

Salutogene Kommunikation

zur Anregung der Selbstheilungsfähigkeit bei langwieriger Erkrankung

Theodor Dierk Petzold

Gesundheit entsteht in kommunikativer Kohärenzregulation. Salutogene Kommunikation ist ein dialogisches Annäherungsverfahren an Gesundheit.

Für die Entfaltung eines Dialogs erscheint die Intention der Dialogpartner maßgeblich. Was ist das Motiv des Patienten/Klienten? Was ist das Motiv des Arztes/Beraters? In aller Regel sucht ein Patient gesunde Entwicklung, Wohlbefinden und Stimmigkeit. Und der Arzt soll und will ihm dabei helfen – so besteht eine gemeinsam geteilte salutogene Intention. Das ist eine gute Voraussetzung für einen gelingenden salutogenen Dialog.

Problematisch wird es, wenn der Arzt als prioritäres ein anderes Motiv für seine Arbeit hat, wie z.B. viel Geld verdienen oder für seinen Auftraggeber Geld sparen, jemandem besonders gefallen wollen, Fehler vermeiden wollen,

¹ Im Weiteren spreche ich nur von Patient und Arzt – selbstverständlich sind damit auch die weiblichen Vertreterinnen gemeint und ebenso KlientInnen, BeraterInnen, ÄrztInnen, TherapeutInnen u.Ä.

die bestraft werden könnten u.a.m. Derartige Motivationen (wenn sie vorran-
gig sind) führen im Dialog sehr oft zum Aneinander-vorbeireden, zu Miss-
verständnissen, Fehleinschätzungen, einseitigen Entscheidungen bis hin zu
Schädigungen.

Für einen salutogenen Dialog gehe ich hier von einer gemeinsam geteilten
Intention in Richtung Gesundheit und Stimmigkeit aus. Was das konkret im
jeweiligen Einzelfall bedeutet, muss oft im Gespräch geklärt werden. Der Arzt
will dem Wohl des Patienten dienen – soweit es mit seinem Wissen und Ge-
wissen vereinbar ist. Um sich diesem >Attraktor< (ein Begriff aus der Chaos-
forschung, s.a. Petzold 2000c, 2007a, 2010), dem Wohl des Patienten, anzu-
nähern, bilden Patient und Arzt ein gemeinsames dialogisch kooperierendes
System (s. Abb. 1).

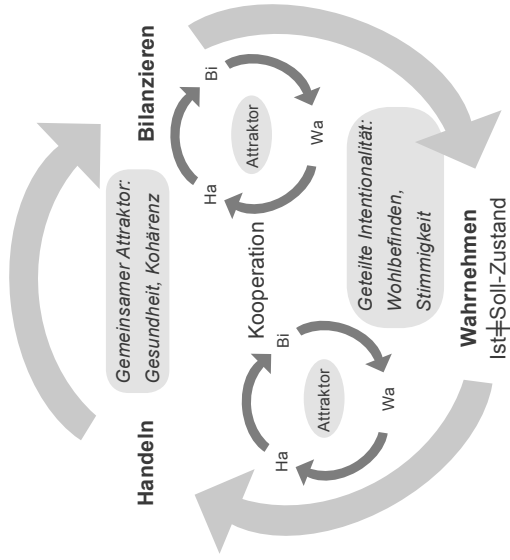


Abb. 1: Kooperation mit gemeinsamer Intention

1. Phase des Dialogs: Einstimmen

So beginnt ein salutogener Dialog damit, dass der Arzt sich auf die (auch im-
pliziten) Gesundheitsziele des Patienten einstimmt (s. Abb. 2). Dies kann er
am besten durch Zuhören und Zuschauen, wenn der Patient von sich erzählt,
von seinen Leiden, Beschwerden und Problemen; in welchem Zusammen-
hang diese angefangen haben und auftreten sowie wann sie besser werden und
er sich wohl fühlt und was er ggf. dazu beiträgt.

