

Wie ist der Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-Abgängern in Österreich?

Master Thesis zur Erlangung des Grades
Master of Science in Osteopathie

an der **Donau Universität Krems** –
Zentrum für chin. Medizin & Komplementärmedizin

niedergelegt
an der **Wiener Schule für Osteopathie**

von **Birgit Archer**
St. Kanzian, April 2011

Betreut von Mag. Claudia Gamsjäger
Zusammenfassung übersetzt von Mag. Rosa Schultz

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorgelegte Masterthese selbständig verfasst zu haben.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit genutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt weder im In- noch im Ausland noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Diese Arbeit stimmt mit der von dem/der Gutachter/in beurteilten Arbeit überein.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Mein Dank gilt vor allem meiner lieben Familie, Michael und Andreas, die mir während der langen Ausbildungszeit sehr viel Verständnis entgegengebracht und mich immer wieder dazu motiviert haben, durchzuhalten.

Für die unterstützende Begleitung und Präsenz während der Verfassung meiner Masterthese möchte ich Fr. Mag. Claudia Gamsjäger herzlich danken.

Außerdem gilt mein Dank Fr. Dr. Gabriele Stoiser von der Universität Klagenfurt für die freundliche Unterstützung bei der statistischen Auswertung, sowie Fr. Mag. Rosa Schultz für die englische Übersetzung.

Sehr hilfreich und motivierend empfand ich auch die Übungsgruppe mit Elisabeth, Klaus und Isabella, die während der gesamten Ausbildungszeit bestanden und zur Vertiefung meines osteopathischen Wissens beigetragen hat.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei allen Osteopathen, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Vorwort:

In dieser Arbeit wurde aus Gründen der Einfachheit und der besseren Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Osteopathinnen und Leserinnen mögen mir dies verzeihen. An dieser Stelle weise ich nochmals darauf hin, dass in allen Fällen beide Geschlechter gemeint sind.

Abstract (Deutsch)

Titel: Wie ist der Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-(Wiener Schule für Osteopathie) Abgängern in Österreich?

Studien Design: Bei dieser Studie handelt es sich um eine quantitative Sozialforschung.

Methode: Die Stichprobe umfasst 57 Abgänger der WSO (44 Frauen, 13 Männer). Es wurde der Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF) nach Rindermann, bestehend aus einer Haupt- und einer Nebenskala, zur Anwendung gebracht, der die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllt. Mittels Selbsteinschätzung wurden folgende Bereiche der emotionalen Kompetenz erhoben: Erkennen und Verstehen eigener Emotionen, Erkennen von Emotionen bei anderen, Regulation und Kontrolle eigener Emotionen, emotionale Expressivität, Regulation der Gefühle anderer und Einstellungen zu Gefühlen. Um die Anonymität zu gewährleisten, wurde der Fragebogen per e-mail an 264 Osteopathen von der WSO ausgesandt. Die Rücklaufquote betrug 21,6%.

Vorannahmen: 1.) WSO-Abgänger weisen im Durchschnitt eine hohe emotionale Kompetenz auf. 2.) Teilaspekte der emotionalen Kompetenz sind unterdurchschnittlich ausgeprägt. 3.) In einzelnen Dimensionen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede.

Ergebnis: 1.) Die Ergebnisse haben gezeigt, dass 59,6% der Probanden eine überdurchschnittlich hohe emotionale Kompetenz aufweisen. 2.) Es gibt keinen Teilaspekt, bei dem die WSO-Abgänger schlechter als die jeweilige Normbevölkerung abschneiden. 3.) Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede konnten in den Dimensionen: "Erkennen der Emotionen bei anderen" ($t=-2,553$ $df=55$ $p=0,13$) "Emotionale Expressivität" ($t=-3,111$ $df=55$ $p=0,003$) und "Einstellung zu Gefühlen" ($t=-3,118$ $df=55$ $p=0,003$) festgestellt werden.

Diskussion: Verfälschungsabsicht konnte dadurch, dass es für die Probanden keine positiven Konsequenzen gab, gering gehalten werden. Selbsteinschätzung hätte mit Fremdeinschätzung zur Absicherung verglichen werden können. Bei einer höheren Rücklaufquote hätten die Ergebnisse deutlichere Aussagekraft. Geringer Männeranteil (22,8%) relativiert geschlechtsspezifische Unterschiede.

Stichworte: Osteopathie, Emotionen, emotionale Kompetenz

Abstract (English)

Title: What is the status quo of emotional competence among Vienna School of Osteopathy (WSO) graduates in Austria?

Study design: For this study a quantitative research approach was adopted.

Method: The sample consisted of 57 WSO graduates (44 females, 13 males). For the survey, Rindermann's Emotional Competence Questionnaire (EKF), consisting of a main scale and a subscale, was used. This questionnaire meets the quality criteria of objectivity, reliability and validity. The following aspects of emotional competence were measured through self-assessment: recognizing and understanding one's own emotions, recognizing other people's emotions, regulating and controlling one's own emotions, emotional expressivity, regulation of other people's emotions and attitudes towards emotions. In order to guarantee anonymity, the questionnaire was sent to 264 osteopaths by the WSO via email. The response rate was 21.6%.

Assumptions: 1.) On average WSO graduates demonstrate a high level of emotional competence. 2.) Certain aspects of emotional competence are developed below average. 3.) Several dimensions show gender-specific differences.

Results: 1.) The results show above-average emotional competence in 59.6% of the participants. 2.) WSO graduates do not demonstrate a lower performance than the respective standard population in any of the aspects. 3.) Significant gender-specific differences could be identified regarding the categories "Recognition of emotions in others" ($t=-2.553$ $df=55$ $p=0.13$), "Emotional expressivity" ($t=-3.111$ $df=55$ $p=0.003$) and "Attitude towards emotions" ($t=-3.118$ $df=55$ $p=0.003$).

Discussion: The risk of intentional distortion could be kept to a minimum as there were no positive consequences for the participants. For further validation of the results, the observations obtained through self-assessment could have been compared to external assessment by others. Furthermore, a higher response rate would have provided the results with a higher significance. The low percentage of male participants (22.8%) reduces the significance of the gender-specific differences in the results.

Keywords: osteopathy, emotions, emotional competence

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Idee und persönliche Motivation.....	1
1.2	Forschungsfrage und Grundgerüst der Arbeit	2
1.3	Relevanz	3
2	Emotionale Kompetenz versus emotionale Intelligenz	4
2.1	Emotionale Kompetenz	4
2.2	Emotionale Intelligenz	6
2.2.1	Konzepte der emotionalen Intelligenz	7
2.2.2	Kritik am Konzept der emotionalen Intelligenz.....	11
2.3	Modelle der emotionalen Kompetenz	13
2.3.1	Modell der vier emotionalen Kompetenzen nach Rindermann	13
2.3.2	Die 8 Fertigkeiten emotionaler Kompetenz nach Saarni	15
2.3.3	Die Relevanz der emotionalen Kompetenz in der Osteopathie	16
3	Emotionale Kompetenz aus neurobiologischer Sicht	31
3.1	Emotionen	32
3.2	Gefühle.....	35
3.3	Die Hypothese der somatischen Marker	36
3.4	Die Bedeutung der Spiegelneurone für die emotionale Kompetenz.....	37
3.4.1	Das Mitempfinden von Emotionen	39
3.4.2	Relevanz der Spiegelneurone für die Osteopathie.....	41
4	Emotionale Kompetenz aus entwicklungspsychologischer Sicht	42
4.1	Selbstkonzept als Voraussetzung für Empathie	43
4.1.1	Fördernde und hemmende Sozialisationsbedingungen	45
4.2	Entwicklung der Ich-Identität	47
4.2.1	Acht Lebenszyklen zur Erlangung einer reifen Persönlichkeit.....	48
5	Osteopathie und Theorie.....	53
5.1	Emotionale Kompetenz führt zu besseren Behandlungsergebnissen	53
5.2	Emotionale Kompetenz führt zu größerer Patientenzufriedenheit	55
5.3	Emotionale Kompetenz verhindert Burnout.....	57
6	Methodik	61
6.1	Forschungsfrage	61
6.1.1	Vorannahme 1.....	61

6.1.2	Vorannahme 2.....	61
6.1.3	Vorannahme 3.....	61
6.2	Stichprobe	62
6.3	Erhebungsverfahren.....	67
6.3.1	Fragebogen.....	67
6.3.2	Auswertung der Daten	68
6.3.3	Frequenzanalysen und Signifikanztests	69
6.4	Ergebnisdarstellung.....	70
6.4.1	Emotionale Kompetenz-Gesamt	70
6.4.2	Erkennen eigener Emotionen.....	76
6.4.3	Erkennen von Emotionen bei anderen	80
6.4.4	Regulation und Kontrolle eigener Emotionen	85
6.4.5	Emotionale Expressivität.....	89
6.4.6	Regulation der Emotionen anderer	94
6.4.7	Einstellungen zu Gefühlen	98
6.5	Tabellenübersicht.....	102
6.6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	106
7	Diskussion und Kritik.....	107
8	Zusammenfassung.....	111
8.1	Einleitung	111
8.2	Theoretischer Hintergrund.....	112
8.3	Methodik.....	115
8.3.1	Stichprobe	116
8.3.2	Erhebungsverfahren.....	116
8.3.3	Auswertung der Daten	117
8.3.4	Ergebnisdarstellung	118
8.3.5	Diskussion und Kritik.....	119
9	Literaturverzeichnis	122
10	Anhang.....	128
10.1	Fragebogen mit Begleitschreiben.....	128
11	Summary.....	141
11.1	Introduction	141
11.2	Theoretical background.....	142
11.3	Method	145

11.3.1	Sample.....	145
11.3.2	Survey procedure.....	146
11.3.3	Data evaluation	147
11.3.4	Presentation of results	147
11.3.5	Discussion and criticism.....	148
11.4	Reference.....	151

1 Einleitung

1.1 Idee und persönliche Motivation

"Um den Patienten zu erreichen, muss dieser sich berührt fühlen, - in seinem Herzen, nicht nur in seinem Intellekt oder in seinem Gewebe"

(Liem, 2006, S. 238).

Dieser Gedanke beschreibt gut den Ausgangspunkt für die Überlegungen zu meiner Master Thesis.

Die Osteopathie wird als ein ganzheitliches Konzept verstanden, wobei sich Struktur, Funktion und Psyche wechselseitig beeinflussen.

In meiner Osteopathieausbildung haben wir Jahre damit verbracht, unsere Hände darin zu schulen, geringste Spannungen und Mobilitätsverluste in den verschiedensten Geweben zu erspüren. Wir haben ausführlich über die Zusammenhänge der einzelnen Ebenen (Wirbel-, Organ-, Craniosacralebene) gesprochen, um den Patienten möglichst ganzheitlich wahrzunehmen.

Aber wie berührt man den Patienten in seinem Herzen?

Das emotionale Empfinden des Patienten ist in der Ausbildung meist nur sehr oberflächlich angesprochen worden.

Geht es hier darum, sich ganz in den anderen hineinzufühlen? Seine Gedanken, Gefühle und Wertsysteme wahrzunehmen - was man auch unter dem Begriff "Empathie" versteht? Oder ist es auch entscheidend, wie ich mit dem Patienten kommuniziere?

