhe versuchen?*

T Ich will Ihnen jetzt diesbezüglich nichts raten, außer dass Sie sich die Zeit und Ruhe für Ihre Heilung nehmen, die Sie brauchen, so wie Sie es gesagt haben. Vielleicht möchte ich Ihnen empfehlen, einmal mit Ihrer Mutter darüber so offen zu sprechen, wie Sie es jetzt hier mit mir gemacht haben. Sie sehen m. E. alles sehr klar und treffend. Sie brauchen nur dementsprechend aktiv zu werden. Wie fühlt sich das für Sie an?

K *Ganz gut – mal sehen.*

Reflexion

Katja hat ein inneres Bild von dem, was für sie heilsam und stimmig wäre. Auf die Frage „Was brauchen Sie...?“ macht sie dies explizit: „Zwei Monate Ruhe.“ Für das Wahrnehmen der Unstimmigkeiten, dem Stress, die sie beschreibt, braucht sie ihren inneren Maßstab von dem, wie es

sein sollte. Das ist selbst bei der Wahrnehmung von Schmerz so: Die Aktivität der Nervenzellen weicht vom Soll-Zustand ab. Diese Inkohärenz nennen wir Schmerz. Dieser macht uns wie eine Warnlampe darauf aufmerksam, dass da irgendwas nicht stimmt. Diese Unstimmigkeit motiviert uns zum Handeln. Katja sucht Hilfe bei Ärztinnen, einem befreundeten Heilpraktiker und im Gespräch mit mir im Seminar. Hinterher bilanziert und reflektiert sie die Erfahrungen mit den Ratschlägen, um daraus für weitere Handlungsschritte zu lernen. War die Erfahrung heilsam? Also möglichst übereinstimmend mit ihrem Streben nach mehrdimensionaler Kohärenz? Das Gelernte fließt rekursiv in den nächsten Zyklus ein.

Vom Wahrnehmen zum Handeln zum Reflektieren und Lernen – ein Zyklus der Kohärenzregulation

Diese Abfolge von wahrnehmen-handeln-reflektieren/lernen betrifft nicht nur Schmerzen und andere physisch erlebte Abwendungsziele, sondern auch lust- und sinnvolle Ziele wie die Stoffwechselregulation, mitmenschliche Beziehungen (bei Katja ihre Beziehung zur Mutter und Familie), kulturelle Normen und Werte (bei Katja gerade ihre Berufsausbildung) wie auch globale und ethisch geistige Werte (s. Lebensdimensionen in der systemischen Psychologie wie in Abb. 2 aus: Petzold 2022a; Petzold 2012b). Wenn z.B. der Blutzuckerspiegel sich vom Soll-Wert entfernt, bekommen wir Hunger und sind motiviert, nach Nahrung zu suchen und zu essen. Dabei wird immer reflektiert, ob es schmeckt, genug ist, ob es einem bekommt, ob man sich gestärkt fühlt oder einem übel wird. Daraus wird für das nächste Mal gelernt, wenn man Hunger hat.

Ganz analog funktionieren die selbstregulatorischen Zyklen in Bezug auf soziale, kulturelle und geistige Bedürfnisse. So unterschiedlich die jeweiligen Annäherungs- oder Abwendungsziele individuell und situationsbezogen sein mögen, so scheint das allgemeinere abstrakte Ziel von Kohärenz im Inneren und Äußeren letztlich doch für alle Gültigkeit zu haben. Dabei erscheint eine exakte Beschreibung dieser Stimmigkeit nicht möglich – sie ist zu mehrdimensional komplex und dynamisch, komplexer als unsere Sprache, und wird zudem individuell unterschiedlich wahrgenommen und ist veränderlich. So gibt es so viele momentane subjektive Stimmigkeiten, wie es Menschen gibt – ganz analog, wie es derartig viele gesunde Entwicklungen gibt.

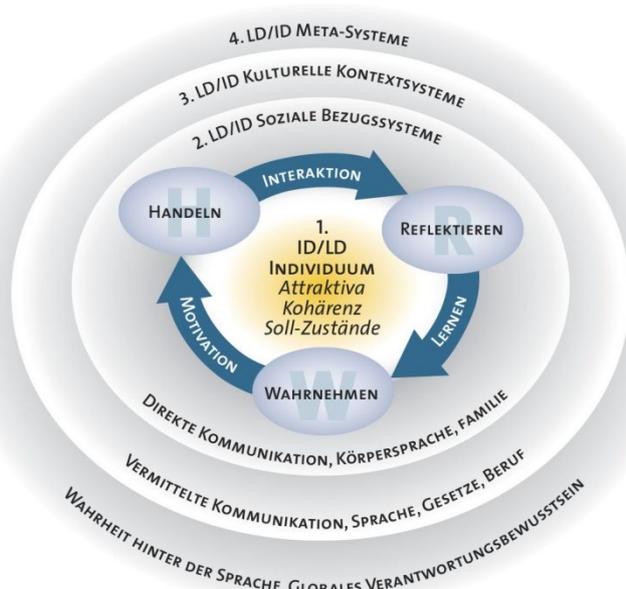


Abbildung 2: Kohärenzregulation in mehrdimensionaler Umgebung: Die hier ausgeführte Kohärenzregulation findet nicht isoliert statt, sondern in Wechselbeziehungen in einer mehrdimensionalen Umwelt. Für jede Lebensdimension hat der Mensch entsprechende Kommunikations- und Kooperationsweisen in seinen Ich-Dimensionen ausgebildet.

Wenn Klaus Grawe (2004) die „Konsistenzregulation“ als das „oberste oder pervasive Regulationsprinzip“ bezeichnet⁹, so bedeutet es genau dies: bei aller individueller und situativer (auch

att und durchzieht so sehr das ganze psychische n oder pervasiven Regulationsprinzip im

psychischen Geschehen zu sprechen.“

Grawe, Klaus: Neuropsychotherapie (2004) S. 190-191

Petzold: ZHH: Salutogene Kommunikation 13.12.2022

kollektiver) Unterschiedlichkeit strebt die Selbstregulation bei allen und beständig nach Stimmigkeit. Dies mag durchaus in einer chaotisch erscheinenden und nicht immer nachvollziehbaren Art und Weise geschehen (Haken & Schiepek 2005; Strunk & Schiepek 2006; Hansch & Haken 2006; Petzold 2012b, 2013a,b, 2022b).