Das Kunststück des salutogenetisch orientierten Arztes besteht darin, hin-
ter all dem geklagten Leid und den Problemen die attraktiven Ziele und sa-
lutogenen Ressourcen des Patienten wahrzunehmen, zu hören, zu sehen, zu sa-
fühlen oder zu ahnen. Nicht selten können wir das, was gesund ist, nur ah-
nen, das was hinter dem Problem stimmig ist und wie eine stimmige Lösung

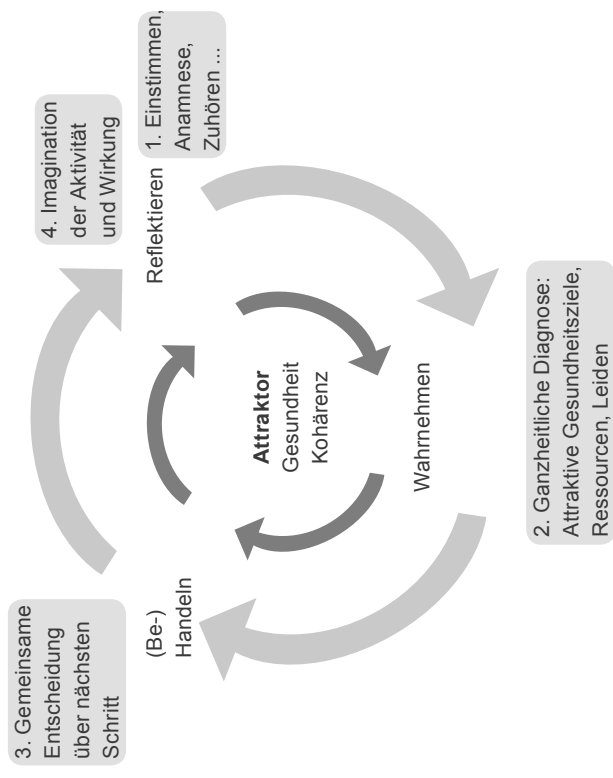


Abb. 2: Patient und begleitender Helfer im Dialog

des Problems aussehen könnte – wo der Keim der gesunden Entwicklung zur Lösung des Problems schlummert. Hier entstehen beim Berater in Resonanz Keime von Hypothesen für gesunde Entwicklung.

Zum Beispiel richtet sich meine Aufmerksamkeit auf grundlegende Bedürfnisse und Anliegen eines Patienten während er von seinem Asthma berichtet. Was möchte er gerne tun, bevor die Luftnot verstärkt auftritt? Welche emotionalen Bedürfnisse hat er in derartigen Momenten und auch sonst? Zeigen seine Mimik und sein Augenausdruck Bedürfnisse? Oder der Tonfall seiner Stimme? Wenn ich z.B. meine, Angst in seinen Augen zu sehen, denke ich, dass er das Bedürfnis nach Sicherheit und/oder Vertrauen hat. Je nach Gelegenheit frage ich ihn dann in diese Richtung, z.B. nach Einzelheiten in der Situation, nach dem Gefühl von Bedroht-sein und seinen Bedürfnissen. Wenn für ihn das Bedürfnis nach Sicherheit oder Vertrauen-können präsent ist, frage ich ihn, was er tun kann oder von jemandem anderen braucht, um sich sicher zu fühlen oder seinem Gegenüber (wieder) vertrauen zu können (dies ist schon die 2. und 3. Phase des Dialogs). So kommen wir im Gespräch vom motivationalen Abwendungsmodus (der die Aufmerksamkeit gegen die Bedrohung richtet) in den Annäherungsmodus (der ein positives, attraktives Ziel verfolgt (s.u.)), der basal wichtig für die Besserung bei langwierigen Erkrankungen zu sein scheint. Aus dem Annäherungsmodus als Basis können sowohl ein klares >Ja.< und Wünsche und Bitten bewusst und ausgedrückt werden als auch ein sinnvoller Einsatz des Abwendungsmoduls, also auch eines klaren >Nein!<.

In der salutogenen Kommunikation gehen wir somit mit einer gänzlich anderen Haltung und Orientierung in den Kontakt mit dem Patienten als es ansonsten in der Medizin zurzeit üblich ist. Normalerweise haben Mediziner und andere Therapeuten drei grundlegende Fragen im Hinterkopf, die ihr Vorgehen leiten (vgl. auch LeShan 1982, 1989, 2010):

- Was ist die Störung, die Krankheits-Diagnose?
- Was ist ihre Ursache?
- Wie können wir die Krankheit beseitigen bzw. mit ihr umgehen?