Ist es notwendig, gewisse Phänomene wie Angst, Traurigkeit oder Ärger im therapeutischen Setting wahrzunehmen und adäquat damit umzugehen, um so einen guten Zugang zum Patienten zu finden?

Immer wieder stelle ich fest, dass meine therapeutischen Interventionen effizienter sind, wenn es mir gelingt, einen "guten Draht" zum Patienten herzustellen, den Patienten wertfrei und unter Berücksichtigung seiner

derzeitigen Lebenssituation wahrzunehmen und darauf einzugehen. Gibt es aber auch Studien darüber, die einen solchen Zusammenhang belegen?

Und welche Fähigkeit oder welche Kompetenz brauche ich als Osteopath, um diesen so genannten "guten Draht" herzustellen?

Ich bin auf das Modell der emotionalen Kompetenz gestoßen, welches das Erkennen der eigenen Gefühle, der Gefühle von anderen, den Umgang mit diesen, sowie die emotionale Expressivität einschließt und somit meines Erachtens wesentlich ist für die Gestaltung der Patient-Therapeut-Beziehung.

Novy (2007), die sich in ihrer Arbeit mit der Patient-Therapeut-Beziehung in der Osteopathie auseinandersetzt, zeigt auf, dass sich die von ihr befragten Osteopathen bei auftretenden Interaktionsproblemen und Konflikten hilflos fühlen und fordert, dass eine bewusste Beziehungsgestaltung und Aspekte wie Empathie vermehrt in der osteopathischen Ausbildung Beachtung finden sollten. Umso mehr gewinnt diese Forderung an Bedeutung, als auch das General Osteopathic Council (2000) in den "osteopathischen Standards" eine professionelle therapeutische Beziehung zum Patienten verlangt.

Eine empirische Studie von Hähn-Jakobs (2008) über Empathie und Osteopathie in Deutschland zeigt, dass nahezu alle befragten Osteopathen für die Vermittlung von sogenannten "soft skills" in der Ausbildung plädieren und eine hohe Empathiefähigkeit aufweisen.

So kam mir die Idee, den Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-Abgängern in Österreich zu erheben, um zu eruieren, ob es notwendig ist, Teilbereiche der emotionalen Kompetenz zusätzlich in der Ausbildung zu berücksichtigen.

1.2 Forschungsfrage und Grundgerüst der Arbeit

In dieser Arbeit soll der Frage auf den Grund gegangen werden, inwieweit Osteopathen sich ihrer eigenen Gefühle bewusst sind, inwieweit sie die Gefühle anderer erkennen, wie gut sie mit ihren eigenen Gefühlen umgehen und inwieweit sie diese zum Ausdruck bringen können.

Dazu ist es zunächst erforderlich, Begriffe wie "emotionale Kompetenz" und "emotionale Intelligenz" zu definieren und voneinander abzugrenzen.

Anschließend beschreibe ich die Teilfähigkeiten emotionaler Kompetenz und stelle anhand von Studien und Literatur einen Bezug zur Relevanz in der Patient-Therapeut- Beziehung her (Rindermann, 2009; Saarni, 2002).

Es folgt das Aufzeigen eines Entwicklungsweges der emotionalen Kompetenz aus neurobiologischer (Bauer, 2009; Rizzolatti, 2008) und entwicklungspsychologischer Sicht (Bischof-Köhler, 1989; Erikson, 1966).

Danach wird die Studie durchgeführt, wobei der Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF) nach Univ. Prof. Dr. Heiner Rindermann zur Anwendung kommt.

Die Ergebnisse der Studie werden anschließend beleuchtet und mit der Theorie in Zusammenhang gebracht, mit dem Ziel herauszufinden, ob es sinnvoll wäre auf Teilaspekte der emotionalen Kompetenz während der Osteopathieausbildung näher einzugehen.

1.3 Relevanz

Kurz möchte ich jetzt schon erläutern, warum emotionale Kompetenz für Osteopathen relevant ist, und wie sich diese Fähigkeit auch positiv auf die Patienten auswirkt:

Für Rogers (1983) ist die Beschaffenheit der zwischenmenschlichen Beziehung für alle Berufsgruppen, bei denen es um Beziehung zu Menschen geht, also auch in der Osteopathie, das wichtigste Element zum Erfolg.

Eine gute Beziehung zum Patienten ist von grundlegender Bedeutung für den Behandlungserfolg, meint auch Liem (2006). Dies belegen Studien von Di Blasi et al. (2001) und Hojat (2002) (vgl. Kap. 5.1).

Emotional kompetentes Verhalten im Umgang mit Klienten verringert die Wahrscheinlichkeit emotionaler Erschöpfung (Schmitz, 2002; Büssing, 2003).

Osteopathen könnten sich also besser vor einem Burnout schützen (vgl. Kap. 5.3).

In einem Artikel über Patientenzufriedenheit stellt sich die Kommunikationsfähigkeit des Therapeuten als wichtiger Faktor heraus. Zudem stehen dabei hauptsächlich die so genannten "soft skills" des Therapeuten im Vordergrund. Der Patient beurteilt, ob er sich gut aufgehoben fühlt, ob der Therapeut Verständnis für ihn hat und ob eine zwischenmenschliche Basis vorhanden ist. Der Patient möchte als Individuum wahrgenommen werden und erwartet emotionale Hilfe und Empathie im Umgang mit seinen Beschwerden und Ängsten (Physiopraxis, Juni 2008).

Der Aspekt Patientenzufriedenheit sollte in jeder Osteopathiepraxis groß geschrieben werden, denn zufriedene Patienten kommen wieder bzw. empfehlen den Therapeuten weiter.

2 Emotionale Kompetenz versus Emotionale Intelligenz

2.1 Emotionale Kompetenz

In dem Begriff "emotionale Kompetenz" sind mehrere Botschaften enthalten.

"Die Wurzel des Wortes Emotion ist movere, lateinisch für bewegen, wobei das Präfix "e" hinwegbewegen bedeutet, was darauf hindeutet, dass jeder Emotion eine Tendenz zum Handeln innewohnt" (Goleman, 1996, S. 22).

So sieht auch Izard den Zweck der Emotionssysteme darin, das Überleben einer Spezies zu sichern. Außerdem helfen uns Emotionen dabei, intelligent und angepasst auf unsere Umwelt zu reagieren (Schultz, Izard & Abe, 2006).

Der bekannte Hirnforscher Antonio Damasio zeigt auf, dass Emotionen unentbehrlich für rationales Verhalten sind. Neuesten Forschungsergebnissen zufolge ist ein kompetenter Umgang mit Umwelt und Mitmenschen sowie vernünftiges Handeln nur auf Basis der Integration von Emotion und Denken möglich (Damasio, 2009).

All diese Aspekte berücksichtigend fasst Döring-Seipel (1999) den "Sinn der Emotionen" folgendermaßen zusammen:

- Emotionen sind eine wichtige Informationsquelle über die persönliche Bedeutung von Situationen (Signal)
- Emotionen geben dem Denken Orientierung, indem Entscheidungsalternativen emotional bewertet werden (Orientierung).
- Emotionen sichern unsere Handlungsfähigkeit (Döring-Seipel, Sanne, 1999).

Der Begriff "kompetent" (von lat. *competens* - zuständig, gebühlich) bezeichnet das, wozu der Betreffende von Amtswegen oder seinen Fähigkeiten, seiner Ausbildung nach befähigt ist. Die Kompetenz schließt also nicht nur die Zuständigkeit, sondern auch die Befähigung mit ein (Synonymisches Wörterbuch der deutschen Sprache, 1910).

Kompetenz stellt somit ein personenbezogenes Merkmal dar, das sich in konkreten Leistungen niederschlägt und erfolgreiches Handeln ermöglicht (Rindermann, 2009).

Bringt man die beiden Begriffe "Emotion" und "Kompetenz" wieder zusammen, so handelt es sich hier also um eine Fähigkeit, mit Emotionen angemessen umzugehen, sowohl mit den eigenen als auch mit den Emotionen der anderen, was sich in jeder zwischenmenschlichen Beziehung, also auch in der Patient-Therapeut-Beziehung widerspiegelt.

Emotionale Kompetenz wird demnach als multidimensionale Fähigkeit zum Erkennen eigener Gefühle, zum Erkennen der Gefühle anderer, zum Umgang mit eigenen Gefühlen und zum Ausdruck von Gefühlen verstanden (Rindermann, 2009).

Goleman sieht diese Form der Selbstwahrnehmung (Erkennen der eigenen Gefühle) als die Wurzel bzw. Grundlage der Empathie: *"Je offener wir für unsere eigenen Emotionen sind, desto besser können wir die Gefühle anderer deuten"* (Goleman, 1996, S.127).

Anders ausgedrückt umspannt das Konzept der emotionalen Kompetenz die Entwicklung einer balancierten Persönlichkeit, das den Erwerb von Beziehungsfähigkeit, Bewältigungskompetenzen und Fähigkeiten zur Selbstregulation einschließt (Salisch, 2002).

Dieser Definition zufolge kann das Konzept der emotionalen Kompetenz in einem osteopathischen Setting nicht ohne Bedeutung sein.

2.2 Emotionale Intelligenz

Intelligenz per se ist ein komplexes Konstrukt (theoretischer Begriff), welches durch eine Vielzahl von kognitiven Teilfähigkeiten gekennzeichnet ist. Es gibt z.B. die verbale Intelligenz, numerische Intelligenz, analytische Intelligenz.....(Brocke, Beauducel, 2001).

Da jeweils etwas anderes gemessen wird, ist es nicht möglich eine allgemein gültige Definition (Explizitdefinition) für Intelligenz zu finden, führt Brocke weiter aus.

Intelligenz ist ein erstaunlich stabiles Persönlichkeitsmerkmal. Das heißt: bearbeitet eine Gruppe von Personen ein und denselben Test zu verschiedenen Zeitpunkten, so ergeben sich stets hohe Korrelationen zwischen den Ergebnissen (Hany, 2001).

Zur Erklärung der "Stabilität der Intelligenz" werden genetische Ursachen angeführt.

Obwohl Intelligenz als Persönlichkeitsmerkmal allgemein akzeptiert ist, ist die prognostische Validität von Intelligenztests bezüglich Berufserfolg und sozialem Status nicht sehr überzeugend (Stern, Guthke, 2001).

Da es jedoch auch zum Bestreben der Psychologie gehört, Alltagskompetenzen noch besser zu erklären bzw. zu prognostizieren, wie oben genannte Autoren meinen, wurden erweiterte Intelligenzkonstrukte wie die der emotionalen Intelligenz eingeführt.

Weber und Westmeyer (2001) geben drei Gründe für die Einführung dieser neuer Intelligenzkonzepte an:

- 1.) Bei der psychometrischen Intelligenzmessung werden für den Test eigens Aufgaben konstruiert. Es fehlt der Bezug zu alltagspraktischen Aufgaben und Problemen.
- 2.) Die Vorhersagevalidität psychometrischer Intelligenztests ist vor allem für den Bereich des Berufserfolgs nur mäßig.
- 3.) Die psychometrische Intelligenz führt zu einer strengen Selektion einer relativ kleinen Gruppe. Große Begabungsressourcen bleiben unentdeckt und unbeachtet.