Wenn ein Mensch ein Gefühl hat, von seinem Weg zur Annäherung an Stimmigkeit abgekommen zu sein, sucht er wieder nach dem Pfad seiner gesunden Entwicklung – ggf. auch mit Hilfe von Mitmenschen und Professionellen. Wenn er dann spürt, wieder auf seinen Weg der Annäherung zu kommen, empfindet er das als heilsame Erfahrung (s. Scott 2013).

Definition: **Ganzheit, Psyche und psychische Gesundheit**

Die *Ganzheit* eines Menschen ist die *attraktive Information des idealen, stimmigen Zusammenspiels*, der *Kohärenz* all seiner Anteile und Aspekte: Körper / Verhalten, Fühlen, Denken und Glauben.

Diese attraktive Information ist seine *Seele/Psyche*. Sie bewirkt durch *Attraktion*, dass das Ganze mehr ist als die Summe der Teile.

Diese ideale attraktive Information *Psyche/Seele*, kommuniziert über den *realen ganzen Menschen*, über seinen Körper, sein Fühlen, Denken und Glauben mit seiner *mehrdimensionalen Umgebung*. Die Psyche ist in *Resonanz* mit seiner materiellen, sozialen, kulturellen und geistigen Umgebung.

Die *psychische Gesundheit* eines Menschen ist seine Fähigkeit, seine *Bedürfnisse* in seiner mehrdimensionalen Umgebung *hinreichend befriedigend (für alle Beteiligten)* zu kommunizieren - körperlich, mitmenschlich, kulturell und geistig.

Patientinnen machen eine heilsame Erfahrung beim Therapeuten, wenn dieser sie in ihrer Kohärenzregulation ein Stück begleitet und/oder diese anregt. Das kann ihr Wahrnehmen, Handeln und/oder Reflektieren betreffen sowie das Zusammenspiel dieser selbstregulatorischen, prozessualen Fähigkeiten. Wichtig ist in jedem Fall, dass der Therapeut das attraktive Gesundheitsziel des Patienten teilt und ihn bei seiner Annäherung fördert. Auf diese Weise können krankheitsbezogene Therapien in einem übergeordneten Kontext von *Gesundheitsförderung* integriert werden, wie auch Pathogenese in einen Kontext von *Salutogenese* integriert werden kann.

Was ist die neuro-psychische Grundlage für diese Unterscheidungen von kränkend und gesundheitsfördernd? Und was befähigt uns, diese Qualitäten zu integrieren?

Motivationssysteme bestimmen die Art der Umweltbeziehung

In einer friedlich stimmigen Umgebung und ohne ein aktuell drängendes Bedürfnis können wir in *Vertrauen*¹⁰ und *Gelassenheit* tief entspannen und uns in unserer Haut und Umgebung *wohlfühlen*. Dann befinden wir uns im motivationalen Kohärenzmodus, zu dem wohl der vagale Tonus gehört (Porges 2010). Das Streben nach dieser Stimmigkeit, die Kohärenzmotivation, haben Neurowissenschaftlerinnen auch in grundlegenden Funktionen des Gehirns erkannt (Grawe 2004; Panksepp 2008; Fuchs 2010). Aus einer systemischen Sicht ist es das allgemeine Streben eines jeden Systems: das Streben nach seinem Zusammenhalt – in möglichstster Übereinstimmung mit seinen Übersystemen (Adaptation). Teilsysteme agieren im Sinne der Kohärenz ihres Übersystems („Agenten“ in der Komplexitätsforschung; s. Bircher 2019). Auf den Menschen bezogen erscheint es somit angemessen, von einer übergeordneten *Kohärenzmotivation* zu sprechen, die in einem übergeordneten neuro-motivationalen *Kohärenzsystem* repräsentiert ist. Dieses sorgt dann für einen

¹⁰ Aaron Antonovsky hat das Kohärenzgefühl (sense of coherence SOC) als eine „globale Orientierung, in der man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“ definiert (1997 S. 16; s.a. Petzold 2012a, 2022a).

ausgeglichenen Serotonin-Haushalt und hat ein Zentrum im Präfrontallappen PFC, wo u.a. Sinnhaftigkeit, Fairness und ein reflektiertes Selbst repräsentiert sind. Um immer wieder Kohärenz herzustellen, wird diese Kohärenz subjektiv als Ideal wahrgenommen (häufig als unbewusstes inneres Bild, innerer Maßstab) und eigene Aktivitäten werden darauf ausgerichtet. Dann haben wir ein Gefühl von stimmiger Aktivität.

Dem Kohärenzmodus können Gefühle wie (Ur-)Vertrauen, Stimmigkeit, Gelassenheit, Zufriedenheit, Freude, Dankbarkeit, Verbundenheit in allen Dimensionen, Sinnhaftigkeit u.Ä. zugeordnet werden. Aktivitäten wie Nichts-tun, Ruhen, Reflektieren, Kreativ-sein, Gemeinsamkeiten kultivieren (wie manche Rituale), Meditation, Achtsamkeit, Zuhören und sich Mitteilen, können in diesem Modus stattfinden und diesen aktivieren.

