

# Für eine gute Arzt-Patient-Kooperation ist die gemeinsame Intentionalität entscheidend

## *The Key to a Good Doctor-Patient-Cooperation is a Shared Intentionality*

Theodor Dierk Petzold

**Zusammenfassung:** Die Arzt-Patient-Beziehung rückt als sog. weicher Faktor für die therapeutische Arbeit, insbesondere in der Allgemeinmedizin, immer mehr in den Fokus. Dabei wird von vielen Seiten betont, dass diese Beziehung kooperativ sein soll. Durch die neueren Forschungen von Michael Tomasello gerät dabei die gemeinsame Intentionalität und damit die Motivation als Grundlage für eine erfolgreiche Kooperation ins Blickfeld. Mit Hilfe von Erkenntnissen des neuropsychologischen Zusammenwirkens von Annäherungs- und Abwendungsmotivation können wir jetzt besser verstehen, wie und warum die Arzt-Patient-Kooperation schlecht oder gut funktioniert. Wenn ein Arzt oder Patient in einem überwiegenden Abwendungsmodus ist oder beide unterschiedliche, attraktive Ziele haben, ist eine schlechte Kooperation absehbar. Für eine erfolgreiche Kooperation ist eine gemeinsame Intentionalität zur Annäherung an Gesundheit ausschlaggebend. Die Intention steuert auch unser implizites Verhalten sowie viele vegetative Funktionen. Eine gemeinsame Intentionalität ist sozusagen der Ursprung und die Basis von lebendiger kreativer Kooperation. Wenn diese stimmig ist, kann die Kooperation als Selbstregulation ablaufen. So erscheint es von Bedeutung für eine salutogene Arzt-Patient-Kommunikation, Sensibilität und Achtsamkeit sowohl für die eigene als auch für die Intentionalität des Patienten wie auch für die gemeinsame zu kultivieren.

*Schlüsselwörter:* Arzt-Patient-Kommunikation; Kooperation; Intentionalität; salutogenetische Orientierung, Selbstregulation

**Summary:** The doctor-patient-relationship becomes more and more the focus as so called soft factor for the therapeutic work in family medicine. As many authors already emphasized, this relationship should be cooperative. The new research from Michael Tomasello turns the shared intentionality and so the motivation into focus as the basis for a successful cooperation. Because of the former knowledge of the neuropsychological interaction of approach and avoidance motivation we can better understand how and why the doctor-patient-cooperation does or does not work well. If a doctor or a patient is mainly motivated by avoidance or if they have very divergent approach goals it will probably lead to a dysfunctional cooperation. For a successful und sustainable cooperation a joint approach intentionality to health is crucial. The intention also operates the implicit behavior and many vegetative functions. A joint intentionality is the origin of creative cooperation. If this is happening, coherent cooperation can run as a self-regulated process. So it seems to be meaningful for a salutogenic doctor-patient-communication to cultivate sensibility and mindfulness for the own intention as well as the patients and the joint intentionality.

*Keywords:* Doctor-Patient-Communication; Cooperation; Intentionality, Salutogenetic Orientation; Self-Regulation

## Einleitung

Bereits Thomas Gordon bezeichnete 1997 sein favorisiertes Modell der Arzt-Patient-Beziehung als „befähigendes Zusammenarbeitsmodell“ und als „kooperative“ und „arbeitsteilig-partnerschaftliche Beziehung“ [1]. In den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts hat ein Bewusstseinswandel über die Arzt-Patient-Beziehung begonnen, der u.a. am Verständnis von Kooperation deutlich wird. So hatte noch DiMatteo 1991 den Begriff „Kooperation“ weniger mit partnerschaftlich als vielmehr mit „Arztführung“ verknüpft [2]. Offenbar hat sich gerade in dieser Zeit in modernen Gesellschaften das Kooperationsverständnis von einer autoritären zu einer egalitären Zusammenarbeit verändert. In dem Begriffswandel von Compliance zu Adhärenz und dem Konzept des Shared-Decision-Making (SDM) findet dieses neue Verständnis ebenfalls seinen Ausdruck.