Dies ist die übliche pathogenetisch orientierte Vorgehensweise, die bei manchen Erkrankungen erfolgreich ist – besonders bei akuten und Erkrankungen

mit scheinbar einfacher Ursache, aber selten bei langwierigen und komplexeren Erkrankungen. Hinter diesen Fragen steht implizit die Annahme (der Glaube) dass der Patient wieder gesund wird, wenn man nur die Krankheit ausreichend bekämpft (*Antibiotika, Antihypertonika, Antidepressiva* usw.).

Allerdings ist bei dieser Orientierung die explizite Motivation eine andere als die Suche des Patienten nach Gesundheit. Deshalb ist hier schon ein Grund gegeben, der für viele Missverständnisse in der Arzt-Patient-Kommunikation verantwortlich ist (s. Petzold 2004, 2005, 2006, 2007d, 2009a, 2011a). Wenn der Arzt nach einer Differentialdiagnose sucht (um die >richtige< Diagnose zu stellen), die aber für die Therapie recht irrelevant ist (z.B. die >Ursache< einer unkomplizierten Lumbalgie (Rückenschmerz)), lässt er möglicherweise Röntgen und fügt so dem Patienten eine unnötige Strahlenbelastung zu und erhöht damit sein Risiko, an Krebs zu erkranken. Dabei sucht der Patient nach Möglichkeiten, wie er sich wieder freier bewegen kann.

In der salutogenetischen Orientierung, die davon ausgeht, dass Gesundheit wie auch Erkrankung Ausdruck einer mehr oder weniger geglückten kommunikativen Kohärenzregulation ist, stellen wir drei andere Fragen (insbesondere wichtig bei komplexeren und den meisten langwierigen sowie auch psychischen Erkrankungen):

- In welchem Zusammenhang ist der Patient erkrankt? (*Reflektieren, Anamnese*)
- Welche attraktiven Gesundheitsziele motivieren ihn? (*Wahrnehmen*)
- Was kann er und was können wir dafür tun, dass es ihm besser geht (Resourcen, Optionen, den inneren und äußeren Kontext ändern)? (*Be-Handeln*)

Mit diesen Fragen machen wir sein Subjekt zum Mittelpunkt der Gesundung. Während die pathogenetische Orientierung aus einer Krankheitsdiagnose direkt zu einer Therapieentscheidung kommt (s. oberen Weg in Abb. 3) – in meinen Augen eine >Kurzschluss-Entscheidung< – gehen wir in der salutogenetisch orientierten Behandlung von seiner autonomen Selbstregulation, seiner Selbstheilungsfähigkeit aus. Wir helfen dem autonomen Subjekt Patient, eine

konnte er mit seinen Ohrgeräuschen derart salutogen umgehen, dass diese sich nur noch selten meldeten und wenn, dann ein wichtiges Warnzeichen für Distress waren.

Oft ist es hilfreich, das attraktive Ziel, die Hoffnung oder Erwartung des Patienten *explizit* zu erfragen. Das erfüllt zweierlei Zweck: 1. Kann sich der Arzt dann sicherer sein, dass er mit seinem Beratungsziel und seiner Intention mit dem Patienten übereinstimmt und damit die Grundlage für eine gute dialogische Kooperation gegeben ist. Dann kann er auch zum besseren gemeinsamen Verstehen die wichtigsten Begriffe des Patienten verwenden. 2. Wird beim Patienten das Ziel in seiner Attraktivität verstärkt, wenn er es benannt hat.