2.2.1 Konzepte der emotionalen Intelligenz (EI)

Die amerikanischen Forscher Salovey und Mayer entwickelten 1990 das Konzept der emotionalen Intelligenz mit dem Postulat, dass emotionale Intelligenz die wesentliche Voraussetzung für die optimale Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit bildet. (Döring- Seipel, Sanne, 1999). In ihrem revidierten Konzept von 1997, das sich strikt auf ein mentales Fähigkeitskonzept beschränkt, umfasst emotionale Intelligenz vier Klassen emotionsbezogener Fähigkeiten:

- 1.) Wahrnehmung, Bewertung und Ausdruck von Emotionen
- 2.) Emotionale Förderung des Denkens
- 3.) Verstehen und Analysieren von Emotionen, Anwendung emotionalen Wissens
- 4.) Reflexive Emotionsregulation

Innerhalb jeder Klasse werden vier repräsentative Teilfähigkeiten beschrieben, die sich hinsichtlich ihres Auftretens in der Entwicklung unterscheiden (Neubauer & Freudenthaler, 2001).

Wahrnehmung, Bewertung und Ausdruck von Emotionen	Das Erkennen können von Emotionen bei sich selbst auf Basis von körperlichen Zuständen, Stimmungen und Gedanken.
	Das Erkennen können von Emotionen, die von anderen Menschen bzw. in Figuren, Bildern zum Ausdruck gebracht werden auf der Grundlage von Sprache, Klang, Erscheinung und Verhaltensweisen.
	Das richtige Ausdrücken von Emotionen bzw. Bedürfnissen, die mit diesen Gefühlen assoziiert sind.
	Das Differenzieren können zwischen zutreffenden versus unzutreffenden, oder ehrlichen versus unehrlichen Gefühlsausdrücken.

Emotionale Förderung des Denkens	Emotionen beeinflussen unser Denken, da sie die Aufmerksamkeit auf wichtige Informationen lenken..
	Für verschiedene Entscheidungen und Urteile können hervorgerufene Emotionen hilfreich sein, z.B. ob man einen neuen Job annehmen soll.
	Die Berücksichtigung verschiedener Standpunkte wird von emotionalen Stimmungsschwankungen gefördert.
	Für verschiedene Arten des schlussfolgernden Denkens (induktiv vs. deduktiv) sowie die Bewältigung unterschiedlicher Aufgabenstellungen sind verschiedene emotionale Zustände unterschiedlich förderlich.

Verstehen und Analysieren von Emotionen, Anwendung emotionalen Wissens	Das Benennen können von Emotionen und das Erkennen von Ähnlichkeiten bzw. Unterschieden zwischen verschiedenen Emotionen.
	Interpretieren können, welche Bedeutung die Emotionen über Beziehungen vermitteln.
	Verstehen können von komplexen Gefühlen, wie beispielsweise simultan auftretende Emotionen.
	Das Verstehen von potentiellen Gefühlsübergängen, wie beispielsweise die möglichen Übergänge von Ärger zu Zufriedenheit bzw. von Ärger zu Schuldgefühlen.
Reflexive Emotions-regulation	Die Offenheit sowohl für angenehme als auch unangenehme Gefühle.
	Das sich einlassen können auf Emotionen oder sich von ihnen loslösen können, in Abhängigkeit davon, wie informativ und nützlich sie eingeschätzt werden.
	Das reflexive Betrachten können von Emotionen unter verschiedenen Gesichtspunkten, bzw. die Emotionen einer umfassenden "Meta-Evaluation" unterziehen.
	Das Regulieren-können von Emotionen bei sich selbst und bei anderen ohne dabei die Bedeutung der jeweiligen Emotionen abzuschwächen oder aufzuwerten.

Emotionale Intelligenz bezieht sich laut Mayer und Salovey also auf folgende Fähigkeiten:

"Emotional intelligence refers to an ability to recognize the meanings of emotions and their relationships, and to reason and problem-solve on the basis of them. Emotional intelligence is involved in the capacity to perceive emotions,

assimilate emotion-related feelings, understand the information of those emotions, and manage them" (Mayer & Salovey & Caruso 2000, S. 267).

Emotional intelligentere Personen können nach Mayer und Salovey (1997) unter anderem auch dadurch charakterisiert werden, dass sie sich in ihren emotionalen Fähigkeiten rascher weiterentwickeln und mehr der beschriebenen Teilfähigkeiten beherrschen als weniger intelligente Personen (Neubauer & Freudenthaler, 2001).

Der Begriff "emotionale Intelligenz" wurde durch den amerikanischen Wissenschaftsjournalisten und Psychologen Daniel Goleman aufgrund seines gleichnamigen Buches, schnell populär.

"Seit Freud hat wohl kaum ein psychologischer Begriff eine derart schnelle Übernahme in die Alltagssprache erfahren" (Schulze, Freund, Roberts, 2006, S.5).

Für Goleman ist die emotionale Intelligenz eine *"Metafähigkeit, von der es abhängt, wie gut wir unsere sonstigen Fähigkeiten, darunter auch den reinen Intellekt, zu nutzen verstehen"* (Goleman, 1996, S. 56).

In sehr verständlicher Sprache führt er aus, dass ein geschicktes Handhaben des eigenen Gefühlslebens darüber entscheidet, ob jemand im Leben Erfolg hat und dass dafür spezifische *"Kompetenzen"* erforderlich sind.

Emotionale Kompetenzen lassen sich durch Trainingsmaßnahmen fördern (Goleman, 1996; Rogers, 1983; Erikson, 1966; Hess-Liebers, 1999; Rindermann, 2009) im Gegensatz zur Intelligenz, die ja ein Persönlichkeitsmerkmal darstellt. Da emotionale Kompetenzen im Prinzip von jedem erlernbar sind, weckte dies Bedürfnisse in der Öffentlichkeit und eroberte einen großen Markt (Neubauer & Freudenthaler, 2001).

2.2.2 Kritik am Konzept der Emotionalen Intelligenz

Neubauer und Freudenthaler meinen zu Golemans Konzept:

"Selbst wenn fundierte Wissenschaft in Golemans Buch dünn gesät ist, hat es vermehrte wissenschaftliche Untersuchungen im Bereich emotionaler Intelligenz angefacht" (Neubauer & Freudenthaler, 2006, S. 40).

Kritik erntet Goleman auch von Schuler, der dessen Konzept als pseudowissenschaftliche Errungenschaft sieht und dieses als rückschrittlich, irreführend, ignorant und unnötig bezeichnet (Schuler, 2002).

Er sieht in Golemans Konzept einen Missbrauch des Intelligenzbegriffs, da es vor allem nicht kognitive Fähigkeiten wie Selbstvertrauen, Offenheit, Optimismus und Empathie beinhaltet.

Dies ist einer der Gründe, warum in meiner Masterthese der **"Kompetenzbegriff"** bevorzugt verwendet wird. Beleuchtet werden sollen hier Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz, die für eine professionelle Patient-Therapeut-Beziehung förderlich sind und auch in einem gewissen Rahmen geschult werden können.

Rindermann, der den meiner Arbeit zugrunde liegenden Fragebogen erstellt hat, äußert sich folgendermaßen dazu:

"Der Intelligenzbegriff sollte für kognitive Fähigkeiten reserviert bleiben.....emotionale Kompetenz enthält zwar auch kognitive Elemente, Wahrnehmen, Erkennen und Verstehen von Gefühlen und dem Perspektivenwechsel, geht über diese mit angemessener Regulation und Ausdruck aber hinaus" (Rindermann, 2009, S.11).

Auch das Konzept der emotionalen Intelligenz nach Mayer und Salovey weist aufgrund der Breite des Ansatzes einige Probleme auf:

Wie in der kognitiven Intelligenzforschung üblich, nehmen Mayer und Salovey an, dass es "richtige" und "falsche" Lösungen der Aufgaben gibt, was im emotionalen Bereich oft nicht der Fall ist (Salisch, 2002).

Salisch führt dazu weiter aus:

"Wie emotionales Empfinden und Ausdrucksverhalten bewertet wird, wird unter anderem zu einer Frage nach den Zielen des Menschen" (Salisch, 2002, S.37).

Die Modelle sind in sich nicht stimmig: Fähigkeiten sind mit Einstellungen vermischt, Theorie und Empirie sowie Modell und Fragebogen passen nicht zusammen (Neubauer & Freudenthaler, 2006).

Dass die Erforschung emotionaler Kompetenzen trotz aller Schwierigkeiten aber durchaus sinnvoll und von Nutzen ist, meint auch Asendorpf, wenn er schreibt:

"Emotionale Kompetenzen sind im Prinzip sinnvolle Konstrukte der empirischen Psychologie, und es wäre misslich, wenn die berechtigte Kritik am Konzept der emotionalen Intelligenz die Erforschung der emotionalen Kompetenzen behindern würde" (Asendorpf, 2002, S.181).

2.3 Modelle der emotionalen Kompetenz

2.3.1 Modell der vier emotionalen Kompetenzen nach Rindermann

Das Modell basiert in seiner Entwicklung auf Vorarbeiten von Mayer und Salovey sowie Neubauer und Freudenthaler (2001, 2002), versucht aber die vorher genannten Widersprüchlichkeiten zu reduzieren (Rindermann, 2009).

Unterschieden werden vier Bereiche emotionaler Kompetenz:

- 1.) Das Erkennen der eigenen Gefühle
- 2.) Das Erkennen der Gefühle anderer
- 3.) Die Regulation der eigenen Gefühle
- 4.) Die emotionale Expressivität (Ausdruck von Gefühlen)

Getrennt von diesen vier Fähigkeiten wird:

Die Regulation der Gefühle bei anderen

Die Einstellung zu Gefühlen

Als Grund für diese Trennung, sowohl theoretisch, als auch im Erhebungsverfahren gibt Rindermann (2009) an, dass die Regulation der Gefühle bei anderen eher eine soziale Kompetenz darstellt, und dass die Einstellung zu Gefühlen keine Fähigkeit ist.

Trotzdem erachtet er es als wichtig, nach den Einstellungen zu fragen, da der tatsächliche Einsatz von Kompetenzen im Alltag von Einstellungen abhängt.

"Ein schneller Läufer, also ein Mensch mit der Fähigkeit, schnell zu laufen, muss, um schnell zu laufen, auch schnell an sein Ziel kommen wollen" (Rindermann, 2009, S. 11).

Auffallend ist, dass dieses Konzept im Gegensatz zum vorher vorgestellten komplexen von Mayer und Salovey, recht einfach gehalten wird.

Neubauer und Freudenthaler (2001) meinen dazu:

"Eine derartige Reduktion erscheint auch dahingehend gerechtfertigt, dass komplexere emotionale Intelligenzkomponenten, wie das Verstehen und die Nutzbarmachung von Emotionen keine distinktiven Fähigkeiten repräsentieren, sondern konzeptuelle Überschneidungen untereinander aufweisen bzw. von den emotionalen Basisprozessen in einem beträchtlichen Ausmaß beeinflusst sein können" (Neubauer & Freudenthaler, 2001, S. 214).

Vereinfacht könnte man sagen, dass, wenn eine Person die eigenen Emotionen bzw. die Emotionen der anderen gut wahrnehmen kann, sie dann auch adäquat ausdrücken und regulieren kann, diese Emotionen für das Erreichen seiner Ziele nutzbar machen kann.