Kooperation bezeichnet eine arbeitsteilige Zusammenarbeit von mindestens zwei Menschen zum Erreichen eines gemeinsamen Zieles. Der Erfolg einer Kooperation zeigt sich an gelungenen Schritten zur Annäherung an dieses Ziel. Sie ist also mit einer Ziel- und damit Zukunftsorientierung verknüpft. Das Ziel kann explizit oder implizit sein.

Bei den bisherigen Arbeiten zur Arzt-Patient-Kooperation ist vorwiegend der Aspekt des Findens von Entscheidungen (SDM) [3] und ihr Ausführen (Compliance/Adhärenz) untersucht worden. Tomasello untersucht die Grundlage der Kooperation und findet sie in einer „geteilten Intentionalität“ [4]. Der Begriff der Intentionalität die Fähigkeit des Menschen, sich auf etwas zu beziehen, etwa auf reale oder nur vorgestellte Gegenstände, Eigenschaften oder Sachverhalte (Wikipedia).

Insgesamt geht es bei jeder Kooperation um drei aufeinander folgende Schritte, die mehrmals hintereinander mehr oder weniger explizit ablaufen: 1. Die Abstimmung einer geteilten Intentionalität – auf ein gemeinsames attraktives Ziel (die *Gegenwärtigkeit* der Zukunftsvision); 2. Die gemeinsame Entscheidung, arbeitsteilige Planung und Durchführung (in die Zukunft gerichtet); und 3. Die Bilanzierung der Zusammenarbeit (reflektiert die Vergangenheit) [5]. In diesem Aufsatz geht es we-

gen Platzbegrenzung vor allem um die Abstimmung der Intentionalität als Grundlage für Entscheidungen und Motivation für Veränderungen.

## Grundlegendes zu Kooperation und Intention

Heute wird Kooperation im Zusammenhang mit der Evolution sehr tiefgehend diskutiert: als Grundlage der Evolution [6] wie auch als besonderes Merkmal der kulturellen Evolution des Menschen [7, 8], die zu immer komplexeren Strukturen führt. Ist in der Komplexität womöglich eine Intentionalität des Lebendigen verborgen?

Tomasello hat in Experimenten bei Säuglingen ab dem zwölften Monat beobachtet, dass diese mit der Absicht des Erwachsenen in Resonanz gegangen sind – dessen „Intentionalität teilen“ [3]. Das Experiment verlief so: Der Säugling sitzt spielend auf dem Boden eines Zimmers, in dem eine erwachsene Bezugsperson einen Aktenordner hinter einen Schrank stellt und dann den Raum verlässt. Als diese wieder in den Raum kommt, sucht sie den Ordner. Das Kind zeigt hinter den Schrank. Der Säugling kooperiert aus einem intrinsischen Bedürfnis heraus und ist in der Lage dazu, ohne es gelernt zu haben. Das Teilen der Intentionalität ist die motivationale Grundlage für diese freiwillige und helfende Kooperation.

## Kooperation im intentionalen Resonanzraum

Auf dem Foto kooperieren drei Kinder mit dem gemeinsamen Ziel, zusammen auf einem Rad zu fahren. Dieses attraktive Ziel hat eine steuernde Wirkung auf ansonsten nur individuell gesteuerte Bewegungen, ganz wie ein Attraktor in dynamischen Systemen einen chaotischen Vorgang zu einer Ordnung leiten kann [9, 10, 11]. Dabei folgen die genauen Bewegungen implizit der geteilten Intention. Die subjektiv erlebte Intentionalität entspricht der individuellen Resonanz auf das imaginäre Phänomen, das aus der objektiven Beobachterperspektive „Attraktor“ eines komplexen dynamischen Systems genannt wird – so meine Hypothese. Das hochkomplexe Zusammenspiel der einzelnen Bewegun-

gen ist nicht mehr explizit rational steuerbar. Die implizite Kooperation ist schneller und fehlerfreier als die explizite [12,13]. Wir können heute die Arzt-Patient-Beziehung als „komplexes, adaptatives System“ verstehen [14].

