



Heinz Spranger\*, Lisa und Marcel Anders-Hoepgen\*, Hubertus R. Hommel\*, Erwin Vartmann\*\*

# Meta-Aspekt von Salutogenese und angewandter Regulationsbiologie

## Psychagogische Zuwendungsphänomene

**Meta-Aspekte liefern indirekt Informationsvermittlung. Es sind Aussagen, die Angaben zu den Informationsquellen machen, aus denen interessierende Tatsachen entnommen werden können. Informationsquellen für Meta-Aspekte sind in der Regel Dokumente, in denen wissenschaftliche Fragestellungen, ihre Untersuchungen und Ergebnisse als Objektaussagen zusammengefasst vorliegen. Somit bezeichnet ein Meta-Aspekt eine fundierte übergeordnete Sichtweise von anerkannten Aussagen. Meta-Aspekte sind damit verbindliche Grundlage wissenschaftlicher Bewertungen (Evidenzen).**

Salutogenese ist ein Aspekt der Medizinsoziologie und wird somit zielgerichtet und systematisch aus der Entfaltung der thematischen Frage nach dem Wesen des Menschen in ressourcenorientierter Perspektive aufgebaut. Die historischen Fassungen des Problems werden hierbei bewusst ausgeklammert. Diese liegen nämlich in den Traditionen der Kulturen und bestätigen sich durch das Lebensprinzip, das medizinischen Handlungsnotwendigkeiten zu Grunde liegt. Der Schwerpunkt der Salutogenese befindet sich dagegen auf den Zuwendungsphänomenen als Grunddimension von Informationstechniken im Prinzip der Gegenseitigkeit und deren selbstverantwortlichen Umsetzung durch den Adressaten. Wir distanzieren uns daher von der ‚selbsternannten‘ Grunddisziplin ‚Public Health‘ mit ihren politisch relevanten Priorisierungsverfahren zu Lasten der Individuation, wie sie sich in den letzten Jahrzehnten konstituiert.

Ein ähnlicher Blickwinkel liegt bei den Medizinern. Regulationsbiologische und integrative Medizinen werden als ‚alternativ‘ mit konventionellen Verfahren verglichen und dann abgegrenzt, wenn sie nicht immer beweisgestützt reproduzierbar sind. Dafür wird das Wort ‚evidenzbasiert‘ als ‚erwiesen‘ interpretiert, obwohl die richtige Übertragung ‚offensichtlich‘ wäre [5]. Dann wäre damit auch ausgedrückt, dass Longitudinalstudien als praktische Beobachtungsverfahren der Medizin zu den Regeln des ärztlichen und nicht-ärztlich-heilberuflichen Tuns gehören. Grundvoraussetzung für die systematische Umsetzung der Gesundheitsbetreuung und befunderheblich mit therapierelevanter Medizin ist die Einsicht in die wissenschaftliche Bewertung des hierbei jeweils zur Anwendung kommenden Maßnahmenkataloges. Hierzu sind aber tatsächlich Abgrenzungen zur nicht-evidenzbasierten Wissenschaft erforderlich, wie sie

in der Gesamtentwicklung der medizinischen und pflegerischen Zuwendungsphänomene in drei Kategorien erstellt sind:

- Die erste beinhaltet evidenzbasierte medizinische Logik (EBM).
- Die zweite verspricht nach weiteren Untersuchungen Annäherung an die Evidenzbasiertheit unter Einschluss einer Katamnese (EBM-elected).
- In der dritten wird auch nach Sammlung von vielen Erfolgsmerkmalen (‚wer heilt, hat Recht‘) zwar ein Erfahrungsgedächtnis entfaltet, aber außer Heil-Hilfs-Argumentationen von Kasuistiken keine allgemeine Führung im Sinne einer Evidenz als „offenkundig“ zu erwarten sein (non-EBM).

Wir berücksichtigen, dass grundsätzlich alle ermittelte Theorien Träger und Kennzeichen von bester Praxis sind, weil sie sonst der Medizinethik entbehren würden.

Indem die Salutogenese seelische und körperliche Aspekte sowohl isoliert betrachtet als auch in interaktive Beziehungen setzt, betrifft sie die praktische Umsetzung im bio-psycho-sozialen Formenkreis.

Dies erfüllt in der praktischen Umsetzung die Fachkraft für angewandte regulationsbiologische und integrative Heil- und Heil-Hilfsmethoden.