Um das Ausmaß, das sich daraus für die Patient-Therapeut- Beziehung ergibt, besser darstellen zu können, möchte ich noch auf die Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz nach Saarni (2002) näher eingehen!

Die vier Kompetenzen nach Rindermann kommen inhaltlich auch in ihrem Konzept vor und werden um weitere vier Kompetenzen erweitert, wobei Saarni (2002) betont, dass diese Fertigkeiten nie unabhängig voneinander wirken.

Bezug nehmend auf die nachfolgende Studie werden die Probanden bezüglich der vier Kompetenzen nach Rindermann befragt, die sozusagen die emotionalen Basisprozesse darstellen. In weiterer Folge können die Ergebnisse vorsichtig auch auf das erweiterte Konzept von Saarni (2002) übertragen werden.

Dem aufmerksamen Leser wird schon aufgefallen sein, dass bei Rindermann (2009) sowie auch im nächsten Abschnitt bei Saarni (2002) der Begriff "Emotion" gleichgesetzt ist, bzw. im selben Kontext verwendet wird, wie der Begriff "Gefühl".

In meiner vorliegenden Arbeit möchte ich dies auch so beibehalten, da genau dies die Arbeiten sind, auf die sich meine Studie stützt.

In der Gehirnforschung wird zwischen diesen beiden Begriffen jedoch deutlich unterschieden:

Emotionen treten auf der Bühne des Körpers auf, indem sich die Stimme, der Gesichtsausdruck, die Verhaltensweisen oder aber auch der Herzschlag oder der Blutdruck verändert.

"Emotion bedeutet immer Übergang und Aufruhr, manchmal erdrutschartige Veränderungen des Körperzustandes" (Damasio, 2009, S. 79).

Gefühle treten auf der Bühne des Geistes auf, sie sind immer verborgen, nur erkennbar für ihren rechtmäßigen Besitzer (Damasio, 2009).

Weiters führt er aus, dass Emotionen den Gefühlen voraus gehen. Emotionen und Gefühle sind jedoch so eng miteinander verknüpft, dass wir geneigt sind, sie als ein einziges Phänomen wahrzunehmen.

2.3.2 Die 8 Fertigkeiten emotionaler Kompetenz nach Saarni

Die Bewusstheit über den eigenen emotionalen Zustand

Die Fähigkeit, Emotionen anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen

Die Fähigkeit zum Gebrauch des Emotionslexikons

Die Fähigkeit zur empathischen Anteilnahme

Die Fähigkeit, zwischen internalem emotionalen Erleben und externalem Emotionsausdruck zu unterscheiden

Die Fähigkeit zur adaptiven Bewältigung aversiver Emotionen und belastender Umstände

Die Bewusstheit von emotionaler Kommunikation in Beziehungen

Die Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit

2.3.3 Die Relevanz der emotionalen Kompetenzen in der Osteopathie

1. Die Bewusstheit über den eigenen emotionalen Zustand

Dies schließt die Möglichkeit ein, dass man mehrere Gefühle gleichzeitig erlebt und die Bewusstheit, dass man sich aufgrund selektiver Aufmerksamkeit seines Gefühlsempfindens nicht immer bewusst ist (Saarni, 2002).

Besonders in der Untersuchungssituation ist der Therapeut auf mehreren Ebenen gefordert, möglichst viel vom Patienten wahrzunehmen, was leicht dazu beiträgt, sein eigenes emotionales Befinden auszublenden.

So empfiehlt Liem (2006), sich zuerst seiner emotionalen Verfassung bewusst zu werden, dann aber auch gewisse Techniken zu erlernen, um in das eigene Zentrum, einen Zustand der Leere, zu gelangen um möglichst wertneutral die palpatorische Befunderhebung durchzuführen.

Aber auch in der Therapiesituation ist es immer wieder wichtig, sein eigenes emotionales Empfinden wahrzunehmen.

Für Damasio (2009) ist ein "Gefühl" die Wahrnehmung eines bestimmten Körperzustandes in Verbindung mit der Wahrnehmung einer bestimmten Art zu denken.

Gefühle sind sozusagen mentale Sensoren und informieren uns über den gegenwärtigen Zustand des Organismus.

Im richtigen Kontext abgerufen, werden Gefühle zu Vorboten, die ankündigen, was sich in der nahen oder fernen Zukunft als gut oder ungünstig erweisen könnte. Das emotionale Signal kann keine rationalen Überlegungen ersetzen, aber es übernimmt eine Hilfsfunktion dahingehend, dass es die Effizienz des Entscheidungsprozesses erhöht und diesen beschleunigt (Damasio, 2009).

Diesen Gedankengang folgend, könnte eine gute Eigenwahrnehmung des Therapeuten eine wertvolle Entscheidungshilfe in diversen Therapiesituationen darstellen.

Ich denke da an Situationen, in denen aufgrund von Anamnese, Befunden und klinischen Tests keinerlei Kontraindikation für eine bestimmte Technik besteht, die man aber wegen eines "Bauchgefühls" dann doch nicht durchführt, was sich im Nachhinein, aus welchen Gründen auch immer, als gute Entscheidung herausstellt.

Das Bewusstsein seines eigenen emotionalen Zustandes führt Carl Rogers (1983) als eines der drei wesentlichen Bedingungen für eine therapeutisch heilsame Beziehung an.

In diesem Zusammenhang spricht Rogers von "Kongruenz" und meint damit, *"dass die vom Therapeuten erlebten Gefühle seinem Bewusstsein zugänglich sind, dass er diese Gefühle leben und sein kann und sie - wenn angemessen - mitzuteilen vermag"* (Rogers, 1983, S. 213).

Der Therapeut soll ganz er selbst sein, ohne sich hinter einer Fassade zu verbergen. Diese Kongruenz oder "Echtheit" erfordert aber vollkommenes Vertraut sein mit dem komplexen Fluss des inneren Erlebens.

Gelingt es dem Therapeuten, in der Beziehung zum Patienten er selbst zu sein und ihm wertfrei zuzuhören, beginnt der Patient sich selbst auch so zu akzeptieren, womit er die Voraussetzung für seine Weiterentwicklung schafft (Rogers, 1983).

Kein Therapeut befindet sich immer im gleichen emotionalen Zustand, es ist jedoch nützlich, sich seiner emotionalen Verfassung und dieser Wechselwirkungen immer wieder bewusst zu werden (Liem, 2006).

Liem (2006) weist weiters noch darauf hin, dass das Gewahrsein des Osteopathen gegenüber seinen eigenen sensomotorischen, emotionalen und mentalen Innerlichkeiten bestimmt, inwieweit er in der Lage ist, Gewebe-Bewusstseinsmuster im Patienten zu erkennen.

Dies würde bedeuten, dass Therapeuten, die eine gute Eigenwahrnehmung aufweisen, auch besser in der Lage sind, den Patienten mit all seinen Gedanken, Gefühlen und Einstellungen wahrzunehmen.

Was sogleich auch die Aussage von Saarni (2002) stützt, dass die einzelnen Fertigkeiten nicht unabhängig voneinander funktionieren.

2. Die Fähigkeit, Emotionen anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen

Jede osteopathische Behandlung beruht auf der Begegnung von zwei Menschen, die jeweils ganz unterschiedliche persönliche Lebenserfahrungen mitbringen.

"Emotionale und geistige Haltungen, Erlebnisse und momentanes Erleben des Menschen finden ihren Ausdruck im Körper und seinen Gewebsqualitäten"
(Liem, 2006, S. 155).

Diese gilt es zu erspüren und Veränderungen sensibel wahrzunehmen.

In jeder therapeutischen Situation können im Zuge der Einfühlung in den Patienten verschiedenste Reaktionen und Empfindungen im Körper des Therapeuten auftreten. Diese können sich in Symptomen wie Husten, Schwitzen, Juckreiz aber auch in Schmerzen beim Therapeuten äußern. Diese werden als "körperlich erlebte Gegenübertragung" bezeichnet (Hess- Liebers, 1999).

Weiters meint Hess- Liebers (1999), dass die intensivste Beachtung solcher Vorgänge eine Nutzung im Therapieprozess ermöglicht und die diagnostische und therapeutische Kompetenz erweitert.

In der Studie von Novy (2007), in welcher die Patient-Therapeut-Beziehung intensiv beleuchtet wird, schildert dies einer ihrer Interviewpartner, der Osteopath ist, folgendermaßen: *"Wenn ich das Gefühl habe, ich spür hier den Nabel bei mir, dass das nicht offen ist, dann muss ich schauen was da nicht stimmt"* (Novy, 2007 ,S. 78).

In diesem Fall ist es dem Therapeuten bewusst, dass das Auftreten seiner körperlichen Spannungen ein Interaktionsproblem mit dem Patienten anzeigt. Dies setzt jedoch voraus, dass man sich seines "eigenen" emotionalen Zustandes bewusst ist.

Auch Hess-Liebers (1999) bestätigt dies und betont, dass es hilfreich ist, die eigene "persönliche Gleichung" zu kennen, den Katalog an üblichen Empfindungen, oder was für mich eher ungewöhnliche Erscheinungen sind.

Erkennt also der Osteopath während einer Therapie, welche Empfindungen körperlich erlebte Gegenübertragungen sind, was eine gute Körpereigenwahrnehmung und Selbsterfahrung voraussetzt, so bekommt dieser dadurch wertvolle Informationen über das Empfinden des Patienten und kann dies, indem er es ausspricht, dem Patienten bewusst machen und für den therapeutischen Prozess nutzen.

Für Liem (2006) ist es essentiell für den Heilungsverlauf des Patienten, dass wir sein Gefühlsleben und sein soziales Umfeld nicht getrennt von seinen körperlichen Beschwerden sehen, sondern als zusammenhängenden Komplex anerkennen.

"Das emotionale Innenleben einer Person übt einen mehr oder weniger großen Einfluss auf das Krankheits- oder Gesundheitsgeschehen aus" (Liem, 2006, S.155).

Bezieht der Osteopath den emotionalen Zustand des Patienten in den therapeutischen Prozess mit ein, kann dies den Heilungsverlauf günstig beeinflussen.

Die Fähigkeit, schnell zu erfassen, was in einem Menschen vorgeht, was sie wirklich beabsichtigen oder sich wünschen, wird in der Fachsprache als "Theory of Mind" bezeichnet.

Der Eindruck fließt uns völlig spontan zu, er ist intuitiv da, bevor wir anfangen, ihn bewusst zu reflektieren. Das System der Spiegelneurone ist die neurobiologische Basis für das gegenseitige emotionale Verstehen. (Bauer, 2009). (Vgl. Kap. 3.4).

Kann ein Osteopath dem Patienten vermitteln, dass er sowohl seine Krankengeschichte als auch die damit in Verbindung stehende emotionale Situation sensibel erfasst hat und ihm Verständnis entgegenbringen, so führt dies wiederum zu vermehrter Zufriedenheit des Patienten (Vgl. Kap. 1.3.).

3. Die Fähigkeit zum Gebrauch des Emotionslexikons

Sprache befähigt uns, uns mit anderen Menschen über unsere Emotionen auszutauschen, was sogleich schon Veränderungen des subjektiven Gefühlszustandes einleitet (Saarni, 2002).