Z.B. Herr D., 58 Jahre alt, Lehrer, selten krank, immer sehr pflichtbewusst und gewissenhaft, war vor zwei Jahren von seinem Hausarzt wegen eines Burn-out über fünf Monate krankgeschrieben. Seitdem wegen Bluthochdruck, wiederkehrender Herzbeschwerden in ständiger ärztlicher Behandlung und wegen auch anderer Beschwerden, wie Lumbalgie, Schulter-Arm-Syndrom, Grippe usw. arbeitsunfähig. Jetzt seit vier Monaten leidet er verstärkt unter Angstzuständen, wacht nachts schweißgebadet vor Angst auf, kann nicht mehr einschlafen, tagsüber kommen überfallsartig Angstzustände mit Herzrasen und hohem Blutdruck und Phasen, wo er lange ins Grübeln kommt. Auf die Frage nach seinem Wunsch kommt schnell und klar: »Nicht mehr in die Schule!« Dann kommt das »Aber!«: Dann verdient er nicht mehr genug, um die Kredite für sein Haus zu bedienen und die Ausbildung seiner Kinder zu finanzieren. Wenn er das mit einbezieht, ist seine Wunschlösung, »Noch bis 63 arbeiten!«. Dann könne er in Pension gehen und wäre finanziell gesichert. Das bedeutet, noch fünf Jahre zu arbeiten in einer Arbeitsstelle, wo er eigentlich nicht mehr hin möchte. Immer wenn er an die Arbeit denkt, kommt er ins Grübeln und überfallen ihn wieder Angstattacken mit Herzrasen. Offensichtlich ist sein Abwendungssystem (die Angst) so stark mit der Arbeit verknüpft und sein Annäherungsmodus zu schwach, um erfolgreich für ein Gefühl von Sicherheit und für Entspannung und damit eine Annäherung an Wohlbefinden zu sorgen. Für diese innere Verknüpfung von Leistung und Angstsystem finden wir Gründe in seinen Kindheitserfahrungen, wo zum einen der Vater ihn wiederholt geschlagen, als vollkommen unfähig hingestellt

und beschimpft hat – selbst dann, wenn er eine anerkannt gute Leistung erbracht hatte – und zum anderen die Mutter den ganzen Tag angestrengt am Arbeiten war. Jetzt geht es darum, dafür zu sorgen, dass er wieder in einen Annäherungsmodus findet, wo er vertrauen, sich sicher fühlen, entspannen und »sich selbst«, »seine eigene Melodie des Lebens« (LeShan 2010) finden kann.

Selbstverständlich ist, dass wir von der Selbstwahrnehmung des Patienten ausgehen. Es geht um seine gesunde Selbstregulation, so steht diese im Mittelpunkt. Durch unsere Wahrnehmung von außen ergänzen wir die Selbstwahrnehmung auf allen Ebenen – zusätzlich mit unserer Fachkompetenz und Erfahrung. Die Wahrnehmungen stimmen wir bei Bedarf ab. Dieser Bedarf besteht, wenn die Wahrnehmungen widersprüchlich erscheinen und wenn sie relevant für das Handeln des Patienten sind oder auch für eine eingreifende Behandlung. Wahrnehmungen, die z.B. die eigene Resonanz des Therapeuten, wie auch Übertragungsphänomene und emotionale Kommunikationsmuster, Glaubenssätze und Verhaltensmuster betreffen, brauchen nur dann explizit kommuniziert werden, wenn dies für die weitere Kooperation in Richtung anhaltendem Wohlbefinden zweckmäßig erscheint.

Von der Wahrnehmung zum Handeln: zwei bewegende »motivationale Systeme«

Wenn wir etwas als attraktiv wahrnehmen, wird unser motivationales Annäherungssystem stimuliert. Wenn wir etwas als bedrohlich wahrnehmen, wird das Abwendungssystem (auch oft Vermeidungssystem genannt) aktiviert. Letzteres ist mit dem Angstzentrum und dem Stresssystem eng verbunden. Das Annäherungssystem dagegen sorgt über Dopaminausschüttung im Lustzentrum für eine innere Belohnung, mit einem Lustgefühl, dafür, dass wir weiter aktiv auf dem Wege der Annäherung an unseren Attraktor bleiben (vgl. auch im Aufsatz von W. Fischer die »Zielsache« (Aristoteles), die Verwirklichung des Möglichen, »biographische Orientierung an der Zukunft« (V. v. Weizsäcker)).

Wenn uns eine Gefahr bedroht (das kann auch eine seelische Kränkung sein), versuchen wir diese abzuwenden – entweder durch Kampf oder Flucht. Wenn uns das gelungen ist, ist unser Selbstvertrauen gestärkt und wir fühlen

uns erst mal sicher, für die nächste Bedrohung gut gerüstet, und können uns wieder unseren Annäherungszielen zuwenden (s. Abb. 4; Stress I).