Die konkrete Notwendigkeit dieser hier vermittelten ganzheitlichen Betrachtung stellte sich zuerst mit den nach dem Ersten Weltkrieg manifesten psychosomatischen Störungen bisher unbekannter Kategorien und Ausmaße. Die Psyche als übergeordnete Funktionseinheit wurde zuerst von S. Freud als „Denkapparat“ etabliert. Dadurch haben zu Beginn des 20. Jahrhunderts der empirische Nachweis und die Erforschung des menschlichen Unbewussten zu einem Durchbruch in dem schon lange in Gang befindlichen Wandel des Welt- und Menschenbildes geführt, zu einem

Durchbruch, der erst heute vom allgemeinen Bewusstsein der Menschen rezipiert wird [6]. Eingeleitet wurde dieses Paradigma durch S. Freud, vollendet wurde es – zwei Jahrzehnte danach – durch C. G. Jung. Eine der Pioniertaten Jungs in diesem Rahmen war die Entdeckung des Individuationsprozesses: der Tatsache, dass die seelische Entwicklung des Menschen oder des Ich nach einem arttypischen, phylogenetisch erworbenen Muster verläuft, nach einem „Programm“, das im Unbewussten Bereich der Psyche „gespeichert“ ist. Heute würde man aus den Kapiteln der Hirnforschung das intelligente Programm „was Computer davon lernen können“ zitieren, indem Individuation, die immer auch die Beziehungsfähigkeit auf Mitmensch und Natur einschließt, spontan, aber kontrolliert und maschinell nachahmbar vor sich gehen kann [4]. Optimal hingegen kann sie vollzogen werden unter Begleitung: indem sie bewusst angestrebt wird unter Beihilfe eines Erfahreneren, der hilft, die aus dem Unbewussten kommenden Zielgebenden und korrigierenden Impulse zu vernehmen, zu verstehen und zu befolgen. Das gehört zur angestammten Kompetenz im pflicht- und moralbedingten Tun des handlungsführenden Arztes, ebenso wie zu denen der Psychotherapeuten und Psychologen.

## Spiritualität und Glauben

Mit Blick auf das Thema dieses Beitrags ist die Beobachtung Jungs von Bedeutung, dass sich bei einem begleiteten Individuationsprozess früher oder später die religiöse Frage stellt. Allerdings geht es dabei nicht – zumindest nicht in erster Linie – um die Auseinandersetzung mit einer definierten Religion, sondern um Religiosität, also um religiöse Haltung als Ausdruck der Suche nach einem übergreifenden Lebenssinn und einer übergeordneten sinngebenden und sinnerfüllenden Macht. Jung hatte nämlich festgestellt, dass die aus dem Unbewussten kommenden Impulse daraufhin tendieren, das Ich zur Akzeptanz vorzubereiten, diese als „Willen“ einer ihm letztlich überlegenen, gutmeinenden Macht anzunehmen und diesen „Willen“ zu befolgen, selbst dann, wenn er den ichhaften Absichten zuwider läuft. Jung nannte die Haltung, zu der das bewusste Ich dabei gedrängt wird, das Geschehen-lassen-Können. Das heißt, das Ich müsse sich zwar bemühen, die Entscheidungen, die das Leben ständig von ihm verlangt,

\* Institut für nachhaltige Gesundheitswissenschaften

\*\* Fachbereich Gesundheit der Ländlichen Erwachsenenbildung Niedersachsen e.V. Wallenhorst



nach bestem Wissen – auf Grund rationaler Überlegungen – zu fällen, dann aber noch hinzuhorchen, was das Unbewusste oder das „Selbst“ als das im Unbewussten Bereich gelegene „Ganzheitszentrum“ dazu meint. In unserer christlichen Tradition wird diese Haltung als Glaube bezeichnet.