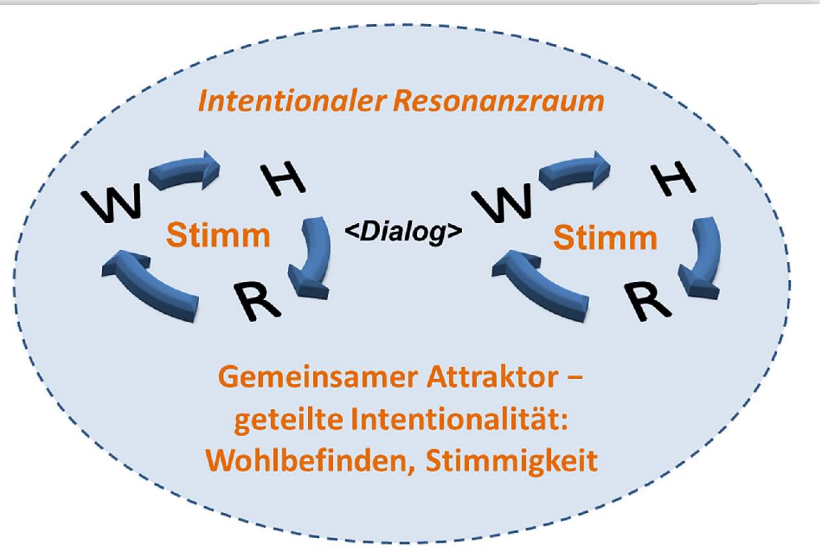
Wenn Arzt und Patient ein komplexes Gesundheitsproblem wie z.B. eine langwierige Erkrankung zu lösen haben, erscheint eine kreative Kooperation nach diesem Modell aussichtsreich. In einem gemeinsamen intentionalen Resonanzraum kann ein kreativer Dialog zu einer guten arbeitsteiligen Lösung führen [15].

## Welche Intention wird geteilt?

Mit unserem Beruf als Arzt haben wir den kulturellen Auftrag übernommen, für die Gesundheit der Menschen zu sorgen, wo diese es nicht mehr alleine können. Wenn kranke Menschen zu uns kommen, haben sie in der Regel den Wunsch, dass es ihnen wieder besser geht. So besitzen Patient und Arzt eine gemeinsame Intention: der eine will gesund werden, der andere hat dies als Auftrag seiner Profession. Dieses Ziel ist die Basis ihrer Kooperation. Dazu bringt der Patient seine individuelle Eigenkompetenz ein, der Arzt seine Fachkompetenz. Idealerweise ergänzen sich diese Kompetenzen. Ausnahmen gibt es zahlreiche, wenn z.B. ein Patient in erster Linie berettet werden will, oder der Arzt bzw. das Krankenhaus vor allem den Gewinn maximieren will. Dann ist eine gute Kooperation nur schlecht möglich.

## Annähern und Abwenden – zwei grundlegende Motivationen

Mit der Intentionalität ist unsere Motivation verbunden. Die Neuropsychologie unterscheidet zwei grundlegende motivationale Systeme: das Annäherungs- und das Abwendungs-/Vermeidungssystem. Das Annäherungssystem springt an, wenn wir ein attraktives Ziel vor (auch inneren) Augen haben, das Abwendungssystem, wenn wir etwas als Bedrohung bewerten. Entsprechend können wir auch zwei grundlegend unterschiedlich intendierte Kooperationsweisen identifizieren, mit unterschiedlichen neuropsychischen Folgen: 1. eine



**Abbildung 1** Kooperation im intentionalen Resonanzraum (R = Reflektieren, W = Wahrnehmen: Soll≠Ist, H = Handeln, Stimm = Attraktor-Stimmigkeit). Die Dynamik lebender Systeme dreht sich um den komplexen Attraktor „Kohärenz/Stimmigkeit“ in drei zeitlich aufeinander folgenden Schritten: Wahrnehmen der Abweichung vom Attraktor, Handeln zur Annäherung und Bilanzierung/Reflexion zum Lernen für die weitere Annäherung.