Wenn es uns nicht gelingt, die Gefahr abzuwenden, wird unser Abwendungssystem noch aktiver, unsere Aufmerksamkeit für Gefahren wird erhöht, wir nehmen schon geringste Warnzeichen für Gefahren wahr, und der Stresspegel steigt an (s. Abb. 5 Stress II). Wenn eine solche (traumatische) Erfahrung in der frühen Kindheit gemacht wurde (wie Herr D. sie vom Vater erlebt hatte), kann es nachfolgend dazu kommen, dass an vielen Stellen eine Bedrohung gesehen wird, dass vieles als bedrohlich erlebt wird – hier insbesondere die Arbeitssituation mit den Vorgesetzten.

Dann beeinflussen die Aktivitätszustände dieser neuropsychischen motivationalen Systeme auch unsere Wahrnehmung: Wenn wir im Abwendungsmo-

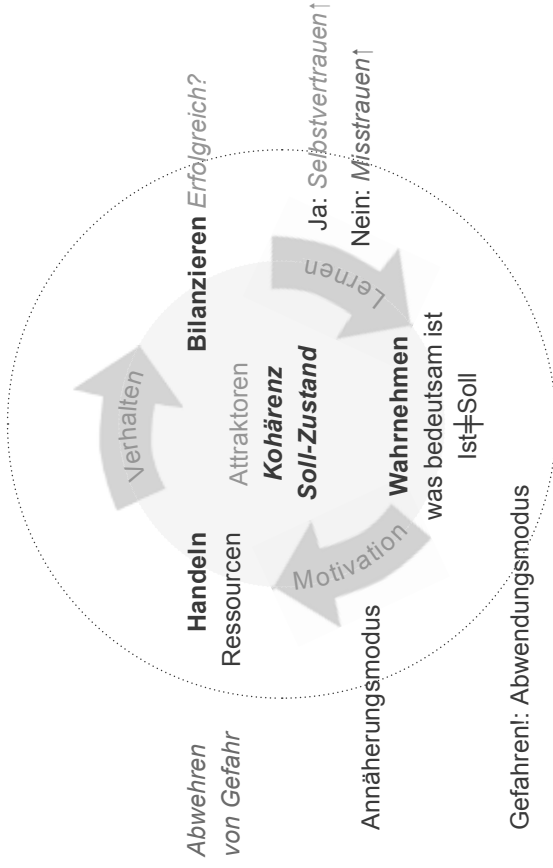


Abb. 4: Dynamisches Modell zum Umgang mit Stress I

us sind, nehmen wir stärker Gefahren wahr, wenn wir im Annäherungsmodus sind, nehmen wir mehr die schönen Seiten unserer Umgebung wahr – das Glas ist halb leer oder halb voll. So kann es dazu kommen, dass Menschen, die stark und angstvoll im Stress sind, überall noch mehr Stress sehen und gar nicht zur Entspannung kommen können. Dann ist es wichtig, im Dialog mit Ihnen alles zu tun, damit sie sich sicher fühlen, Vertrauen und Mut fassen können, sich ihren inneren Attraktoren zuzuwenden. Diese Einstellung finden wir bei vielen Menschen mit langwierigen Erkrankungen. In dem Modell der kommunikativen Kohärenzregulation kann man diesen Vorgang wie folgt veranschaulichen (s. Abb. 5).