Dies könnte mit ein Grund dafür sein, dass Patienten besser mit ihrer Krankheit umgehen können und zufriedener mit der Behandlung sind, wenn sich ihr Arzt für ihre emotionalen Probleme interessiert. Dies zeigt eine Fragebogenstudie von Little et al., die 865 Patienten befragt.

"Factor analysis identified five components. These were communication and partnership (a sympathetic doctor interested in patient's worries and expectations and who discusses and agrees the problem and treatment) Personal relationship (a doctor who knows the patient and their emotional needs) health promotion, positive approach and interest in effect on patient's life" (Little et al., 2001, S. 908).

Patientenzufriedenheit korrelierte am meisten mit "communication and partnership", während die Befähigung mit den Beschwerden umzugehen am meisten mit "the interest in effect on patient's life" korrelierte.

Little et al. haben außerdem die Patienten befragt, was sie sich von einem Arztbesuch erwarten und worauf sie Wert legen.

Als erstes wurde Kommunikation (88-99%) genannt, gefolgt von Partnerschaft (77-87%), und Gesundheitsförderung (85-89%).

Weit weniger ausgeprägt hingegen war der Wunsch nach einer klinischen Untersuchung (63%) oder der Wunsch nach einer Medikamentenverschreibung (25%) (Little et al., 2001).

Der Osteopath kommt zunächst durch die Anamnese in Kontakt mit dem psychoemotionalen Erleben des Patienten (Liem, 2006).

Stuart und Liebermann untersuchten, was Ärzte, die geschickt im Umgang mit Patienten sind, von weniger geschickten unterscheidet. Daraus ist eine Fragetechnik entstanden, die ein besseres Zuhören und dadurch einen besseren Kontakt zum Patienten ermöglicht.

"Patients often expect help with emotional as well as physical problems, so it is important to obtain as much information from patients as possible. The BATHE technique consists of 4 specific questions about the patient's background, affect, troubles, and handling of the current situation, followed by an empathic response..." (Liebermann, Stuart, 1999, S. 35).

Die Fragen, die im Deutschen auch als ELSE-Fragen bezeichnet werden lauten:
"Was ist ihnen passiert?" Im Anschluss:

E für Emotion: "Was haben sie dabei empfunden?"

L für "Lass mich das schwierigste wissen": "Was war das Schwierigste für Sie?"

S für standhalten: "Was hilft ihnen am meisten standzuhalten?" Diese Frage lenkt die Aufmerksamkeit auf die Ressourcen seines Umfeldes.

E für Empathie: "Das muss sehr schwer für sie gewesen sein" (Liem 2006).

Die oben erwähnten Studien zeigen deutlich, die Erwartungshaltung des Patienten, bei einem Arztbesuch auch über die emotionalen Befindlichkeiten sprechen zu können.

Die Bedürfnisse der Patienten dürften bei der Visitation eines Osteopathen, die zum Teil auch Ärzte sind, nicht anders gelagert sein.

Demnach wäre es wichtig, in der Anamnese genügend Raum für das psychoemotionale Erleben des Patienten zu geben und dieses auch anzusprechen.

4. Die Fähigkeit zur empathischen Anteilnahme

Eine von Felder (2007) durchgeführte Literaturstudie kommt zu dem Schluss, dass Empathie ein wichtiger Teil der Wahrnehmung in der Osteopathie ist.

Empathie wird in seiner Arbeit als tieferes Verstehen ein sich hineinversetzen können in die Situation und Gefühlslage eines anderen verstanden. Es bedeutet somit, die Perspektive eines anderen übernehmen zu können und sein inneres Bezugssystem erfassen zu können, was deutlich über ein verbales Verstehen von Mitteilungen hinausgeht (Zwick, 2004a in Felder, 2007).

Rogers (1983) unterscheidet klar zwischen einfühelndem Verstehen und einem bewerteten Verstehen, welches eher ausdrückt: "Ich sehe schon was mit dir nicht stimmt".

Er glaubt, dass ein Patient wachsen kann, wenn jemand versteht was für ein Gefühl es ist "er" zu sein, ohne zu analysieren oder zu richten.

"Ich glaube, dass Veränderung mit Wahrscheinlichkeit eintritt, wenn der Therapeut das Erleben erfassen kann, das in der inneren Welt des Klienten von Augenblick zu Augenblick abläuft; wenn er es sieht und fühlt wie der Klient, ohne aber die Eigenständigkeit seiner Identität in diesem Prozess des Einfühlens zu verlieren" (Rogers, 1983, S. 217).

Forschungen von Hojat (2002) bezüglich Empathie kommen zu folgendem Ergebnis:

"The findings of this study suggest that physician empathy is a multidimensional concept involving at least three components. The most important component of empathy is perspective taking [...]. Other components of empathy are compassionate care and standing in the patient's shoes, which are both specific to the patient-physician relationship" (Hojat, 2002, S. 1567).

Weiters führt er an, dass Empathie zu einem besseren Patient-Therapeut Verhältnis führt, dass die Zufriedenheit sowohl des Patienten als auch des Therapeuten größer ist und zudem noch zu besseren Behandlungsergebnissen führt.

Eine empathische Beziehung zum Patienten trägt demzufolge zur Gesundheit des Patienten bei und führt zu Zufriedenheit auf beiden Seiten.

Ein weiteres positives Attribut wird der Empathie in einer anderen Forschungsarbeit zugeschrieben:

Eine Studie von Mercer et al. (2001) fand heraus, dass Empathie dazu beiträgt, dass der Patient besser mit seiner Erkrankung umgehen kann und sie besser versteht.

118 von 200 Patienten stufen die Betreuung in einem homöopathisch orientierten Krankenhaus als viel besser ein im Gegensatz zur Betreuung bei einem konventionellen Arzt und begründen dies mit der für sie wahrnehmbaren Empathie des Arztes (Mercer et al., 2001).

Kritisch fügt er seiner Studie hinzu, dass Empathie oft als ein zentraler Wert in Berufen des Gesundheitswesens zitiert wird, dass aber diesbezüglich ein Mangel in der modernen Medizin vorliegt.

Er sieht Notwendigkeit darin, mit gezielter Forschung zu beweisen, dass dieses Mitgefühl kein Luxus ist, sondern eine grundlegende Anforderung des Gesundheitssystems (Mercer et al., 2001).

In den vorliegenden Studien wird dieser vierten emotionalen Kompetenz, der Fähigkeit zur empathischen Anteilnahme, große Bedeutung im Gesundheitswesen beigemessen, aber es wird auch erkannt, dass es diesbezüglich, vor allem in der Schulmedizin, Mängel gibt.

5. Die Fähigkeit zwischen internalem emotionalen Erleben und externalem Emotionsausdruck zu unterscheiden

Es gibt Studien, die zeigen, dass Kinder mit zunehmenden Alter emotional expressives Verhalten flexibler einsetzen, ob es sich nun um echte oder verstellte Äußerungen handelt.

Echte Gefühlsäußerungen sind nach Angabe der Kinder angemessen:

- a) wenn die Gefühle sehr stark sind,
 - b) wenn man krank oder verletzt ist,
 - c) wenn man mit bestimmten Personen wie z.B. den Eltern zusammen ist (wobei man die Dimension der engen Beziehung beachten sollte),
 - d) wenn ein ungewöhnliches Unglück passiert ist,
- dann sollte man zeigen, wie man sich diesbezüglich fühlt (Saarni, 2002).

Es sollte auch zu den Fähigkeiten eines Therapeuten gehören, unterscheiden zu können, ob der Emotionsausdruck des Patienten mit seinem tatsächlichen emotionalen Empfinden in Einklang ist.

"Wenn die Worte eines Menschen nicht mit dem Klang seiner Stimme, seiner Körperhaltung oder anderen nonverbalen Äußerungen übereinstimmen, liegt die emotionale Wahrheit in dem, wie er es sagt, und nicht in dem, was er sagt" (Goleman ,1996, S. 129).

In der Osteopathie spielt die Berührung eine wesentliche Rolle. Auch sie kann uns über das tatsächliche Empfinden Aufschluss geben.

Über die Berührung können Beziehungsinhalte und Emotionen aber auch innerste Einstellungen ausgedrückt werden, die über Worte nur sehr schwer auszudrücken sind, meint auch Liem (2006).

Weiter führt er aus:

"So kann die Art der Berührung mehr als viele Worte ausdrücken. Über Körperkontakt ist es meist viel schwieriger, emotionale interpersonelle Haltungen zu verbergen als über die Sprache" (Liem, 2006, S. 155).

Aus der Studie von Saarni (2002) geht noch hervor, dass man seine wahren Gefühle eher jenen Personen zeigt, zu denen man eine enge Beziehung hat, was den Vertrauensaspekt mit einschließt.

Dies würde auch bedeuten, dass Patienten sich eher jenen Osteopathen öffnen, denen es gelingt aufgrund ihrer emotionalen Kompetenz eine empathische Beziehung zum Patienten aufzubauen.

6. Die Fähigkeit zur adaptiven Bewältigung aversiver Emotionen und belastender Umstände

Emotionsregulierung, also belastende Emotionen in adaptiver Weise zu bewältigen, indem man selbstregulative Strategien benutzt, die die Intensität oder die zeitliche Dauer dieser emotionalen Zustände abmildern, ist nach Saarni (1999) ein Kernstück emotionaler Kompetenz (Salisch, 2002).

Als mögliche Strategie wird von der Autorin das Gespräch über die belastenden Emotionen und seine Hintergründe genannt bzw. die Möglichkeit Empfindungen aus der Sicht von Unbeteiligten zu reflektieren.

Salisch (2002) zeigt auf, dass auch belastende Gefühle wie z.B. Ärger, vielfältige Chancen bietet, zu einer Erhöhung der eigenen emotionalen Kompetenz.

Ihre Aussagen dazu möchte ich in Zusammenhang mit einer Therapiesituation schildern:

Nehmen wir an, ein Patient versäumt zum wiederholten Mal ohne abzusagen seinen Termin. Der Therapeut beginnt sich darüber zu ärgern.

Salisch (2002) meint, dass Ärger zunächst einmal dazu anregt, mehr über sich selbst herauszufinden:

Man sollte hinterfragen, was einem so wichtig ist, dass man sich darüber empören kann, wo die Grenzen der Toleranz liegen, denn:

"Ärger und Empörung offenbaren Werte, Wünsche und Bedürfnisse, die einem wichtig sind [.....] Alles in allem bietet das Gefühl des Ärgers so die Chance, die eigene Selbstwahrnehmung, also das bewusste Erleben der eigenen (emotionalen) Befindlichkeit zu schärfen" (Salisch, 2002, S. 153). (Dies entspricht der Fertigkeit 1) nach Saarni).

Wie drückt man seinen Ärger bei der nächsten Gelegenheit sprachlich angemessen aus? (Dies entspricht der Fertigkeit 3) nach Saarni).

Es kommt hin und wieder auch vor, dass ein Patient verärgert in die Praxis kommt.

Der Therapeut kann sich in dieser Situation fragen, warum der Patient an dieser Stelle so ärgerlich reagiert, und ob man ihm seinen Ärger ansehen oder vielleicht in der Gewebsqualität spüren kann.