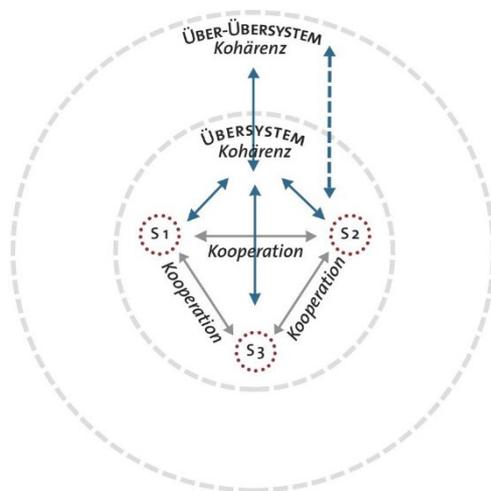


Abbildung 3: Die Kommunikation und Kooperation der Teilsysteme findet in der Kohärenz des Übersystems statt. Dadurch wird diese Kohärenz hergestellt und aufrechterhalten. Sie kann auch in Resonanz zu einem Über-Übersystem stattfinden und dann zur konstruktiven und kreativen Veränderung des Übersystems beitragen. Z. B. Kinder als Teilsysteme (hier: S1, S2 usw.) einer Familie (= Übersystem) kommunizieren und kooperieren unter der Maßgabe ihrer Eltern als Vertreter ihres Übersystems. Diese Maßgabe wie etwa Regeln sind ein Top-down-Aspekt der Kooperation, die Resonanz der Kinder darauf in ihrem Fühlen, Denken und Handeln ist der Bottom-up-Aspekt. Wenn die Kinder dann in der Schule und Ausbildung mit Regeln der Kultur in Resonanz gehen, gestalten sie die Kommunikation in der Familie mit. Das Wohl der Kinder ist also eingebettet in eine dynamische mehrdimensionale

Kommunikation.

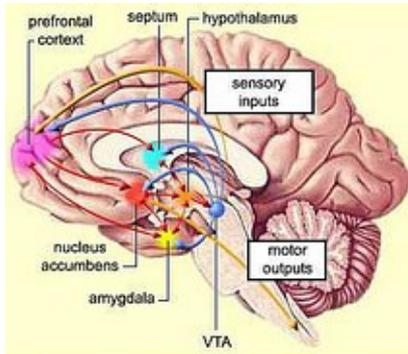
Kohärente = achtsame und faire Kooperation

Eine faire Kooperation kommt womöglich zustande und empfinden wir, wenn Kooperationspartnerinnen den gemeinsamen Gewinn über den individuellen stellen (vgl. Axelrod 2009). Das schafft Vertrauen. Wie man allgemein sagen kann, dass – auch seelische – Verletzungen durch unachtsame und unfaire Kooperation entstehen, so machen Menschen heilsame Erfahrungen durch faire und achtsame Kooperation. Faire und achtsame Kooperation ist nachhaltig aufbauend. Dabei sollten wir die vier Kriterien menschlicher Kooperation befolgen (Tomasello u. Karmann 2012), was für unsere therapeutischen Gespräche und Behandlungen bedeutet,

1. dass wir auf den Patienten eingehen, auf seine expliziten und impliziten Bedürfnisse und Anliegen wie seine attraktiven Gesundheitsziele. Dazu müssen er und wir diese wahrnehmen (s. SalKom®-GOALSETTING; s. Fußnote 5).
2. Aus diesen Zielen ergibt sich der Zweck und das Ziel der Kooperation. Dies wird – falls erforderlich – explizit gemacht (in der Arztpraxis sind diese oft implizit).
3. Dann werden die Rollen bei der Kooperation geklärt, ggf. abgesprochen.
4. Wenn einer seine Rolle nicht wie geplant erfüllen kann, hilft der andere ihm dabei.

Die Annäherungsmotivation

Wenn wir unbefriedigte physische und soziale Bedürfnisse nach Luft, Wasser und Nahrung sowie Mitmenschen spüren, bringt uns die Annäherungsmotivation in Bewegung. Diese Aktivität wird durch ein Gefühl von Lust verstärkt. Dazu dient das Dopamin gesteuerte sog. innere Belohnungssystem (Appetenz- oder Annäherungssystem; „Approach-system“ Elliot 2008).



- Appetenz
/Annäherungsziele**
(wie Verlockungen (CTRA))
- Lust
 - Genuss
 - Sinnlichkeit
 - Anerkennung bekommen
 - Probleme lösen

Drei motivationale Einstellungen und Ziele zur Annäherung an Gesundheit und Kohärenz

Kohärenzziele
(übergeordnet – oft langfristig und implizit (CTRA))

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

Für eine nachhaltige Kooperation braucht es Kohärenzziele.



**Aversions-
/Abwendungsziele**
(wie Warnlampen (CTRA))

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

(CTRA: Conserved Transcriptional Response to Adversity)

Tabelle 1: Drei motivationale Systeme und Einstellungen sorgen für Aktivitäten, Gefühle und Bewertungen und regulieren die Spannungen im Körper und den Stoffwechsel bis in die Genaktivitäten hinein.

In der Suchtforschung haben Berridge & Robinson (2016) diese Annäherungsmotivation „wanting“ genannt, die zu einem hedonistischen Suchtverhalten führen kann. Um nicht in einem Suchtmodus zu verbleiben, haben Menschen die übergeordnete motivationale Kohärenzfunktion, die uns einen angenehmen Geschmack wie auch andere Freude anzeigt und gleichzeitig einen Verzicht auf ein Lusterleben zum Wohle des ganzen Menschen und seiner Beziehungen ermöglicht. Diese Bewertung als „pleasure“ hat eine motivationale Funktion und wurde „liking“ genannt. Sie hat das Wohlbefinden des Gesamtorganismus im Blick. Dieses „liking“ hat bei manifest Süchtigen keine handlungsrelevanten Konsequenzen mehr, weil das „wanting“ die Motivation beherrscht.

Die Annäherungsmotivation ist verknüpft mit dem dopaminergen Belohnungssystem mit einem sog. Lustzentrum im Nucleus Accumbens (neuro-motivationale *Annäherungssystem*). Früher dachte man (und heute finden wir es immer noch häufig (s. Bauer 2021)), dass die oben beschriebene Kohärenzfunktion ein Teil des Annäherungssystems sei. Inzwischen kann man allerdings davon ausgehen, dass es unterschiedliche, aber funktionell sehr nah miteinander verknüpfte Motivationssysteme sind (Panksepp 2008; Berridge & Robinson 2015). Zur Annäherung an attraktive Ziele kommen beide in Funktion, das dopaminerge System mehr bei den kurzfristigen lustvollen Zielen, das übergeordnete Kohärenzsystem bei längerfristigen Zielen, die nicht selten auch Entbehrung erfordern, um letztlich ganzheitliche Freude zu erlangen.

heraus angebracht zu sein, von diesen drei großen Kategorien von Motivationen wie Bewegungsrichtungen auszugehen.