Dabei ist aber zu bedenken, dass die Theologie zwischen Glauben an etwas anderes und allgemeine Glaubenseinstellung unterschieden hat. Es ist wohl leicht zu sehen, dass es bei der vom archaischen „Programm“ des Menschen geforderten Haltung um die Glaubenseinstellung bzw. Glaubenshaltung geht. Die tiefenpsychologische Beobachtung bestätigte zudem, was in der spirituellen Tradition immer schon gewusst wurde: gelebte Glaubenshaltung beruht auf der Gewissheit, dass auf die vom Ich als überlegen erfahrene Instanz unbedingter Verlass ist, aber auch, dass diese dem Ich, wenn es nicht auf ihre Stimme achtet, ihren Willen aufzwingen kann. Die tiefenpsychologische Beobachtung bestätigte ferner, dass der Mensch zur Glaubensgewissheit nicht durch intellektuelle Überlegungen allein, auch nicht durch Anwendung bewussten Willens gelangen kann, sondern dass innere Glaubensgewissheit auf einer anderen Ebene herkömmlichen Verstehens geschieht [6]. Dabei spielt das emotionale Erfahrungsgedächtnis eine entscheidende Rolle.

### Eigenheiten rationaler und emotionaler Entscheidungen

Der Mensch hat zwei Entscheidungssysteme, ein rationales und ein emotionales.

Die Kognition entspricht dem rationalen, sie beginnt mit der einfachen Impuls-Aufnahme, geht über neuronale und dendritische Sammlungen und Prüfungen anderer Impulse, sammelt Impulse und führt sie zu der ZNS-Rinde. Dort werden Muster der scheinbaren Realität gebildet. Diese Muster, selbst wenn sie traumatisierenden Charakter haben sollten, bleiben dauerhaft bestehen. Sie ergeben den Wiedererkennungswert des so genannten Verstandes. Verstand zeigt das Produkt aus erkanntem und abgewogenem Vergleich zwischen ungleichen Mustern, die in der ZNS-Rinde abgelegt sind. Er bildet als diskursives Erkenntnisvermögen zusammen mit der Vernunft das obere Denkvermögen im Verhältnis zur sinnlichen Bewertung. Somit beurteilt der Verstand, was eine gute und was eine schlechte Entscheidung ist. Er arbeitet präzise, nachvollziehbar und bewusst, aber langsam.

Auf der somatokonformen Basis äußert sich dieses System über Stop- und Go-Signale durch Körpersignale. Der amerikanische Hirnforscher A. Damasio bezeichnet sie mit somatischen Markern als eine somatisch manifestierte Bewertung von Situationen. Diese besteht als ein Lernfaktor, der sich in vergleichbaren Situationen reaktiviert und zu einer emotionalen Gestimmtheit der jeweiligen Situation gegenüber führt.

Somatische Marker bilden erkennbare Symptome, so führt z. B. Aufregung zum „Kloß im Hals“, zu nichts anderem als einer Myogelose der suprahyoidalen Schluckmuskulatur, jedoch als Ausdruck eines negativen somatischen Markers. Er lenkt damit die Aufmerksamkeit auf das negative Ergebnis, das eine bestimmte Handlungsweise nach sich ziehen kann. Freiheitsgefühl in der Brust und unwillkürlich glückseliges Lächeln sind dagegen positive somatische Marker.

Somit sind sie umweltwirksam, indem sie sich an anderen wahrnehmen lassen. Hieraus erklärt sich der Effekt, warum nicht-authentische Menschen so oft Misserfolge einfahren: ihre Mitmenschen nehmen gleichzeitig mit dem aufgesetzten Verhalten die somatischen Marker wahr, die in die andere Richtung weisen, und merken so, dass der andere nicht authentisch ist. Dieses Merken geschieht häufig unbewusst – das emotionale Erfahrungsgedächtnis sagt „Stop“, weil es einen Mangel an Authentizität beim anderen festgestellt hat, bevor der (wesentlich langsamer arbeitende) Verstand erklären kann, warum das Gefühl „Stop“ sagt. „Der ist mir unsympathisch, ich weiß gar nicht, warum“, ist eine typische Reaktion auf nicht-authentische Menschen. Damit haben somatische Marker einen sehr großen klassifizierenden Wert, als emotionale Trigger. Sie werden in der psychischen Entwicklung des einzelnen Menschen durch Erfahrungen mit äußeren Umständen bereits in früher Kindheit erworben und etablieren sich im präfrontalen Cortex. Von hier aus stellen sie die emotionale Basis für die spätere rationale Urteilsbildung.