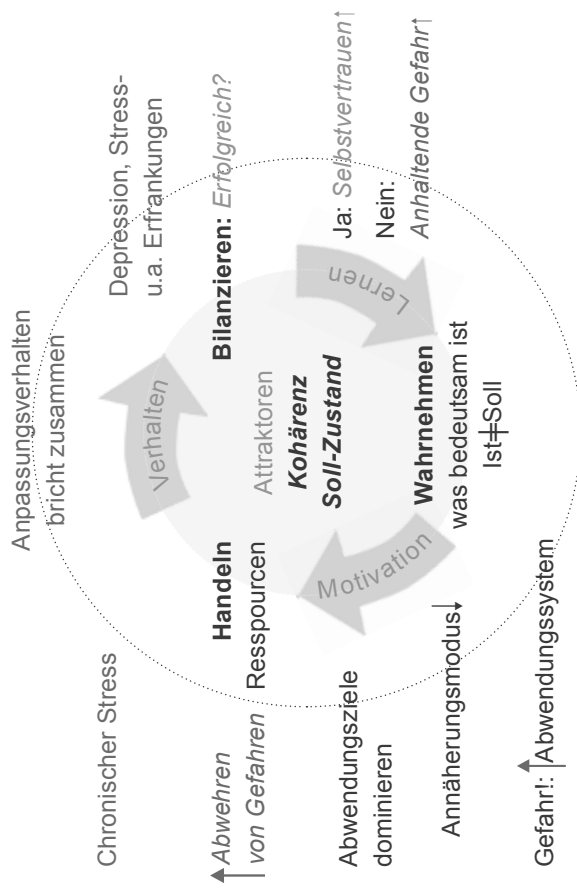


Abb. 5: Dynamische Kohärenzregulation im Dauerstress II

3. Phase: Handeln und Behandlein

Im Dialog geht es letztlich darum, mehr Fortschritt/Erfolg (Stimmigkeit) beim Annähern an die gesunden Attraktoren (Stimmigkeit/Kohärenz) zu finden. Das ist das inhärente Ziel des Patienten und sollte demzufolge auch die Intention des Arztes sein. In den ersten beiden Phasen des Gesprächs ging es darum, Bereiche von Unstimmigkeit und Stimmigkeit im Erleben des Patienten zu teilen und ihre Wechselbeziehung zu klären und ggf. Annäherungsziele zu dynamisieren, wo erforderlich ist.

Die erste Phase ist weitgehend bestimmt von der Narration des Patienten, die zweite mehr von den Fragen des Arztes. In der dritten Phase wird nun gemeinsam nach einer stimmigen Lösung der Unstimmigkeiten gesucht. Dabei soll der nächste Schritt zur Annäherung an Stimmigkeit und Gesundheit machbar werden. Dieser nächste Schritt kann eine Aktivität (eine Verhaltensänderung, auch sogar Tabletenschlucken) sein oder auch ein relativ passives Erdulden einer ärztlichen Behandlung (wie eine Operation) – je nachdem, was gerade stimmig ist.

Dafür spielt die innere Wechseldynamik zwischen Abwendungssystem und Annäherungssystem in mehreren Dimensionen eine besondere Rolle. In dieser 3. Phase geht es ums Verhalten: entweder Abwehr/Vermeidung oder Annäherung.

Nicht nur langwierig Erkrankte zeigen hier oft ein widersprüchliches (oft double-bind) Verhalten, viele erleben es auch subjektiv. Sie wollen sich z.B. einem attraktiven Partner annähern und verhalten sich abwendend; oder auch andersherum: Sie möchten zum Vorgesetzten >Nein< sagen und sagen >Ja<. Oft drückt ihr Körper beides gleichzeitig aus: z.B. empfindet er Schmerzen bei einer Annäherungsbewegung (z.B. durch Beugen der Arme etwas zu sich heranziehen) oder Traurigkeit bei einer Abwehrbewegung (durch Strecken der Arme jemanden wegstoßen oder sich von jemandem abwenden); oder die Mimik drückt Angst bei einer Annäherungsbewegung aus (auf jemanden Geliebten zugehen) usw. Diese inneren psychophysischen Spannungszustände zwischen zwei gegensätzlich emotional verknüpften Verhaltensrichtungen führen bei längerem Bestehen zu verschiedensten organischen Veränderungen. Die Verhaltensrichtungen drücken motivierende Bedürfnisse aus.

Bei Herrn A. (s.o.) war es die Annäherungsbewegung an beruflichen Erfolg, die mit innerem Spannungszustand verknüpft war, weil innerlich unbewusst die Angst bestand, das Gefühl emotionaler Geborgenheit bei der Mutter zu verlieren, wenn er sich dem beruflichen Erfolg zuwendet. Den Verlust dieses Geborgenheitsgefühls wollte er vermeiden. So entstand ein stressiger Ambivalenzkonflikt zwischen Annäherung an beruflichen Erfolg und Abwendung von mütterlichem Liebesverlust. Durch ein bewusstes Zulassen und Erkennen der sich emotional scheinbar widersprechenden Bedürfnisse konnte er sich von deren Prägung in der Kindheit distanzieren und in seinem gegenwärtigen Leben einen Rhythmus finden, der ihm beides im gesunden Wechsel ermöglichte: durch angespannte Arbeit beruflichen Erfolg finden sowie Entspannung im Gefühl von Nähe und Geborgenheit in partnerschaftlicher Beziehung. Sein nächster Schritt in diese Richtung war die regelmäßige Entspannung in der Mittagspause.