Verletzungen entstehen in Täter-Opfer-Interaktionen – daraus kann ein Beziehungsmuster entstehen

Wie bei Herrn Kinzig in seinem Judo-Länderkampf er zunächst Opfer eines „unfairen Trittes“ und dann zum Täter einer Wirbelsäulenverletzung wurde, bildet sich durch eine erfahrene Verletzung ein Interaktions- und Beziehungsmuster. Der Sinn einer Racheaktion besteht darin, dass der Täter daran gehindert werden soll, wiederholt jemanden zu verletzen. Das ist noch heute der Zweck von Schuldzuweisungen, Vorwürfen und Strafen. Der Unterschied ist, dass Racheakte aus einer Selbstjustiz heraus vorgenommen werden, während heute explizite Strafen von einem Richter „im Namen des Volkes“ bzw. der Weltgemeinschaft entschieden werden sollten. Das Interaktionsmuster ist in beiden Fällen ähnlich und gleichzeitig unterschiedlich: bei Racheakten wie bei Herrn Kinzig als Kind wurde der ursprüngliche Täter durch eine Verletzung ganz direkt im ungeplanten und unkontrollierten Affekt des Opfers selbst zum Opfer; bei Bestrafungen wird der Täter indirekt über die kulturelle Instanz Gericht mit einer abgewogenen und kontrollierten Strafe zum Opfer gemacht. Im ersten Falle brauchte es die physische Stärke und Macht des primär Verletzten (Opfers), damit die Tat *gerächt* werden konnte, im zweiten Falle hat der Staat die Machtposition, um über den Täter zu richten und ihn durch eine *gerechte* Strafe zum Opfer zu machen. Ob wir gerächt mit ä oder mit e schreiben, macht den Unterschied zwischen Selbstjustiz und institutionalisierter Justiz.

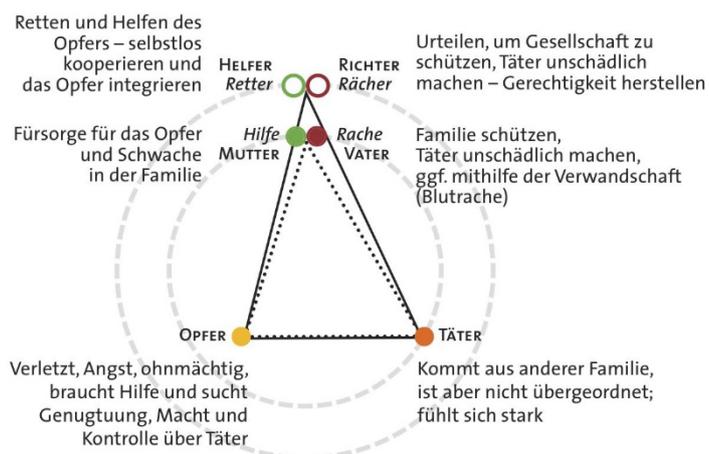


Abbildung 5: Die Rollen im kulturellen Macht-Opfer-Dreieck haben sich aus Funktionen entwickelt, die Eltern im Familiensystem ausüben, um Fürsorge und Schutz von Schwächeren und Kooperationen zu gewähren sowie Rache und Selbstjustiz des körperlich Stärkeren zu überwinden. Der innere Kreis steht für Familie, der äußere für Kultur.

In der sozialen Lebensdimension (s. Abb. 2), wo Menschen überwiegend direkt und nonverbal kommunizieren, übernehmen ursprünglich die Eltern (und Verwandtschaft) die Racheakte

(Blutrache), und dabei häufiger der Vater und andere männliche Mitglieder der Familie (wenn der Verletzte sich nicht selbst rächen kann, weil er schwächer als der Täter ist). Die Mutter und die weiblichen Mitglieder der Familie übernehmen häufiger die Fürsorge für das verletzte und bedrohte Opfer. Allerdings sind diese Rollen von Rächer und Retter in ihrem evolutionären sozialen Ursprung nicht strikt voneinander getrennt. Sie sind in Resonanz zur Kohärenz des Übersystems (s.o. Abb. 5). So liegen sie auch heute noch gefühlt und auch in den pathogenetischen Denkmustern ganz nahe beieinander. So sucht der Arzt als Retter eines Opfers einen Verursacher nicht nur bei einer Verletzung, sondern auch bei anderen Krankheiten. Er benennt Krankheitserreger wie Bakterien und Viren, eine „böartige Geschwulst“ und andere mehr. Diese bösen Ursachen müssen dann bekämpft werden. In diesem Denkmuster der pathogenetisch orientierten Medizin können wir unschwer das *Denkmuster* der Richter und Rächer wiedererkennen: Die Diagnose betrifft die stattgefundene Verletzung und deren Verursacher. Mit der Behandlung (wie z.B. Antibiose, Operation, Chemotherapie) soll der Täter im Körper des Patienten unschädlich gemacht werden. Der Patient wird damit zum Kampfschauplatz des Arztes gegen die Krankheit(sursache) (s. Petzold 2022a).