Kooperation, um ein attraktives Ziel zu erreichen, 2. eine Kooperation, um eine Gefahr abzuwenden. In ärztlichen Gesprächen kennen wir beides. Dabei geht es oft darum, diese beiden motivationalen Aspekte in ein synergetisches Zusammenwirken zu bringen, also z.B. ein Krankheitsrisiko zu vermeiden, um möglichst lange gesund zu bleiben, bzw. einen Krankheitserreger zu bekämpfen, um gesund zu werden. Dabei scheint die Hierarchie der Intentionen eine entscheidende Rolle zu spielen: Über dem Abwendungsmotiv soll die Motivation zur gesunden Entwicklung stehen. Wenn das Abwendungsziel an oberster Stelle steht, bleibt innerlich der Fokus auf die (potenzielle) Bedrohung gerichtet, mit den dazugehörigen Stressreaktionen, die eine vollständige Gesundung verhindern.

Deshalb erscheint heute bei vielen Menschen mit langwierigen Erkrankungen eine Anregung attraktiver Gesundheitsziele durch eine salutogenetische Ausrichtung auf z.B. Stimmigkeit, Wohlbefinden, Sinnhaftigkeit, Freude, leichte Beweglichkeit, Handlungsfähigkeit u.a.m. wichtig. Z.B. kann bei einem Suchtpatienten das Vermeiden der Droge wegen ihrer Gesundheitsgefahren die Anlassmotivation zur Entgiftung geben. Um aber nachhaltig ohne Droge besser zu leben, braucht es eine Annäherungsmotivation, wie z.B. „klar denken können“, „für die Kinder

gut da sein“, „das eigene Leben meistern“ u.a.m.

Diese beiden motivationalen Systeme stellen die Verbindung zwischen unseren Bewertungen (attraktiv oder bedrohlich?), Emotionen und Gedanken (und damit dem, was meist mit „psychisch“ bezeichnet wird) und unseren somatischen Prozessen dar [16, 17]. Ihr Zusammenspiel ist komplex und mehrdimensional.

Die Ausprägung der motivationalen Systeme ist mitverantwortlich dafür, wie wir Situationen bewerten, ob wir sie als bedrohlich oder attraktiv wahrnehmen. So kann ein und dieselbe Situation/Information bei Menschen sehr unterschiedliche Wirkung haben. Z.B. „Rauchen kann tödlich sein“ kann bei einem annäherungsstarken Menschen dazu führen, dass er das Rauchen aufgibt, bei einem annäherungsschwachen dagegen, dass er noch mehr raucht oder eine andere Droge nimmt, um das dopaminerge Lustsystem (Annäherungssystem) anzuregen.

Nur wenige Bewertungen – z.B. was gesund sein soll – treffen wir explizit, bewusst und willentlich. Dies zu wissen, ist für unsere Kooperation und Kommunikation mit Patienten wichtig: Wir können von niemandem erwarten, dass er unsere ärztliche Bewertung an die oberste Stelle seiner Regulation stellt und alle seine impliziten Bewertungen außer Kraft setzt. Wir arbeiten deshalb wieder-

holt an der Bewertung und damit implizit auch an der Motivation (Umbewerten, Reframing). Dies schafft oft eine nachhaltige Wirkung. Diese Arbeit geht pragmatisch aus von der Erscheinung, dem Verhalten und sucht die Motivation z.B. zu einer gesunden Ernährung und zu Bewegung (s. Beispiel unten). Wenn hier zwar eine gemeinsame Bewertung erreicht wird, aber der Patient sein Verhalten nicht ändert, müssen wir danach suchen, welche Motivation sein Verhalten steuert. Meist finden wir Antworten in psychodynamischen und systemischen Beziehungsmustern [18]. Das kann die implizite Motivation sein, z.B. mit einer „süßen Belohnung“ innerlich die Liebe der Mutter zu spüren. Oder, wenn mit mangelnder Bewegung das Risiko hinzufallen vermieden wird – in Resonanz mit der internalisierten Ängstlichkeit der Eltern in früher Kindheit. Viele Patienten müssen wir erst durch geschickte Fragen – z.B. nach Ähnlichkeiten in der Problematik bei Eltern usw. – anregen, über tiefere und zunächst unbewusste Zusammenhänge zu sprechen und dort Lösungen zu finden.