Nach Salisch können Fragen dieser Art helfen, die eigene Wahrnehmung der Emotionen anderer Menschen auf der Grundlage ihres Ausdrucksverhaltens zu verfeinern. (Dies entspricht der Fertigkeit 2) nach Saarni).

Der Therapeut kann sich dann bemühen, die Perspektive des Patienten zumindest ansatzweise nachzuvollziehen, also empathisch darauf zu reagieren. (Dies entspricht der Fertigkeit 4) nach Saarni).

Wenn es dem Therapeuten dadurch gelingt, beim Patienten eine Änderung seines Verhaltens oder Empfindens zu bewirken, bestärkt dies die emotionale Selbstwirksamkeit des Therapeuten. (Dies entspricht der Fertigkeit 8) nach Saarni).

Dieses einfache Beispiel zeigt auf, welche Vorteile dadurch entstehen, wenn Therapeuten emotionale Kompetenz aufweisen.

Um bei dem oben genannten Gefühl des Ärgers zu bleiben, könnte dies, wenn der Therapeut nicht über emotionale Kompetenz verfügt, in manchen Therapiesituationen zu Streit, beleidigtem Rückzug, eisigem Schweigen oder gar zum Therapieabbruch führen.

In der Studie von Novy (2007) wird dieses Thema auch angesprochen:

"Wie auch in den anderen Interviews deutlich wird, ziehen sich OsteopathInnen bei Interaktionsproblemen rasch aus ihrer Verantwortung gegenüber den PatientInnen und aus der therapeutischen Beziehung zurück. Bei Interaktionsproblemen steht oft die Option des Therapieabbruchs von Seiten der OsteopathInnen im Raum" (Novy, 2007, S. 48).

7. Die Bewusstheit von emotionaler Kommunikation in Beziehungen

Damit meint Saarni (2002), dass es verschiedene Arten von Beziehungen gibt und man seine eigene emotionale Kommunikation darauf abstimmen sollte.

Gefühle werden also in Abhängigkeit von der Beziehung zum Interaktionspartner mitgeteilt.

Wie Studien zeigen, wird von Patienten erwartet, dass sie bei einem Besuch beim Arzt oder Therapeuten über emotionale Belange sprechen können. (Vgl. Kap. 2.3.3 unter3.).

Es gibt Studien, die zeigen, dass Kommunikationsstörungen und -defizite (sowohl bezüglich Emotionen als auch bezüglich Informationen über die Krankheit) zu Vertrauensverlust und zu einem Arztwechsel führen (Keating et al., 2002).

Die Patienten kritisieren in dieser Studie folgende Punkte:

- 1.) Ärzte geben Patienten nicht genug Zeit, das derzeitige Problem zu erklären.
- 2.) geben Antworten, die die Patienten nicht verstehen.
- 3.) haben nicht immer genug Zeit, um Fragen zu beantworten.
- 4.) fragen nicht nach, inwieweit die Familien - bzw. Lebenssituation ihre Gesundheit beeinflussen.
- 5.) geben nicht genug medizinische Informationen.
- 6.) beziehen Patienten nicht genug in Behandlungsentscheidung mit ein.

Gibt es bei einer Arztkonsultation eines der oben genannten Probleme, führt dies zu Vertrauensverlust in den behandelnden Arzt. Bei fünf "Problemerkahrungen" wechseln bereits 41% der Patienten ihren Arzt.

Aufgrund dieser Erkenntnisse sollte laut Keating (2002) die Kommunikationsfähigkeit zu einem Schwerpunktthema für medizinische Lehrpläne werden.

Dass die Grundsätze einer guten Kommunikation wie aufmerksames Zuhören und Erklären ein wesentlicher Faktor für die Qualität der Arztkonsultation darstellt und diese nicht von der reinen Länge der Beratung abhängt, zeigt eine Studie von Goedhuys (Goedhuys, Rethans 2001).

Aufgrund der recht genauen Anamnese, die Osteopathen in der Regel durchführen, und welche auch die psychische Befindlichkeit und Lebenssituation des Patienten einschließen sollte, kann man wohl nicht alle oben genannten Kritikpunkte auch auf eine Osteopathiepraxis übertragen. Wie dies jedoch in der Praxis tatsächlich durchgeführt wird, obliegt der Verantwortung jedes einzelnen Osteopathen.

In der Studie von Novy (2007) berichtet eine Osteopathin, dass immer wieder Patienten von anderen Osteopathen zu ihr kommen und begründet dies folgendermaßen: *"Ja, ich glaub, das ist einfach zuhören. Also es gibt viele Osteopathen, die so eng eingeteilt haben, dass sie keine Zeit mehr haben zuzuhören. Also, das ist schon was, was ich glaub, was ich trotzdem dass die Patienten sehr knapp hintereinander kommen, ich schon versuche wirklich gut zuzuhören, was der eigentlich will von mir.[....]*

Weil manchmal glaubt man, er wünscht sich die Schmerzfreiheit, aber der wünscht sich nur, dass wer zuhört." (Novy, 2007, S. 50)

Zu jedem Patienten wird eine einzigartige Beziehung aufgebaut und es sollte im Wesentlichen von den Bedürfnissen des Patienten abhängen, inwieweit der Therapeut auch die emotionalen Bedürfnisse des Patienten kommuniziert.

Findet der Osteopath aufgrund von "dosierter" emotionaler Kommunikation einen guten Zugang zum Patienten, fördert dies folglich das Vertrauen des Patienten und dieser sieht sich kaum veranlasst, den Osteopathen zu wechseln.

8. Die Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit

Darunter versteht Saarni (2002), dass man sein eigenes emotionales Erleben, egal ob positiv oder negativ, akzeptiert. Personen mit dieser Fertigkeit lassen sich nicht von intensiven negativen Emotionen überwältigen. Sie vertrauen darauf, dass sie ihr emotionales Erleben meistern und achten sich selbst.

Weiters meint Schmitz (2002), dass man emotionale Selbstwirksamkeit braucht, um emotionales Wissen und emotionale Fähigkeiten in die Tat umzusetzen zu können.

Zudem erfordert jede erfolgreiche Handlung ein gewisses Maß an Selbstwirksamkeitserwartung, das heißt, es reicht nicht, objektiv über eine gewisse Fähigkeit zu verfügen, sondern man muss auch subjektiv davon überzeugt sein, diese Fähigkeit zu besitzen (Schmitz, 2002).

Häufige Erfolgserlebnisse verstärken zunehmend die Selbstwirksamkeitserwartung, sodass man sich mehr zutraut und auch größere Anforderungen in Angriff nimmt.

Unrealistisch hohe Erwartungen an die eigenen Kompetenzen würde man nicht als hohe Selbstwirksamkeit bezeichnen, meint Schmitz (2002), da solche groben Fehleinschätzungen meist zu Misserfolgen führen.

Über eine derartige Erfahrung berichtet auch ein Osteopath, der einem Patienten unrealistische Versprechen bezüglich des Therapieerfolgs gemacht hatte und von diesem massiv angegriffen wurde, in einem Interview: "*...er hat mich schon ziemlich verletzt damals und ziemlich auch gestresst [...] und in dem Fall habe*

ich wahrscheinlich einen Fehler gemacht... Und er hat mir das dann signalisiert und er hat Recht. Und ich bin froh, denn nur so kann man lernen" (Novy, 2007, S. 80).

In diesem Fall hat wohl der Osteopath aufgrund seiner hohen Erwartungshaltung an seine Kompetenz dem Patienten zu viel versprochen, und nachdem diese Besserung nicht eintrat, wurde er heftig kritisiert.

Nicht jede osteopathische Behandlung ist von Erfolg gekrönt. Ein Therapeut, der eine hohe Selbstwirksamkeit besitzt, wird sich von zwischenzeitlichen Misserfolgen nicht gleich selbst infrage stellen, sich aber andererseits auch nicht ständig überschätzen, was zu einer balancierten Grundhaltung führt.

3 Emotionale Kompetenz aus neurobiologischer Sicht

Der bekannte Hirnforscher Le Doux betrachtet Emotionen als biologische Funktion des Nervensystems und hebt sich somit klar von dem verbreiteten Ansatz ab, der Emotionen als psychische Zustände auffasst, die von den zugrunde liegenden Hirnmechanismen unabhängig sind.

" Auf unsere emotionalen Reaktionen haben wir kaum einen direkten Einfluss. [...] doch umgekehrt können Emotionen das ganze Bewusstsein überfluten. Der Grund: Die Verdrahtung des Gehirns wurde an dem entsprechenden Punkt unserer Evolutionsgeschichte so gestaltet, dass die Verbindungen von den emotionalen Systemen zu den kognitiven Systemen stärker sind als die Verbindungen in umgekehrter Richtung. Schließlich werden Emotionen, sobald sie auftreten, zu mächtigen Motivatoren künftigen Verhaltens. Sie bestimmen ebenso den Kurs des Handelns von einem Moment zum nächsten, wie die Segel für langfristige Ziele" (Le Doux, 2010, S. 22).

Antonio Damasio, bekannt durch seine neuropsychologischen Forschungen, konnte zeigen, welche entscheidende Rolle den Emotionen beim "vernünftigen" Verhalten des Menschen zukommt, und dass bestimmte Aspekte von Gefühl unentbehrlich für rationales Verhalten sind. (Damasio, 2007).

Die Ergebnisse aus der Hirnforschung wollen uns deutlich machen, dass bei all unseren Handlungen und Entscheidungsfindungen, also auch im therapeutischen Prozess, Emotionen und Gefühle eine wesentliche Rolle spielen.

Im nachfolgenden Kapitel möchte ich auf die Grundzüge von Damasio's Forschungen eingehen, um diese Vernetzung von Emotion, Gefühl und Vernunft und deren Einfluss auf die Entscheidungsfindung deutlich machen zu können.

3.1 Emotionen

Emotionen sind für Damasio (2009) Akte oder Bewegungen, die sich im Gesicht, in der Stimme und in bestimmten Verhaltensweisen manifestieren. Sie treten also auf der Bühne des Körpers auf, sind großteils für andere sichtbar oder lassen sich durch moderne wissenschaftliche Mittel wie Hormontests und elektrophysiologische Messungen der Hirnwellenmuster erfassen.

"Emotionen bestehen aus einfachen Reaktionen, die auf simple Art und Weise für das Überleben eines Organismus sorgen und sich daher in der Evolution leicht durchsetzen konnten" (Damasio, 2009, S. 40).

Damasio spricht von *eigentlichen* Emotionen und meint damit, dass es angeborene Emotionen gibt, wo ein Genom dafür sorgt, dass die Mechanismen der automatischen Steuerung der Lebensprozesse bei der Geburt oder kurz danach aktiv sind, wozu kein oder nur ein geringer Lernprozess erforderlich ist. Diese Emotionen sind Freude, Traurigkeit, Furcht, Stolz, Scham und Mitgefühl. Auch Le Doux nennt einige Theoretiker, wie Tomkins, Izard, Ekman und Plutchik, die betonen, dass es angeborene Emotionen gibt (Le Doux, 2010).

Diese eigentlichen Emotionen werden in drei Stufen unterteilt:

1.) Hintergrundemotionen:

Diese können wir bemerken, wenn wir bewusst darauf achten, ob ein Freund oder Kollege winzige Anzeichen von Aufregung, Gereiztheit oder Ruhe ausstrahlt. Indem wir das Mienenspiel und die Bewegungen des ganzen Körpers beobachten, können wir durch diese diagnostische Kunst Erkenntnisse gewinnen, ohne dass der Betreffende auch nur ein Wort äußert.