Lernen aus dem Macht-Opfer-Beziehungsmuster

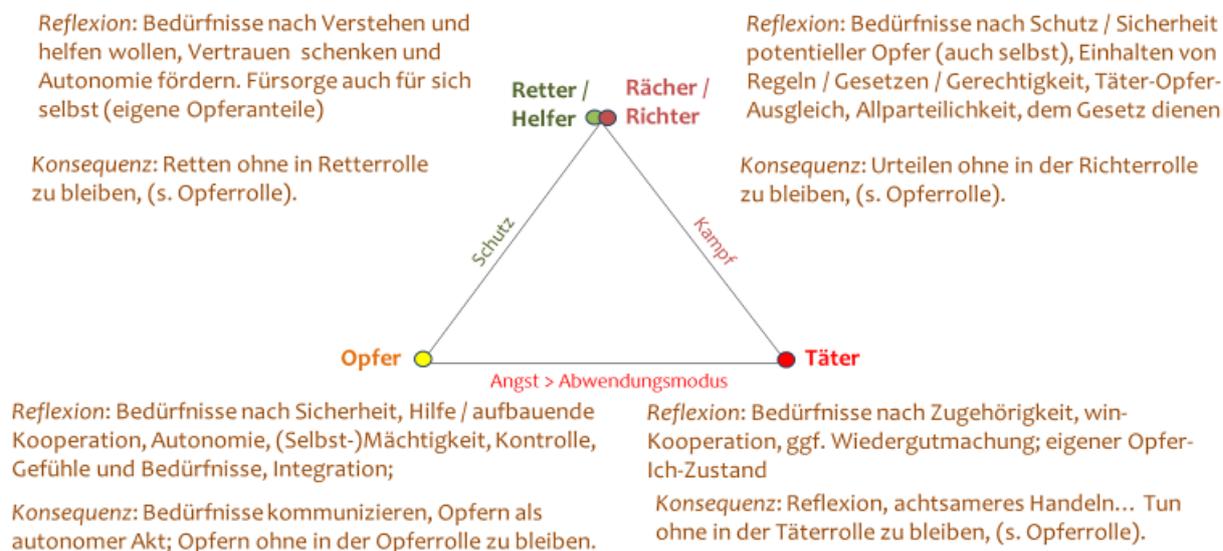


Abb. 6: In jeder Rolle in diesem Interaktionsmuster hat der Mensch charakteristische Gefühle und Bedürfnisse. Davon sind hier die Bedürfnisse und Konsequenzen angeführt, die zur Lösung aus dem Muster beitragen können. In jeder Rolle sollte jeder seinen Opfer-Ich-Zustand integrieren: siehe ‚Konsequenz‘ des Opfers.

Da alle Rollen in diesem Interaktionsmuster dem Abwenden einer Bedrohung gelten, agieren die Beteiligten im Abwendungsmodus, also im Stress. Wenn dieser jeweils akut bleibt, sind es Herausforderungen, an denen Menschen wachsen oder auch leiden können. Wenn es allerdings

nicht gelingt, die Bedrohung abzuwenden (wie bei einem Trauma), bleibt sie – zumindest gefühlt – bestehen (PTBS). Dann bleibt das Abwendungssystem aktiv, zumindest in Hab-Acht-Stellung. Dann ist der Organismus in einer chronischen Disstresslage mit den oben angeführten hormonellen und Gen-Aktivitäten. So finden wir insbesondere bei Menschen mit Krebs und anderen sog. chronischen Erkrankungen häufig ein Gefühl, Opfer in einer ausgeweglosen Situation zu sein – sowohl in Bezug auf die Erkrankung als auch auf andere vorangegangene biografische Situationen.

Fragen zur Anregung der individuellen Selbstregulation bei Opfererfahrung

Selbstwahrnehmung: Gibt es Emotionen? Bedürfnisse? Was tut gut? Nicht gut?

‚Worst case‘: Was ist Ihre schlimmste Angst?

Gab es eine ähnliche Angst / Ohnmacht / Verletztheit schon früher in Ihrem Leben? In Ihrer Familie?

Was brauchen Sie angesichts dieser Angst / Ohnmacht? Um ein Gefühl von Geborgenheit / Sicherheit / Vertrauen zu finden?

Wer oder was kann Ihnen helfen?

Welche anregenden / lust- / sinnvollen Erfahrungen und Ziele haben Sie?

Was können und wollen Sie für Ihr nachhaltiges Wohlbefinden tun?

Wer unterstützt Sie? Mit wem haben Sie Freude? Was macht Sinn?

Wie wir im Beispiel des Judokampfes von Herrn Kinzig gesehen haben und wie es der Transaktionsanalytiker P. Karpman schon in den 1960er Jahren mit dem sog. Dramadreiseck beschrieben hat, können die Rollen in diesem Interaktionsmuster fließend wechseln. Wenn ein

Patient als gefühltes Opfer den Behandler (=Retter) für die unerwünschten Arzneimittelwirkungen UAW des verschriebenen Medikaments verantwortlich macht, sieht er diesen als Täter und verhält sich als Richter. Dadurch versucht er gefühlt, aus seiner Opferrolle rauszukommen und auch andere Patientinnen vor den UAW zu schützen. Dadurch wird der ehemals als Retter Agierende durch die Schuldzuweisung zum Opfer gemacht (besonders fühlt sich der Arzt als Opfer, wenn der Patient seine Kritik in der Öffentlichkeit vorbringt, wie z.B. im Internet).

Gerade in den letzten Jahren während des ‚Krieges‘ gegen das Corona-Virus und jetzt bezüglich des Angriffskrieges auf die Ukraine mussten wir die Dynamik dieses Kommunikationsmusters im motivationalen Abwendungsmodus in der medialen Rhetorik und den angesprochenen Emotionen sehr verbreitet erleben. Wie können wir aus dem Dilemma und der Eskalation des Macht-Opfer-Dreiecksmusters heilsam aussteigen?