### Die Annäherungs-Intention klären

Wenn der Patient sich z.B. unter Gesundheit etwas anderes vorstellt als der Arzt oder andere Bedürfnisse hat, als im

**Theodor Dierk Petzold ...**

... Arzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Med. Hochschule Hannover; seit 1979 niedergelassen, seit 1994 in Privatpraxis. Entwicklung der „Salutogenen Kommunikation SalKom“ und Aufbau einer Ausbildung; Supervision auch von Teams; Vorträge, Seminare, Publikationen zu theoretischen und praktischen Themen, insbesondere zur Arzt/Berater-Patient/Klient-Kommunikation sowie zur Salutogenese (s. [www.gesunde-entwicklung.de](http://www.gesunde-entwicklung.de)). Seit 2004 Gründung eines Zentrums für Salutogenese. Seit 2006 Sprecher des Dachverbandes Salutogenese.

allgemeinen Sinne „gesund“ zu sein, wird die Kooperation schwierig. Z.B. ist es für eine Diabetikerin gerade wichtig, fast täglich ein Stück Kuchen zu essen, außerdem bekommen ihr die verordneten Medikamente nicht, und deshalb nimmt sie diese auch nicht ein. Der HbA1 steigt auf 11,3. Aber immerhin signalisiert sie noch Kooperationswillen, indem sie ab und zu in die Sprechstunde kommt, auch wenn sie die Ratschläge nicht umsetzt. Noch geht es ihr gut.

Gibt es eine gemeinsame Intention? Auf die Frage: „Was ist Ihnen wirklich wichtig in Ihrem Leben?“ hat die Patientin ihre Kinder genannt, die sie noch lange unterstützen möchte. Auch Essen und Genießen ist ihr wichtig. Wenn ich als Arzt diese attraktiven Ziele der Patientin teilen kann, wenn sie für mich stimmig sind, können wir zum nächsten Schritt, dem Handeln gehen. Dann überlegen wir gemeinsam, wie sie so essen und genießen kann, dass es für ihren Stoffwechsel und ein möglichst langes, gesundes Leben gut ist. Dabei ergänzen sich ihre Eigenkompetenz und Wünsche in Bezug auf Genießen und meine Fachkompetenz in Bezug auf Medikamente, Nahrung und Stoffwechsel sowie mögliche Schäden durch Diabetes. Das Ergebnis ist, dass sie die Blähungen als Nebenwirkungen des Metformin in Kauf nimmt, die erträglich sind, wenn sie nur eine Tablette zu einer Mahlzeit schluckt. Wenn es um das Genießen geht, will sie in Zukunft weniger süße Sachen essen, diese aber umso mehr genießen, langsamer und bewusster essen und mehr auf ihren Bauch hören als auf die Gier in ihrem Kopf. Nach einem halben Jahr war sie mit der Annäherung an ihr Ziel nicht zufrieden. Da konnten wir über ihre tiefe Loyalität zu ihrer Mutter sprechen, die vor einem Jahr an den Folgen eines Diabetes gestorben war. Und sie konnte im Gespräch den Abschied betrauern und die

implizite Loyalität durch eine explizite ersetzen, die ihr eine andere Bewertung ermöglicht.

Hilfreiche Fragen zur Klärung der Annäherungs-Intentionalität waren bei anderen Patienten: „Was wünschen Sie sich von Herzen?“, „Was möchten Sie tun, wenn Sie wieder gesund sind?“, „Stellen Sie sich vor, über Nacht kommt eine Fee, die Sie gesund macht. Was würden Sie am nächsten Morgen tun?“ oder: „Wie fühlen Sie sich dann?“ sowie „Wenn Sie in fünf (oder zehn, zwanzig .) Jahren auf Ihr Leben zurückblicken – was wird Ihnen dann wichtig gewesen erscheinen?“

### Intentional kooperieren im Abwendungsmodus

Angesichts einer Bedrohung sind viele Menschen schnell und unreflektiert zu einer Kooperation bereit – zumindest wenn sie ein aktives Abwendungssystem, also leicht Angst haben. Ärzte setzen Angstmacherei ein, wenn sie beim Patienten mehr Kooperationsbereitschaft in Form von Compliance wünschen und keine bessere kooperative Kommunikation kennen.