2.) Primäre Emotionen:

Primäre Emotionen nehmen insofern eine Sonderstellung ein, als dass sie sich an Menschen aller Kulturen und sogar an Tieren beobachten lassen.

Dazu gehören: Furcht, Wut, Ekel, Überraschung, Traurigkeit und Glück.

3.) Soziale Emotionen:

Dazu gehören: Mitgefühl, Verlegenheit, Scham, Schuldgefühle, Stolz, Eifersucht, Neid, Dankbarkeit, Bewunderung, Entrüstung und Verachtung.

"Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Fähigkeit zu solchen sozialen Emotionen bei der Entwicklung komplexer kultureller Mechanismen der sozialen Steuerung eine Rolle gespielt hat" (Damasio, 2009, S. 61).

Die klassischen Elemente einer emotionalen Reaktion nach Damasio:

- Eigentliche Emotionen wie zum Beispiel Glück oder Trauer sind ein komplexer Ablauf chemischer und neuronaler Reaktionen, die ein unverwechselbares Muster bilden.
- Diese Reaktion wird von einem normal funktionierendem Gehirn produziert, wenn es einen emotional besetzten Stimulus (EBS) entdeckt, also ein Objekt oder Ereignis, dessen Gegenwart die Emotion auslöst. Die Reaktion passiert automatisch.
- Das Gehirn ist durch die Evolution darauf vorbereitet, auf bestimmte EBS mit bestimmten Handlungsrepertoires zu antworten. Die Liste der EBS wird jedoch durch weitere, die im Zuge einer lebenslangen emotionalen Erfahrung gelernt werden, erweitert.
- Das unmittelbare Ergebnis dieser Reaktionen ist eine temporäre Veränderung des Körperzustandes und des Zustandes der Hirnstrukturen, die den Körper kartieren und das Substrat des Denkens bilden.
- Direkt oder indirekt führen diese Reaktionen zu Bedingungen, die dem Überleben und dem Wohlbefinden des Organismus dienen.

Wesentlich ist ferner, dass es zu einer Einschätzungs-Beurteilungs-Phase kommt, nachdem ein emotional besetzter Reiz entdeckt wird. Dabei wird sowohl die Anwesenheit des Objekts berücksichtigt wie auch seine Beziehung zu anderen und seine Verbindung mit der Vergangenheit.

"Selbst wenn die emotionale Reaktion ohne bewusste Kenntnis des emotional besetzten Reizes erfolgt [...], ist die Emotion trotzdem das Ergebnis einer Situationseinschätzung des Organismus" (Damasio, 2009, S. 69).

Hirnregionen, die laut Forschung als emotionsauslösende Gebiete identifiziert wurden sind: die Amygdala, ein Teil des Frontallappens, der als ventromedialer präfrontaler Kortex bezeichnet wird und Gyrus cinguli. Sie sind nicht die einzigen, aber die am besten verstandenen Triggerorte (Damasio, 2009).

Der ventromediale präfrontale Kortex ist darauf spezialisiert, die emotionale Bedeutung von komplexeren Reizen zu entdecken wie zum Beispiel Situationen, die in der Lage sind, soziale Emotionen auszulösen.

"Um einen emotionalen Zustand zu erzeugen, muss die Aktivität in den auslösenden Regionen mittels neuronaler Verbindung in die Ausführungsregionen übertragen werden" (Damasio, 2009, S.78).

Zu den Regionen, die Emotionen ausführen, gehören laut Damasio:

der Hypothalamus, das basale Vorderhirn und einige Kerne im Tegmentum des Hirnstamms.

Der Hypothalamus wird als großer Drahtzieher vieler chemischen Reaktionen, die durch Emotionen ausgelöst werden, bezeichnet. Er gibt entweder direkt oder mittels der Hypophyse chemische Stoffe in die Blutbahn ab, die das innere Milieu, die Funktion der inneren Organe, sowie die Funktion des ZNS selbst verändern.

3.2 Gefühle

Laut Damasio ist ein *Gefühl* die Wahrnehmung des Körpers in einer gewissen Verfassung. Die erforderliche Grundlage dieser Wahrnehmung ist seiner These nach in den Kartierungen des Körpers im Gehirn geschaffen.

Diese Karten bilden sowohl Teile des Körpers als auch seine Zustände ab und sind in den sensorischen Regionen des Gehirns, die Signale aus dem Körper empfangen, lokalisiert.

"Ein bestimmtes Gefühl zu empfinden, etwa Lust, ist die Wahrnehmung, dass sich der Körper in einer bestimmten Verfassung befindet. Und um egal welche körperliche Verfassung wahrzunehmen, sind sensorische Kartierungen erforderlich, in denen neuronale Muster erfasst und aus denen mentale Bilder gewonnen werden können" (Damasio, 2009, S.106f).

Gefühle sind sozusagen mentale Sensoren für den inneren Zustand des Organismus und sie informieren unser begrenztes Bewusstsein über den gegenwärtigen Zustand des Lebens im Organismus zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Dadurch eröffnen Gefühle die Möglichkeit, die automatisch auftretenden Emotionen bewusst zu kontrollieren.

Die Emotion, die dem Gefühl voraus geht, ermöglicht es uns effektiv, aber nicht kreativ auf eine Reihe von Bedingungen zu reagieren, die dem Leben gefährlich oder zuträglich sind.

Das Gefühl fügt ein mentales Warnsystem für gute oder schlechte Situationen hinzu, verlängert die Wirkung von Emotionen, indem es Aufmerksamkeit und Gedächtnis dauerhaft beeinflusst.

Gefühle führen im fruchtbaren Zusammenwirken zwischen Gedächtnis, Vorstellungsvermögen und Denken zur Entwicklung von Voraussicht und der Fähigkeit, nicht -stereotype Reaktionen zu entwickeln (Damasio, 2009).

3.3 Die Hypothese der somatischen Marker

Eine Entscheidung ist der Zweck unseres Denkens und das Wesen der Entscheidung liegt darin, eine Reaktionsmöglichkeit auszuwählen (Damasio, 2007).

Damasio erklärt anhand eines Beispiels, was ein somatischer Marker ist.

Jemand ist Besitzer eines großen Unternehmens und will sich mit einem potentiellen Kunden treffen, der zufällig der Erzfeind seines besten Freundes ist.

Nun besteht die Wahlmöglichkeit, das Geschäft abzuschließen oder nicht.

Bevor man logische Überlegungen zur Lösung des Problems anstellt, geschieht zunächst etwas sehr Wichtiges:

"Wenn das unerwünschte Ergebnis, das mit einer gegebenen Reaktionsmöglichkeit verknüpft ist, in Ihrer Vorstellung auftaucht, haben Sie, wenn auch nur ganz kurz, eine unangenehme Empfindung im Bauch. Da die Empfindung den Körper betrifft, habe ich dem Phänomen den Terminus somatischer Zustand gegeben [...] und da sie ein Vorstellungsbild kennzeichnet oder "markiert", bezeichne ich sie als Marker" (Damasio, 2007, S. 237).

Der somatische Marker lenkt die Aufmerksamkeit auf das negative Ergebnis, das eine bestimmte Handlungsweise nach sich ziehen kann. Somatische Marker reichen für menschliche Entscheidungsprozesse zwar nicht aus, aber sie erhöhen die Genauigkeit und Nützlichkeit von Entscheidungsprozessen.

Sie sind uns behilflich beim Denken, indem sie gefährliche oder günstige Wahlmöglichkeiten ins rechte Licht rücken.

Somit wird deutlich, dass zwischen so genannten kognitiven Prozessen und den Prozessen, die als "emotional" bezeichnet werden, eine enge Partnerschaft besteht (Damasio, 2007).

Für die Einschätzung der emotionalen Situation eines Patienten wäre es also hilfreich, dass der Osteopath sehr bewusst die Mimik, Körpersprache, Sprachmelodie und Gestik des Patienten beobachtet.

Weiters kann die Wahrnehmung der eigenen körperlichen Befindlichkeit und das Erkennen eines somatischen Markers wertvolle Informationen liefern und den weiteren Therapieverlauf bestimmen.

3.4 Die Bedeutung der Spiegelneurone für die emotionale Kompetenz

Manchmal erkennen wir auch ohne Worte, oft sogar entgegen dem, was gesagt wurde, was andere wirklich beabsichtigen oder sich wünschen.

Der gemeinsame zwischenmenschliche Bedeutungsraum ermöglicht es uns, Gefühle, Handlungen und Absichten anderer intuitiv zu verstehen.

Die neuronale Hardwear dieses Bedeutungsraums sind die so genannten *Spiegelneurone*. Diese stellen also einen gemeinsamen Resonanzraum bereit, das heißt, Spiegelneurone bilden innerhalb einer sozialen Gemeinschaft ein gemeinsames Vielfaches, eine Art Pool, in dem die Programme für alle Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten gespeichert sind, die innerhalb des sozialen Gefüges prinzipiell möglich sind.

"Das Vermögen, intuitive Vorstellungen und vertrauensbildende Gewissheiten über die Gefühle und Absichten eines anderen Menschen zu gewinnen, bezeichnen Fachleute heute als die Fähigkeit zur Theorie of Mind (TOM)" (Bauer, 2009, S.16).

Die Entdeckung der Spiegelneurone erfolgte 1996 am physiologischen Institut der Universität Parma.

Rizzolatti (2008) und sein Forscherteam untersuchten seit geraumer Zeit, wie das Gehirn die Planung und Ausführung zielgerichteter Handlungen zu steuern vermag. Da das Gehirn von Affen unserem ähnelt, wurden die Untersuchungen an Affen durchgeführt.

Rizzolatti hatte zahlreiche Handlungsneurone unter Narkose an feine Messfühler angeschlossen.

Jedes Mal, wenn der Affe nach einer Erdnuss, die auf einem Tablett lag, griff, dann und nur dann feuerte eine bestimmte handlungssteuernde Nervenzelle. Bei sonstigen Greifbewegungen oder beim Anblick der Nuss alleine ging keine Aktivität von dieser Zelle aus.

Rizzolatti hatte also ein "Handlungsneuron" identifiziert.

Die Forscher konnten aber noch etwas Erstaunliches beobachten, was sich später als neurobiologische Sensation herausstellte:

Diese Zellen feuerten auch dann, wenn der Affe nur *beobachtete*, wie jemand anders nach der Nuss griff!

"Nervenzellen, die im eigenen Körper ein bestimmtes Programm realisieren können, die aber auch dann aktiv werden, wenn man beobachtet oder auf andere Weise miterlebt, wie ein anderes Individuum dieses Programm in die Tat umsetzt, werden als Spiegelneurone bezeichnet" (Bauer, 2009, S.23).

Die Frage, die sogleich aufkam war: Gibt es ein ähnliches Resonanzsystem bei Menschen?

Brain-Imaging-Studien mittels Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRI) bestätigten die Hypothese, dass es auch beim Menschen ein Spiegelneuronensystem gibt, das noch ausgedehnter zu sein scheint als beim Affen.