Heilsame Erfahrungen im Dialog

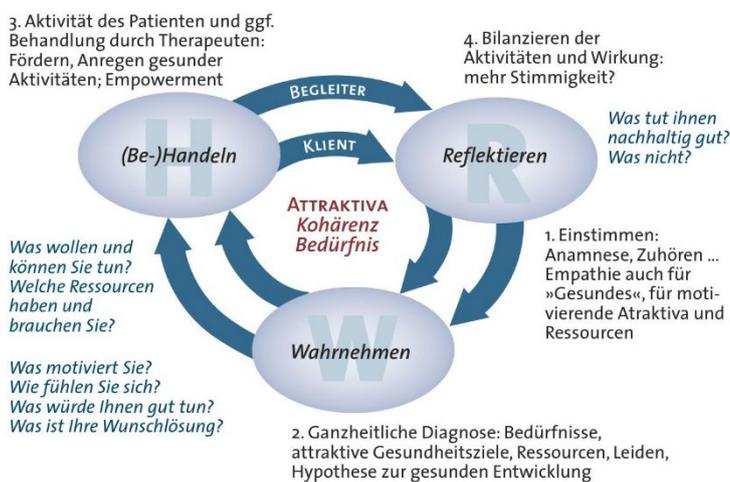


Abbildung 7: Berater zur Anregung der Kohärenzregulation des Klienten.

Ganz allgemein können wir aus der Eigendynamik dieses Interaktionsmusters aussteigen, indem jeder sich auf seine und wir uns auf unsere Bedürfnisse nach achtsamer und fairer Kooperation besinnen und diese mit Nachdruck und Stärke mitteilen. Dazu gehört auch das Reflektieren und Mitteilen der eigenen Verletztheit, Schutzbedürftigkeit und der gewünschten Schutzmaßnahmen. In unseren Gesundheitsberufen gehört es dazu, dass wir eine gute Selbstfürsorge

auch für unsere eigenen Opfer-Ich-Zustände praktizieren. Diese sind es nämlich, die uns leicht dazu bringen, in die Dynamik der Rollen im Macht-Opfer-Dreieck einzusteigen. Schon Hippokrates hat in seinem Eid mit „Nicht schädigen!“ vor dieser Gefahr in der Retterrolle gewarnt, die offensichtlich schon damals erkannt wurde.

Herr Kinzig konnte in seinem Gespräch und dem anschließenden Salutogenen Reflektierenden Team reflektieren, dass seine Tendenz, mit Rache auf Unfairness und Ungerechtigkeit zu reagieren, einen systemischen Ursprung in seiner Vaterbeziehung hatte, der viel Ungerechtigkeit erfahren hatte, sich aber nicht wehren konnte. Mit dieser Reflexion konnte sich Herr Kinzig ein Stück weit von den Ungerechtigkeiten distanzieren, die sein Vater erlebt hatte. Am Schluss des Gesprächs hatte er auch einen Vorschlag, welchen Wunsch er einem Kollegen gegenüber äußern könnte, der sich häufig unfair verhielt.

In dem kurzen Gespräch mit Katja vor ihren Kommilitoninnen konnte sie in Kontakt mit ihrer Eigenkompetenz kommen und wahrnehmen, dass sie eine innere Instanz hat, eine „innere Ärztin“ in ihrem Kohärenzsystem. Diese konnte ihr sagen, was sie zur Heilung braucht – um aus dem Dilemma einer scheinbaren Ausweglosigkeit von sich widersprechenden Verpflichtungen und Wünschen auszusteigen. Durch Bewusstwerden ihrer Wünsche in Bezug zu mehreren Lebensdimensionen kann sie ihre Bedürfnisse in ihrem Kohärenzmodus für sich zunehmend stimmig ordnen und integrieren.

Sie bekommt eine fühlbare Vorstellung (ein inneres Bild) davon, wie sie die eine oder andere Kooperation aktiv mitgestalten kann und nicht mehr Opfer ist.

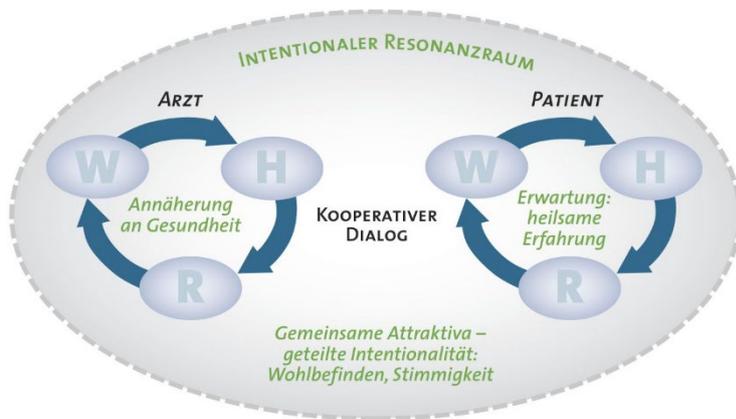


Abbildung 8: Intentionaler Resonanzraum. Durch eine gemeinsame Intentionalität wird so etwas wie ein gemeinsamer Resonanzraum gebildet, in dem Kokreativität stattfinden kann. Die Attraktiva der beiden Kooperationspartnerinnen sind nicht identisch, passen aber zusammen. Abkürzungen: W: Wahrnehmen, H: Handeln, R: Reflektieren; in der Mitte stehen die Attraktiva (vgl. Petzold 2013c, 2015, 2022a,b).

Ein extremes Fallbeispiel aus der Psychosomatik zum pathogenen Macht-Opfer-Muster und einem heilsamen Ausweg sei hier zum Schluss noch wiedergegeben.

Fallbeispiel Frau Vogt

Frau Vogt ist mit 44 Jahren an einem seltenen Scheidenkrebs erkrankt. Als Zehnjährige war sie von ihrem damaligen Lehrer sexuell missbraucht worden. In den vier Jahren nach Diagnosestellung wurde sie siebenmal wegen Rezidiven bzw. unvollständiger Entfernung des Krebses operiert. Nach der siebten Operation suchte sie nach weiteren, neuen Möglichkeiten, um den Genesungsverlauf positiv zu beeinflussen – regelmäßiger Sport und Entspannung gehörten schon seit Langem zu ihrem Tagesablauf. Jetzt kam sie als Klientin zu einem supervidierten Gespräch an einem Supervisionswochenende vor einer Gruppe im Rahmen der Ausbildung in Salutogener Kommunikation. Sie berichtete von ihrem – für die ganze Gruppe schockierenden – Missbrauchstrauma, in dem sie ein wehrloses Opfer ihres Lehrers ohne Ausweg geworden war. Die aktuelle Krebserkrankung an dem Organ, an dem die Verletzung stattgefunden hat, erschien uns als Auswirkung des damaligen Missbrauchs. Als ob der Körper 30 Jahre nach dem Übergriff nun zeigte, dass er sich damals und bis jetzt nicht erfolgreich genug gegen den Lehrer wehren konnte und noch keinen Frieden gefunden hatte.