Eine Kooperation von Arzt und Patient gegen äußere Bedrohungen wie Bakterien und Gifte erscheint gelegentlich sinnvoll. Aber wie sieht es aus mit einer Kooperation z.B. *gegen* Gefühle des Patienten wie Angst, Schmerz, Trauer, Erregung u.a.m.?

Wenn Gefühle wie Angst und Schmerz, die per se schon stark mit dem Abwendungsmodus verknüpft sind, verstärkt werden, führt ein solches Vorgehen dazu, dass der Patient noch Angst vor der Angst bekommt und der Schmerz sich als Dämon verselbstständigt (wie bei Don Quichote die Windmühlenflügel). Wenn wir Medikamente verordnen, sollten wir diese nicht *gegen*

den Schmerz, sondern *für* das Wohlbefinden geben.

Ähnliches geschieht, wenn wir Krankheiten ursächlich mit Persönlichkeitseigenschaften verknüpfen. Schon wenn wir an Krankheiten denken, wird unser Abwendungssystem aktiv. Sagen wir nun dem Patienten, dass seine Eigenart – z.B. Traurigkeit, Ängstlichkeit, Pflichtbewusstsein, Aufopferung u.ä. – häufig zu Depression, Angststörung, Burnout, Krebs usw. führt, dann entwickelt er eine Ablehnung/Abwehr gegen Teile von sich selbst – sozusagen eine kognitiv-emotionale Autoimmunerkrankung.

Indem wir das, was ist, annehmen, so wie es ist, können wir diesen Teufelskreis des Abwendungsmodus auflösen. Das beinhaltet eine Wertschätzung des Abwendungsverhaltens. Angst und Schmerz erscheinen als rote Warnlampen, die darauf hinweisen, dass der Mensch Sicherheit, Vertrauen, Mut bzw. Wohlbefinden sucht [19]. Dann fragen wir nach Annäherungszielen, z.B.: „Wie möchten Sie sich in der Situation fühlen – anstatt Angst (bzw. Schmerz) zu haben?“ Wir fragen nach Wünschen und Wunschlösungen. Wenn der Patient seine Störgefühle und Verhaltensweisen vom Standpunkt seiner Lösungen aus reflektiert, kommt er zu einer annäherungsaktiven („positiven“) Mentalisierung [20].

Bei sog. Störgefühlen ist es oft hilfreich, sich das Bedürfnis hinter der Emotion bewusst zu machen und dieses verbal zu kommunizieren. Z.B. bei Ärger das Bedürfnis nach besserer Kooperation, bei Trauer das Bedürfnis nach Verbundenheit, bei Wut das Bedürfnis nach gesehen und/oder gehört werden usw. [21, 22, 23]. So sollten wir nicht mehr von „Angstpatienten“ sprechen, sondern von „Patienten, die Sicherheit und Vertrauen bzw. Mut suchen“.

### Diskussion

Sind nicht sog. Übertragungsphänomene viel wichtiger für eine wirksame Arzt-Patient-Beziehung als Kooperation? Übertragungsphänomene können wir verstehen als Folgen kindlicher Kooperationserfahrungen, aus deren internalisierten Mustern implizit bestimmte Erwartungen an das Fühlen und Verhalten einer Bezugsperson gestellt werden [19].

So sprechen wir auch von „positiver“ und „negativer“ Übertragung, je nachdem ob es um eine annäherungsmotivierte oder abwendungsmotivierte Erwartung geht. Gerade in Fällen von „negativer“ Übertragung kann es sehr hilfreich sein, eine gemeinsame positive Intention zu klären, um wieder in eine förderliche Kooperation zu kommen. Das entspricht einer salutogenetischen Orientierung.