Bei Herrn D. war der Abwendungsmodus sehr ausgeprägt und stark verknüpft mit seinem Arbeitsumfeld. Hingegen ist sein Annäherungsmodus mit Pflichtgefühl verbunden. Über dieses Pflichtgefühl fühlte er sich intentional zugehörig zu seiner Mutter, die früher sehr viel und angestrengt den ganzen Tag gearbeitet hat. Das motivierende Grundbedürfnis war das nach Zugehörigkeit zur Familie. So war er von Kindheit an bemüht, seine Pflichten sehr gut zu erledigen. Obwohl es ihm meistens gut gelang (gemessen an den Beurteilungen der Lehrer) strafe sein Vater ihn oft mit Schlägen und Beschimpfungen. Dadurch baute sich eine Angst vor unberechenbarer Strafe auf, die sein Bemühen um Pflichterfüllung, um Zugehörigkeitsgefühl, begleitet. Im Gespräch nehmen wir nun dieses Annäherungsziel, das Bedürfnis nach Zugehörigkeitsgefühl auf und schauen gemeinsam, welche Möglichkeiten er heute finden kann, sich zugehörig und wohl zu fühlen auch ohne seine Arbeitspflichten. Dabei ist es hilfreich, sich immer wieder von den Bestrafungen des Vaters wie auch dem angestrengten Arbeiten der Mutter innerlich zu distanzieren. In diesem Prozess kann er zu seinen Emotionen finden, diese annehmen, verarbeiten und neue erfüllende Handlungsweisen erschließen. Er nimmt sich als nächsten Schritt vor, regelmäßig mit seiner Frau gemeinsam etwas Schönes zu erleben, spazieren zu gehen und Sport zu treiben.

Mit einer derartigen Entscheidung endet die dritte Phase des Gesprächs.

4. Phase: Imaginiertes Bilanzieren

Wenn der Patient im Dialog zu einer Entscheidung für den nächsten Schritt gekommen ist, kann er diesen in der Imagination durchspielen. Z.B. Herr A. kann sich vorstellen, wie es ist, wenn er mittags nach dem Essen für 20-30 Minuten entspannt – klappert das jeden Tag? Braucht er evtl. noch Vorkehrungen dazu, damit er nicht gestört wird? Kann er es auch, wenn viele Termine anstehen? Wie wird er sich währenddessen und hinterher fühlen? Durch eine derartige Imagination können schon Hindernisse frühzeitig ausgemacht werden und ggf. aus dem Weg geräumt werden. Es kann auch vorkommen, dass sich dabei herausstellt, dass die Entscheidung auf so starke Hindernisse stößt, dass es ratsam erscheint, eine andere zu überlegen und zu treffen.

Bei Herrn D. ergab die Imagination z.B., dass voraussichtlich die kranke Schwiegermutter öfter Hilfe braucht und damit ihren Plan, gemeinsam einen Spaziergang zu unternehmen, zunichtemachen könnte. So musste noch bedacht und organisiert werden, dass diese versorgt wird und sie dann ihren Spaziergang machen.

Reflexion und Ausblick

Die inneren Wechseldynamiken, die zu starken pathogenen inneren Spannungszuständen führen, sind möglicherweise einfacher als bisher angenommen, aber dennoch recht dynamisch und mehrdimensional kommunikativ.

Für eine gesunde Entwicklung scheint besonders die basale Dominanz des Annäherungssystems wichtig zu sein. Diese wird anscheinend am nachhaltigsten durch ein Gefühl von Sinnhaftigkeit hergestellt (Antonovsky 1997; Frankl 1987; Hüther 2004 und >Sinn-stiftung<; Spitzer 2007; Petzold 2009b): Mit dem Gefühl von Sinnhaftigkeit können persönliche Bedürfnisse, der Glaube (spirituelle Dimension), das Erkennen von globalem Sinn (z.B. Ökologie), kulturell bedeutsame Tätigkeit, lustvoll aufbauende zwischenmenschliche und familiäre Beziehungen sowie das eigene Wohlergehen verbunden werden. Im Laufe eines Tages, eines Jahres, des Lebens ist mal die eine Lebensdimension, mal die andere im Vordergrund. Salutogen ist in jedem Fall, wenn das

Gefühl von Sinnhaftigkeit basal und verbindend vorhanden ist – unabhängig davon, in welcher Dimension ein Mensch gerade aktiv ist.