Daher sieht A. Damasio in geistiger Tätigkeit grundsätzlich eine Anpassungsleistung zur besseren Befriedigung körperlicher Bedürfnisse und somit eine Idee des Körpers. Rationale Beurteilungen lassen sich nicht von emotionalen trennen, weshalb Entscheidungen durch die emotionale Bewertung der Handlungskonsequenzen geleitet und auch für scheinbar rationale Alltagsentscheidungen emotionale Einschätzungen einbezogen werden, indem persönliche und soziale Konsequenzen eine Rolle spielen. Somit stehen Schlussfolgerungen und Emotionen in unmittelbarem Verhältnis. Bei der Untersuchung von Menschen mit Hirnverletzungen, die zwar noch völlig klar denken konnten, aber keine Eigenwahrnehmung mehr hatten, konnte Damasio feststellen, dass diese Menschen nicht mehr in der Lage waren, in ihren Entscheidungen positive oder negative Konsequenzen ihrer Handlungen vorauszusehen, auch wenn unmittelbare Belohnung oder Bestrafung von Aktionen ihr weiteres Handeln beeinflussen können [3].

Diese Hirnverletzungen bezogen sich auf den orbitofrontalen Cortex, ein anatomisch identifiziertes Zentrum im vorderen Bereich des Gehirns, dem eine moralische Instanz zugeordnet wird. Seine Funktion besteht vor allem darin, subcortikale affektiv-emotionale Zentren zu hemmen [2].

Indem der orbitofrontale Cortex seine wichtigsten Eingänge von allocorticalen und sub-

corticalen limbischen Zentren erhält, befasst er sich mit den motivationalen und emotionalen Aspekten von Situationen und Handlungen. Patienten mit Verletzung, Schädigung oder Minderversorgung des orbitofrontalen Cortex sind daher unfähig, positive oder negative Konsequenzen ihrer Handlungen vorauszusehen, obwohl unmittelbare Belohnung oder Bestrafung von Aktionen ihr weiteres Handeln beeinflussen können, gehen sie wider besseres Wissen Risiken ein [1]. Nach A. Damasio führen derartige Läsionen außerdem zum Verlust der Fähigkeit, den sozial-kommunikativen Kontext zu erfassen, wodurch die Persönlichkeit verflacht und derjenige völlig „unemotional“ wird und ausschließlich utilitaristisches Verhalten aufweist.

Das andere Entscheidungssystem ist das emotionale. Auf das Gefühl gestützte Entscheidungen geschehen unbewusst, unwillkürlich, sind diffus, dafür sehr schnell. Außerdem ist das emotionale Entscheidungssystem sehr einfach, nämlich dual angelegt: es kennt nur „gut für mich → Go“ und „schlecht für mich → Stop“ [7].

Das emotionale Entscheidungssystem kann seine Bewertungen deswegen blitzschnell vornehmen, weil es auf das emotionale Erfahrungsgedächtnis zurückgreift. Dort sind – unbewusst – frühere Erfahrungen ähnlicher Situationen gespeichert, die das Gehirn abrufen und darauf gestützt ein „Stop“- oder ein „Go“-Signal gibt.

### Nutzen der Entscheidungssysteme für die Wissensorganisation in den Kategorien der nicht-konventionellen Medizin

In der aktuellen Diskussion über den Wert der so genannten evidenzbasierten Medizin mit Alleingültigkeitsmerkmal werden auf der Basis unilateraler, objektiver Wissenschaftlichkeit die integrativen und alternativen Therapien polarisierend hauptsächlich negativ beurteilt. Unter medizinethischen Blickwinkeln sind aber mechanistische, ausschließlich morphologisch fixierte Kategorisierungen unter Ausschluss bio-psycho-sozialer Komponenten schädlich. Die Individualität des Patienten wird vernachlässigt, indem sich gesundheitlich auswirkende Faktoren wie Verhalten, Kognitionen, Emotionen, Motivation und Wesensart einer Person keine Berücksichtigung in Anamnese, Befunderhebung, Planung und rehabilitativer Nachsorge finden. Stattdessen werden Verfahrensweisen bevorzugt, die zwar merkmalsgenormt und reproduzierbar sind, aber den einzelnen Klienten / Patienten von jeglicher Verantwortung für seinen Zustand entbinden. Durch die Trennung von Körper und Geist werden dabei auch Wechselwirkungen zwischen Saluto- und Pathogenese weitgehend negiert.

Diese Vorstellungen sind außerhalb der Akut- und Intensivmedizin nicht mehr adäquat. Zu-



dem gefährden diese Abwertungen sowohl die Zuwendungsmodelle der Medizin und der Pflege als auch das Modell der Salutogenese.