Das Bedürfnis und die Fähigkeit zur Kooperation sind angeboren. Kooperation ist das kreative Element in allen zwischenmenschlichen Beziehungen. Mit dem Blick auf die Intentionalität und Qualität der Kooperation wird ein neuer

Zugang zur Arzt-Patient-Beziehung gewonnen.

In der Kürze dieses Artikels konnten viele Fragen nur angerissen werden. Zusammengefasst geht es hier um die große Bedeutung, die eine gemeinsame Intentionalität zur Annäherung an Gesundheit für erfolgreiche Behandlungen hat. Wenn wir unsere Sensibilität und Achtsamkeit für Intentionalität und Kooperation kultivieren, erhöhen wir die Chance auf Heilungserfolge. Die weiteren Schritte und unterschiedlichen Arten von Kooperation zur Entscheidungsfindung, des (Be-)Handelns und Bilanzierens [24] folgen aus der gemeinsamen Intentionalität. Sie erscheinen im Licht

kooperativer Selbstregulation. So können wir heute das „befähigende Zusammenarbeitsmodell“, wie Gordon es nannte, wissenschaftlich fundiert und noch differenzierter gestalten.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Theodor Dierk Petzold  
Barfüßerkloster 10  
37581 Bad Gandersheim  
Tel.: 05382 95547-0  
theopezold@salutogenese-zentrum.de

## Literatur

- Gordon T, Edwards WS. Patientenkonferenz. Hamburg: Hoffmann und Campe, 1997: 13 u. 40
- DiMatteo M. The psychology of health, illness, and medical care. Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole, 1991
- Harter M, van der Weijden T, Elwyn G. Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: An international perspective. ZEFQ 2011; 105: 227–326
- Tomasello M. Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp, 2010
- Petzold TD. Kultur, Kooperation, Kreativität und Salutogenese. Der Mensch 2012; 44: 22–30
- Bauer J. Das kooperative Gen. Hamburg: Hoffmann und Campe, 2008
- Tomasello M. Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Frankfurt/M: Suhrkamp, 2006
- Tomasello M. Eine Naturgeschichte des menschlichen Denkens. Berlin: Suhrkamp 2014
- Peitgen HO, Jürgens H, Saupe D. C.H.A.O.S – Bausteine der Ordnung. Stuttgart: Klett-Cotta 1994: 211–430
- Petzold TD. Wissenschaft und Vision – Biologie, Anthropologie und Medizin als neue ‚Leitwissenschaft‘? – Zur Evolution eines neuen Denkens in den Wissenschaften. Der Mensch 2007; 38: 4–14
- Petzold TD. Systemische und dynamische Aspekte von Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin. Z Allg Med 2011; 87: 21–26
- Gigerenzer G. Bauchentscheidungen – Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition. München: Goldmann, 2008
- Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2004: 122–129
- Scott JG. Complexities of the consultation. In: Sturmberg JP, Martin CM (eds.). Handbook of systems and complexity in health. New York: Springer 2013: 257–277
- Petzold TD. Stimmigkeit im therapeutischen Resonanzraum. Der Mensch 2013; 47: 48–51
- Elliot AJ (Ed.). Handbook of approach and avoidance motivation. New York: Psychology Press, 2008
- Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2004
- Veit I. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin – Ziele, Kompetenzen, Methoden. Z Allg Med 2015; 91: 331f
- Petzold TD. Gesundheit ist ansteckend! Praxisbuch Salutogenese. München: Irisiana, 2013
- Schultz-Venrath U. Lehrbuch Mentalisieren. Stuttgart: Klett-Cotta, 2013
- Petzold TD. Bedürfniskommunikation. Psychotherapie Forum 2007; 15: 127–133
- Petzold TD. Emotionen und Kommunikation. Der Mensch 2011; 42/43: 44–51
- Petzold TD. Salutogene Kommunikation und Selbstregulation. Praxis Klin Verhaltensmed Rehab 2013; 92: 131–145
- Bahrs O, Matthiessen PF. Gesundheitsfördernde Praxen – die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Huber, 2007