Bei langwierigen Erkrankungen scheinen salutogene Dialoge, die eine Kohärenz zwischen dem Erleben in unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen anregen, geeignet, erstarrte Kommunikationsmuster wieder derart zu dynamisieren, dass eine gesunde Entwicklung möglich wird.

Literatur

- Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Frankl V E (1987): Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. München: Pieper.
- Grossarth-Maticek, R. (2003): Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Berlin-New York: de Gruyter.
- Hüther G. (2004): Die Macht der inneren Bilder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LeShan L (1982): Psychotherapie gegen Krebs. Stuttgart: Klett-Cotta; 9.Auflg. 2001.
- LeShan L (1989): Diagnose Krebs: Wendepunkt und Neubeginn. Stuttgart: Klett-Cotta; 7.Auflg. 2006.
- LeShan L, Büntig W (2010): Die Melodie des eigenen Lebens finden. Interview auf DVD. Müllheim: Auditorium .
- Petzold TD (2000a): Gesundheit ist ansteckend! Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2000b): Resonanzenebenen – Zur Evolution der Selbstorganisation. Heckenbeck: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2000c): Das Maßgebliche – Information Synthese Subjekt. Heckenbeck: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2004): Gesundheitsförderung in der Allgemeinpraxis: Wie wir den Gesundheitstrieb befriedigen können. In: Göpel E. (Hrsg.) (2004): Gesundheit bewegt. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag S.136-161.
- Petzold TD (2005): Die ärztliche Gesprächsführung im Sinne einer salutogenen Kommunikation. In: Erfahrungsheilkunde 2005; 54, S. 230-241.
- Petzold TD (2006): Die Arzt-Patient-Beziehung im Spannungsfeld von Disease Management und Ressourcenmanagement. In: Erfahrungsheilkunde 2006; 55, S. 125-134.
- Petzold TD (2007a): Wissenschaft und Vision. In: DER MENSCH I/2007.
- Petzold TD (2007b): Im Fokus der Therapie steht die Selbstregulation. In: Der Merkurstab 1/07, S.36-43.
- Petzold TD (2007d): Bedürfniskommunikation. In: Psychotherapie Forum Vol. 15 No.3 2007 S.127-133.
- Petzold TD, Lehmann N. (2009a): Salutogene Kommunikation zur Annäherung an attraktive Gesundheitsziele. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung (Brosch.).
- Petzold TD (Hrsg.) (2009b): Herz mit Ohren – Sinnfindung und Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Petzold TD (2010): Praxisbuch Salutogenese – Warum Gesundheit ansteckend ist. München: Südwest-Verlag.

- Petzold TD (2011a): Salutogene Kommunikation. In: Petzold TD, Lehmann N (Hrsg.) (2011): Kommunikation mit Zukunft. Salutogenese und Resonanz. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. S.141-163.
- Petzold TD, Lehmann N (2011b): Salutogenesis, globalization, and communication. In: Special Issue of International Review of Psychiatry Dec 2011, Vol. 23, No. 6, Pages 565-575.
- Petzold TD (2012): Vertrauen schafft positive Resonanz. In: Petzold TD (Hrsg.) (2012): Vertrauensbuch – zur Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung; S.119-125.
- Satir V (1991): Kommunikation Selbstwert Kongruenz. Paderborn: Junfermann.
- Schiepek G (2003): Neurobiologie der Psychotherapie [The neurobiology of psychotherapy]. Stuttgart: Schattauer.
- Spitzer, M. (2007): Vom Sinn des Lebens. Stuttgart: Schattauer.
- Tremmel M (2007): Gesundheitsförderung und die Zugehörigkeit (in) der Religion. In: Krause C, Lehmann N, Lorenz F, Petzold TD (Eds.) (2007): Verbunden gesunden – Zugehörigkeitsgefühl und Salutogenese. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. S. 264-275.
- Weizsäcker V v (2005): Pathosophie, GS 10. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.