Unter bio-psycho-sozialen Aspekten werden dagegen Gesundheit und Krankheit als jeweilige Determinanten eines Kontinuums gesehen. Auftretungszeitpunkt, Chronizität und Belastungsfaktoren finden ihre erforderliche Beachtung in den befund- und therapietypischen Verfahren der komplementären und integrativen Medizin.

Es wurde daher zur Aufgabe, diese in eine Kategorisierung einzubringen, die Zuordnungen zur gültigen Lehre ermöglicht.

Sinnsuche und -findung dieser Herausforderung ist die Organisation eines Curriculums für eine „Fachkraft für angewandte regulationsbiologische und integrative Heil- und Heil-Hilfs-Methoden“, die als Massnahmen beruflicher Weiterbildung zur Zertifizierung ansteht.

#### Zur Kategorisierung der Kenntnisgrundlagen gehören folgende Details:

- 1.1 Repetitorium Salutogenese
- 1.2 komplementär- und integrativ-typische Morphologie und Funktion, Matrix, Kompartimentation
- 1.3 Repetitorium Anatomie und Physiologie, Stützapparat, Bewegung, Neurobiologie mit Psychologie
- 1.4 Repetitorium Immunologie, Funktionelle Immunologie
- 1.5 Repetitorium immunologischer Labormedizin
- 1.6 Nahrung, Ernährung und Substitution
- 1.7 Schmerzdiagnostik und -therapie
- 1.8 Phytologie und Phytotherapie
- 1.9 Umweltmedizin, Chronobiologie
- 1.10 Grundlagen interkultureller Medizin
- 1.11 Suggestibilitätsverfahren mit Zuwendung, Spannungs- und Entspannungsverfahren, Stressbewältigung und Hypnose, NLP und Resilienzgewinn
- 1.12 Biosemiotik (mit Glossar)
- 2.1 Angewandte Regulationsenergetik
- 2.2 Manuelle Therapien inkl. Craniosakral, Osteopathie und Applied Kinesiology
- 2.3 Bewegungs- und Hydrotherapie
- 2.4 Homöopathie, Spagyrik, Bach-Blütentherapie
- 2.5 Substitution Schüßler-Salze, orthomolekulare Pharmakologie
- 2.6 Bioelektrische Messverfahren
- 2.7 Umweltbelastungen, seelische Störfelder, soziale Faktoren
- 2.8 Klangtherapie und Musikmedizin
- 2.9 Psychosomatik
- 3.1 Angewandte Anti-Aging-Medizin
- 3.2 Spirituelle Interventionen und Heilerprogramme
- 3.3 Geopathische Störfelddiagnostik
- 3.4 Purgierende Therapien, Reinigungen, Ausleitungen
- 3.5 Polypragmasie

Diese Zuordnungen unterliegen evidenzbasierten, latent evidenter und beobachtungs- und erfahrungsgetragenen Kriterien ohne eindeutigen evidenten Bezug und werden unter dem Eindruck der Neuordnung der übrigen Verfahren innerhalb der EU erwogen.

Für die Salutogenese haben solche wissenschaftlichen Kategorisierungen allerdings eher akademischen Wert, für sie stehen als Wirkungskriterien dynamische Stadienmodelle im Vordergrund, die das medizinische Gesundheitsdesign mit Handlungsergebniserwartungen ins Verhältnis zu den durchführbaren Maßnahmen und deren Zielen setzen [8].

Ausschließlich evidenzbasierte Normative können diese Erwartungen jedoch nicht erfüllen, da das Grundmotiv der Salutogenese die Förderung und Aufrechterhaltung der individuellen Gesundheitsmotivation unter selbstverantwortlicher Intention als Handlungsauslöser darstellt [9].

Voraussetzung hierfür ist das Arbeitsbündnis, wodurch dem zu Betreuenden durch den Betreuer die Kenntnis des Gesundheitsverhaltens und das Befolgen der hierfür zu erlernenden Strategien vermittelt werden soll. Der Beziehungsaspekt ist hierbei die grundlegende Motivation der Individualisierung und somit die Basis.

Sicherlich wird eine „Fachkraft für angewandte regulationsbiologische und integrative Heil- und Heil-Hilfs-Methoden“ allein weder in der Lage noch berechtigt sein, den Inhalt dieses Curriculums kongruent umzusetzen.