Dabei hatte sie als Jugendliche, sechs Jahre nach dem Missbrauch, bei dem Lehrer ein Haushaltspraktikum absolviert, was durch die kümmern-und-anschießen Reaktion (»tend-and-befriend« s. Taylor 2012) verstehbar wird. In dieser Zeit hat sie sich allerdings erfolgreich gegen Übergriffe des Lehrers gewehrt. Aber innerlich schien sie im Stressmodus geblieben zu sein. Sie wurde Krankenschwester und hat viel und besonders gut im Notdienst gearbeitet, mit einer besonderen Sensitivität für Menschen, die dringend Hilfe brauchten.

In der Folge dieses vertrauensvoll öffnenden Gesprächs verarbeitete sie ihre traumatische Erfahrung auf verschiedene Weisen, die ihren Kohärenzmodus aktivierten. Das Wichtigste für sie war zunächst das Brechen des Schweigens um den Missbrauch. Dabei konnte sie zunehmend Vertrauen in mitmenschliche Beziehungen entfalten.

Wenn sie an den Missbrauch dachte, fühlte sie sich häufig auch schuldig, weil sie nicht eher und intensiver versucht hat, den Lehrer mithilfe von Gerichten unschädlich zu machen.

Wir haben den Lehrer schriftlich zu einem Gespräch eingeladen, sodass er die Möglichkeit gehabt hätte, die Täter-Opfer-Beziehung im Sinne eines Täter-Opfer-Ausgleichs kommunikativ zu lösen. Er hatte daraufhin jede Schuld weit von sich gewiesen. Sie suchte dann eine Rechtsanwältin auf, die herausfand, dass das Vergehen zwar strafrechtlich verjährt sei, aber disziplinarisch in der Schulbehörde nicht. So konnte dort ein Verfahren eingeleitet werden, das inzwischen zu einer Verurteilung des Lehrers und damit zu einem Stück Gere(ä)chtigkeit geführt hat (Vertrauen in kulturelle Institutionen).

Frau Vogt begann in der Zeit der Verarbeitung auch zu malen und ihre Gefühle gestalterisch auf die Leinwand zu bringen (Kreativität findet im Kohärenzmodus statt und regt diesen an).

In unseren Gesprächen, auch zur Vorbereitung des Disziplinarverfahrens, war immer wieder Thema, ob und wie sie sich geborgen und sicher fühlen kann – auch bei dem Gedanken an den Lehrer und einer eventuellen Begegnung. Es hat einige Zeit gedauert, bis sie sich das vorstellen konnte.

Sie hat gelernt, ihre Emotionen und andere Gefühle sowie die dahinterliegenden Bedürfnisse angemessen wichtig zu nehmen, in ihrem Kohärenzmodus zu integrieren und hinreichend befriedigend zu kommunizieren und sich am tiefsten Punkt ihres Leides geborgen und sicher zu fühlen.

All diese heilsamen Erfahrungen von menschlicher Kooperation haben wohl zu ihrer gesunden Entwicklung beigetragen, sodass sie heute nach sechs Jahren Rezidivfreiheit sagen kann, dass es ihr gut geht. Ihr entscheidender Schritt war, dass sie in einer Situation von gefühlter Ausweglosigkeit nach neuen Möglichkeiten der Aktivität, auch nach einer Hilfe in einer neuen Orientierung gesucht und Unterstützung in einer vertrauensvollen, dialogisch aufbauenden Kooperation in der salutogenen Kommunikation gefunden hat.

Resümee

Heilsam sind Erfahrungen, wenn sie in Richtung Stimmigkeit weisen, womöglich auch gerade an jenem inneren Punkt (Ich-Zustand, Ego-state), wo der Patient sich in seiner tiefsten Erfahrung, im ursprünglichen Zusammenhang, verletzt und unstimmig fühlt. In diesem ursprünglichen Zusammenhang seines Leidens suchen wir gemeinsam nach einer achtsamen, fairen und aufbauenden Kooperation im Kohärenzmodus.

Leitende Fragen im Hintergrund	
<i>Pathogenetische Orientierung</i>	<i>Salutogenetische Orientierung</i>
1. Was ist krank am Patienten (Diagnose)?	1. Was ist o.k., gesund stimmig am Patienten (Gesundheitsziele und Ressourcen)?
2. Was ist die Ursache der Krankheit?	2. Was will und kann er (und wir) tun, damit es ihm besser geht?
3. Wie können wir die Krankheit bekämpfen bzw. wie müssen wir mit ihr umgehen?	

Schon vor über 50 Jahren hatte der weltbekannte Psychoonkologe Lawrence LeShan davon berichtet, dass eine tiefgreifende Umorientierung der unsere therapeutische Aufmerksamkeit lenkenden Fragen von Pathogenese in Richtung Gesundheit einen großen heilsamen Einfluss auf viele Krebspatientinnen hatte (s. Textfeld) (LeShan 1989, LeShan & Büntig 2010). Heute können wir dies neuropsychologisch verstehen und