Da sie hingegen im Besitz der Meta-Aspekte der Themen ist, wird sie auch Wechsel der Themen oder der Situationen in der Lage sein, umzudenken und umzuhandeln. Dass hierbei nicht nur die konventionellen Themen, sondern vor allem die integrativen in den Vordergrund kommen, macht sie zu einer Fachkraft mit breitem Basiswissen und fundamentalen Einschätzungen für Erklärungen und Hilfen.

Ihre Ausbildung ermöglicht ihr beim zu Betreuenden die praktische Erweiterung des Blickwinkels unter Ausnutzung psychosozialer Charakteristiken zum Erkennen, Erlernen und zur selbstverantwortlichen Steuerung seiner Eigenkompetenz für den Aufbau seiner aktiven Gesundheitsmotivation. Weiterhin wird sie im Dialog mit den ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberuflern ihren Kenntnis zum Nutzen des für ihren Anvertrauten passenden Betreuungskonzeptes einbringen. Ferner wird sie erlernte Praktiken in Abschätzung vorhandener Ressourcen sowie ihrer Wirkung auf das Gesundheitsverhalten des Klienten bzw. Patienten unter Maßgabe und Anleitung des ärztlichen Heilberuflers anwenden.

Dadurch wird die „Fachkraft für angewandte regulationsbiologische und integrative Heil- und Heil-Hilfs-Methoden“ eine wesentliche Funktion übernehmen innerhalb des Arbeitsbündnis zwischen ärztlichem Heilberufler und Patient,

zwischen Sozialarbeiter / Sozialpädagoge und Klient, zwischen sozialer Administration und Anspruchsnehmer. In Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Altersheimen wird sie in Eigenkompetenz Betreuungsaufgaben im Konsens direkt am Patienten übernehmen können, nach Anweisung fachlich Handlungsführender.

Die zunehmende Konkretisierung der sich anbahnenden demografischen Veränderungen wird im Sozial- und Gesundheitswesen zu wesentlichen Umstrukturierungen führen, die sowohl im fachlichen als auch personellen Bereich neue Strategien erfordern. Die „Fachkraft für angewandte regulationsbiologische und integrative Heil- und Heil-Hilfs-Methoden“ erfüllt eine der möglichen Anforderungsprofile.



#### Kontakt zu den Autoren / Fachkräfte für Salutogenese:

Univ.-Prof.a.D.Dr.Dr.h.c.(UNFV)  
Heinz Spranger  
Frau Lisa und Herr  
Marcel Anders-Hoepgen  
Dr.med.dent. H.R. Hommel  
Erwin Vartmann, Leiter des FB Gesundheit

LEB – Ländliche Erwachsenen-Bildung  
Fachbereich Gesundheit  
Drosselweg 2, D-49134 Wallenhorst

#### Literaturhinweise

- 1 Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., Damasio, AR (1997): Decidine Advantegeously Before Knowing the Advantageous Strategy. Science 275: 1293-1295
- 2 Damasio, A.R. (2004): Descartes' Irrtum. IV. Ed. Ullstein. ISBN: 3548604439.
- 3 Davidson, R.J. & Irwin, W. (1999): The functional neuroanatomy of emotion and affective style. Trends in Cognitive Science 3: 11-21
- 4 Hawkins, J. (2006): Die Zukunft der Intelligenz. Wie das Gehirn funktioniert. Rowohlt Taschenbuch, Reinbeck bei Hamburg. ISBN: 349962673.
- 5 Nolte, St.H. (2008): Homöopathie: „evidence-based“ oder Placebo? Komplement. Integr. Med. 49; Heft 6:7-9
- 6 Obrist, W. (1990): Religiöse Erfahrung auch ohne Religion. In: Messing, M (Hsgb): Von Buddha bis C.G. Jung: Religion als lebendige Erfahrung. Verlag Walter, Olten. ISBN: 3898063232
- 7 Suter, A. (2005): Authentizität und Selbstkongruenz. News group de.talk.romance [6.12.2005 corp.supernews.com]
- 8 Spranger, H., Blachnik, St., Hommel. H. (2007): Das Medizinische Gesundheitsdesign. Biosemiotik, Regulationsphysiologie, Salutogenese. Edition CO'MED, Hochheim. ISBN: 3-934672-21-5.
- 9 Spranger, H. (2008): Praxis einer Neuen Medizinischen Zuwendung. CO'MED Fachmagazin 2008; 6:116-120