begründen. Es ist die Orientierung, die zu einer heilsamen Kooperation führt. Es wird Zeit, dass wir es in der Medizin und Therapie allgemein umsetzen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Axelrod, R. (2009). *Die Evolution der Kooperation*. München: Oldenbourg.
- Bauer, J. (2021). *Das empathische Gen*. Freiburg: Herder.
- Berridge, K. & Robinson, T. (2016). Liking, Wanting and the Incentive-Sensitization Theory of Addiction. In: *Am Psychol.* 2016 November; 71(8): 670–679. doi:10.1037/amp0000059.
- Bircher, J. (2019). *Die verlorene Hälfte der Medizin*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Cole, S. (2019). The Conserved Transcriptional Response to Adversity. *Current Opinion in Behavioral Science* 28: 31-37. doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.01.008.
- De Shazer, S. (2014). *Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ebell, H. (2017). Hypno-Therapeutische Kommunikation: Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin («Resonance Based Medicine»). In: *Hypnose-ZHH*, 12 (1+2), S. 173–202.
- Elliot, A.J. (Ed.) (2008). *Handbook of approach and avoidance motivation*. New York: Psychology Press.
- Emmerling, P. (2015). *Ärztliche Kommunikation*. Stuttgart: Schattauer.
- Foerster, H.v. (2004). Systemik oder: Zusammenhänge sehen. In: Mutius v. B (Hrsg.), *Die andere Intelligenz*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fredrickson, B.L. & Cole, S. (2015). Psychological Well-Being and the Human Conserved Transcriptional. *PLoS One*. Doi: 10.1371/journal.pone.0121839.
- Fuchs, T. (2010). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Füllsack, M. (2011). *Gleichzeitige Ungleichzeitigkeiten. Eine Einführung in die Komplexitätsforschung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Gadamer, H. G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Haken, H. & Schiepek G. (2005). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Hansch, D. & Haken, H. (2016). Synergetik in Hirnforschung, Psychologie und Psychotherapie. In: Petzer T u. Steiner S (Hrsg.): *Synergie*. Paderborn: Wilhelm Fink, S. 365–388.
- Hansen, E., Zech, N., Melssner, K. (2017). Placebo und Nocebo. Wie einsetzen bzw. vermeiden? In: *Internist* 2017 · 58:1102–1110; DOI 10.1007/s00108-017-0294-0
- Harrer, M. E. & Ebell, H. (2021). *Hypnose und Achtsamkeit in der Psychoonkologie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Karpman, S.: *Drama triangle*. <https://karpmandramatriangle.com/> (letztmalig abgerufen 10.01.21).
- Knoch, D. et al (2006). Diminishing Reciprocal Fairness by Disrupting the Right Prefrontal Cortex. In: *Science* 314 (5800): 829–32 DOI: 10.1126/science.1129156.
- Kriz, J. (2017). *Subjekt und Lebenswelt. Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LeShan, L. (1989). *Diagnose Krebs: Wendepunkt und Neubeginn*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- LeShan, L. & Büntig, W. (2010). *Die Melodie des eigenen Lebens finden*. Interview auf DVD. Müllheim: Auditorium.
- Locke, E & Latham, G. (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.
- 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.
- Petzold, T. D. (2000). *Resonanzebenen – Zur Evolution der Selbstorganisation*. Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung.
- Petzold, T. D. (2012a). Urvertrauen, Misstrauen und Vertrauen. In: Petzold T D (Hrg.), *Vertrauensbuch – zur Salutogenese*. Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung, S. 15–26.

- Petzold, T. D. (2012b). The Basics of Systemic Coherence Regulation – A Discourse on a Dynamic and Systemic Approach to Salutogenesis. In: Exploring Mental Health: Theoretical and Empirical Discourses on Salutogenesis. Lengerich: Pabst Publishers, S. 157–176.
- Petzold, T. D. (2013a). Errors, communication and a learning feedback-loop for development. Presentation on international conference in Ascona Switzerland: COME Communicating Medical Errors. www.salutogenesezentrum.de.
- Petzold, T. D. (2013b). Salutogene Kommunikation und Selbstregulation. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 26. Jahrgang, Heft 2/2013 (92), S. 131–145.
- Petzold, T. D. (2013c). Stimmigkeit im therapeutischen Resonanzraum. In: Der Mensch, 47, 2/2013, S. 48–51.
- Petzold, T. D. (2014). Gesundheit ist ansteckend – Praxisbuch Salutogenese. München: Irisiana.
- Petzold, T. D. (2015). Für eine gute Arzt-Patient-Kooperation ist die gemeinsame Intentionalität entscheidend. Zeitschrift für Allgemeinmedizin Z.Allg.Med.10: 6–10.
- Petzold, T. D. (2022a). Drei entscheidende Fragen – Salutogene Kommunikation zur gesunden Entwicklung. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung
- Petzold, T. D. (2022b). Schöpferisch kommunizieren – Aufbruch in eine neue Dimension des Denkens. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung; 2. Auflg.
- Petzold, T. D. & 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.
- Petzold, T. D. & Lehmann, N. (2011 d). Salutogenesis, globalization, and communication. In: Special Issue of International Review of Psychiatry Dec 2011, Vol. 23, No. 6, S. 565–575, <http://informahealthcare.com/eprint/2tBKJEewTtXWMAcREfxs/full>.
- Petzold, T. D. & Siegel, M. (2019). Wie spielen Subjekt, Attraktor und Zukunft zusammen? In: Der Mensch, 2019: Heft 58: S. 34–37.
- Porges, S.W. (2010). Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Rollnick, S. & Miller, W. R. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Roth, G. (2019). Warum es so schwierig ist, sich und andere zu verändern. Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schiepek, G. (Hrsg.)(2004). Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schubert, C. (2015). Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- 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.
- Strunk, G. & Schiepek, G. (2006). Systemische Psychologie. Eine Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens. München: Elsevier – Spektrum.
- Taylor, S. (2012). Tend and Befriend Theory. In: Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 1; Chapter 2; DOI:<https://dx.doi.org/10.4135/9781446249215.n3>
- Tomasello, M. (2010). Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp.
- Tomasello, M. & Hamann, K. (2012). Kooperation bei Kleinkindern. https://www.mpg.de/4658054/Kooperation_bei_Kleinkindern. (Abruf 10.02.2016)
- Vohs, K.D. & Baumeister, R.F. (eds.)(2011). Handbook of Self-Regulation. 2nd Ed., New York: Guilford Press.