Spiegelneurone des Affen reagierten nur auf Akte, die auf ein Objekt gerichtet waren, während Spiegelneurone des Menschen auch auf nicht zielgerichtete Bewegungen des Arms reagierten (Rizzolatti, 2008).

Wenn wir bei anderen eine Handlung beobachten, aktiviert dies unweigerlich unsere Spiegelneurone. Der Vorgang passiert simultan, unwillkürlich und ohne nachzudenken. Diese Beobachtung löst eine Art innere Simulation aus.

Spiegelneuronen funken beim Menschen auch dann, wenn man der Person sagt, sie möge sich die betreffende Handlung auch nur vorstellen (Bauer, 2009).

Weitere Forschungen haben gezeigt, dass die Beobachtung von *Teilen einer Handlungssequenz* reicht, um im Beobachter die Spiegelneurone zu aktivieren, die ihrerseits aber die *gesamte Handlungssequenz* wissen (Bauer, 2009).

Dies erklärt, was man - vor allem in Hinblick auf die Intuition - bisher nicht erklären konnte.

3.4.1 Das Mitempfinden von Emotionen

Unsere emotionalen Verhaltensweisen und unsere Interaktion mit der Umwelt hängen stark von der Fähigkeit ab, die Emotionen anderer wahrzunehmen und zu verstehen.

Am Beispiel der primären Emotion "Ekel" beschreibt Rizzolatti (2008), dass es kein kognitiver Prozess ist, der uns am Gesichtsausdruck eines anderen erkennen lässt, dass dieser Ekel empfindet.

Ein Patient, der nach einer Hirnblutung schwere Schädigungen der linken Insel (dies ist die Gehirnregion, die für die primäre Emotion Ekel verantwortlich ist) aufwies, war nicht mehr in der Lage, im Gesichtsausdruck anderer Ekel zu erkennen, was aber nicht für andere Emotionen galt.

Sowohl das Empfinden als auch die Wahrnehmung von Ekel bei anderen haben ein gemeinsames neurales Substrat, das in diesem Fall hauptsächlich in der Insel zu finden ist.

"Dies legt den Schluss nahe, dass das wirkliche Verstehen des Ekels der anderen, bei dem man tatsächlich begreift, was der andere im Augenblick empfindet, kognitive Prozesse im Sinne von Folgerungen oder Assoziationen weder voraussetzt noch auf ihnen beruht" (Rizzolatti, 2008, S. 182).

Weiters postuliert Rizzolatti, dass das unmittelbare Verstehen der Emotionen anderer, welches von Spiegelneuronenmechanismus ermöglicht wird, die notwendige Voraussetzung ist für das empathische Verhalten, das wir für die Gestaltung unserer zwischenmenschlichen Beziehungen brauchen.

Auch der Mediziner, Neurobiologe und Psychotherapeut Joachim Bauer meint, dass es ohne Spiegelneurone keinen Kontakt, keine Spontaneität und kein emotionales Verstehen gibt.

Einem Säugling wird nach Bauer (2009) ein Startset von Spiegelneuronen zur Verfügung gestellt, die es ihm bereits ermöglicht, mit seiner wichtigsten Bezugsperson, seiner Mutter, erste Spiegelungsaktionen vorzunehmen.

Die genetische Grundausstattung ist jedoch keine Garantie dafür, dass dieses System später tatsächlich so funktioniert, wie dies im Prinzip möglich ist.

Nach dem Motto: If you don't use it, you lose it, ist es von entscheidender Bedeutung, dass ihm die Chance zu Spiegelaktionen geboten werden.

"Die angeborenen Spiegelsysteme des Säuglings können sich nur dann entfalten und weiterentwickeln, wenn es zu einem geeigneten und für ihn passenden Beziehungsangebot kommt" (Bauer, 2009, S. 59).

Auch die Fähigkeit zur Empathie hängt nach Bauer (2009) davon ab, dass die Spiegelsysteme, die Mitgefühl ermöglichen, durch zwischenmenschliche Erfahrungen ausreichend eingespielt und somit in Funktion gebracht werden.

Ist die Fähigkeit zur Empathie bereits vorhanden, kann sie sekundär durch Extremerfahrungen von Gefühllosigkeit oder Brutalität schweren Schaden erleiden.

Außerdem zeigten Untersuchungen, dass Angst, Anspannung und Stress die Signalrate der Spiegelneurone erheblich reduzieren. Somit ist das Vermögen, sich einzufühlen, andere zu verstehen und Feinheiten wahrzunehmen nicht möglich, wenn eine Atmosphäre der Angst herrscht.

Empathie- und Spiegelungsdefizite lassen sich jedoch bis zu einem bestimmten Grad beheben. Mit geeigneten Trainingsprogrammen kann man ein Stück weit nachholen, was man als Kind aufgrund ungünstiger Lebensverhältnisse versäumt hat (Bauer, 2009).

3.4.2 Relevanz der Spiegelneurone für die Osteopathie

Nach Bauer (2009) sind wir also alle mit der neurobiologischen Grundausstattung, den Spiegelneuronen, ausgestattet.

Je nachdem, wie vielfältig unsere Möglichkeit in der Kindheit war, Spiegelungsaktionen vorzunehmen, sind wir heute in der Lage, die Gefühle anderer mehr oder weniger gut wahrzunehmen und zu spiegeln.

Ein Osteopath, der in der Lage ist, das Gespiegelte gut wahrzunehmen, hat demnach deutliche Vorteile:

"Die im Therapeuten durch den Patienten unwillkürlich ausgelösten Resonanzen haben einen hohen Informationswert und sind eine entscheidende Hilfe, um die Richtung der Therapie zu steuern" (Bauer, 2009, S.135).

Einstellungen und Erwartungen des Patienten, die oft nicht ausgesprochen werden, lösen beim Therapeuten Resonanzen aus und erzeugen korrespondierende Gefühle.

"Spürt etwa ein Arzt im Rahmen seiner Resonanzreaktion, dass der Patient Angst hat, seine Beschwerden könnten zu unbedeutend sein, um überhaupt vorgetragen zu werden, so ermöglicht es ihm gerade diese Wahrnehmung, in einem zweiten Schritt eine gegenläufige, zum Beispiel teilnehmende Reaktion zu zeigen" (Bauer, 2009, S.133).

Dies würde laut Bauer (2009) die therapeutische Wirksamkeit erheblich beeinflussen. Kritisch bemerkt er, dass Spiegelungsphänomene in der medizinischen Ausbildung kaum oder gar nicht berücksichtigt werden, obwohl sie zu den stärksten Einflussfaktoren jedes Heilungsprozesses gehören.

Auch wenn in der Anamnese bestimmte Abschnitte vom Patienten nicht erzählt werden, (weil sie z.B. zu schmerzhaft waren) können diese "Lücken" durch die Spiegelneurone einer mitfühlenden Person komplementär ergänzt und somit intuitiv verstanden werden.

Fühlt sich der Osteopath hingegen gestresst (z.B. aufgrund eines schlechten Zeitmanagements) funktioniert das "Sich-Einfühlen" in den anderen nicht mehr, was sich nachteilig auf den weiteren Behandlungsverlauf auswirken könnte.

4 Emotionale Kompetenz aus entwicklungspsychologischer Sicht

Aufgrund von paläanthropologischen Funden kann davon ausgegangen werden, dass die Hominiden schon vor 2 Millionen Jahren dazu übergegangen waren, Jagd auf Großwild zu machen und sich so Nahrung zu beschaffen (Bischof Köhler, 1989).

Für Psychologen wie Bischof-Köhler (1989) setzt dies jedoch voraus, dass mehrere Individuen kooperieren und die Beute auch mit jenen teilen, die nicht aktiv an der Jagd beteiligt waren.

Konkret muss der Jagdpartner verstehen, was der andere im Sinn hat und muss zugleich sein eigenes Verhalten so gestalten, dass er das des anderen sinnvoll ergänzt. Auch geht es darum, eigene egoistische Motive zurückzustellen (Beuteteilen) und den Mangel bzw. die Notlage des anderen zu erkennen.

Auch hier könnte schon an Mitgefühl und Empathie als dahinter stehender Mechanismus gedacht werden (Bischof-Köhler, 1989).

In den 70er Jahren gingen Entwicklungspsychologen wie Feshbach davon aus, dass bei der Entstehung von Empathie sowohl ein kognitiver als auch ein affektiver Aspekt beteiligt ist, wobei die kognitive Komponente deutlich überbewertet wurde.

Demnach sollte ein Kind die affektiven Zustände anderer sowohl erkennen als auch benennen können, um als empathisch zu gelten. Tatsächlich beginnen Kinder erst im Alter von 3 Jahren, eigene Gefühle richtig zu benennen, wobei ein differenziertes Verständnis erst mit Beginn des Schulalters zu erwarten ist.

Bischof-Köhler erscheint der kognitiv orientierte Erklärungsansatz der Empathie ungeeignet, vor allem in Anbetracht der Erkenntnisse bezüglich der Kooperation bei den Frühmenschen.

So stellt die Psychologin infrage, ob reflektiertes Wissen über Emotionen für empathisches Erleben Voraussetzung ist (Bischof-Köhler, 1989).

Bischof Köhler (1989) unterscheidet zwischen der Wahrnehmung des Ausdrucksverhaltens bei anderen (ausdrucksvermittelte Empathie) und der

Wahrnehmung der Situation, in der er sich befindet (situationsvermittelte Empathie).

Für die situationsvermittelte Empathie ist es nicht notwendig, die Erfahrung bereits selbst gemacht zu haben, wesentlich ist jedoch, dass die Situation potentielle Relevanz für den Beobachter hat.

Für beide Formen der Empathie ist es wesentlich zu einer Abgrenzung zwischen Selbst und Anderen fähig zu sein.

4.1 Selbstkonzept als Voraussetzung für Empathie

Durch Ereignisse in der Außenwelt und selbst verursachte Einwirkungen auf die Umwelt kommt es zu Körpersensationen, vermittelt durch Propriozeption, die Quelle für unsere Selbstempfindung ist.

"Der fortlaufende Strom dieser Einzelerfahrungen bildet als Ganzes ein Zeit überbrückend kontinuierliches Bezugssystem, und das eben ist das unreflektiert wahrnehmende Selbst" (Bischof-Köhler, 1989, S. 50).

Neben diesem unreflektierten Selbst-Bezugssystem wird dann ein Selbst-Konzept mit typisch figuralen Eigenschaften ausgebildet.

Dadurch wird sich das Kind gewahr, dass es eine Außenseite hat, an der sich interne Zustände manifestieren.

So wird es auch möglich, das eigene Spiegelbild zu erkennen, bzw. auch einen Fleck im eigenen Gesicht feststellen zu können.

Laut Bischof-Köhler (1989) kann Empathie resultieren, sobald ein Selbstkonzept ausgebildet ist, das auf der Vorstellungsebene die Unterscheidung von Ich und Anderen ermöglicht. Somit ist für sie die kognitive Voraussetzung dafür erfüllt, das mitempfundene Gefühl als Gefühl des Anderen zu erkennen und daraus auf seine emotionale Verfassung zu schließen.

Bischof-Köhler (1989) geht davon aus, dass die Potenz, ein Selbstkonzept auszubilden, genetisch vorprogrammiert und der Zeitpunkt, wann es wirksam wird, reifungsabhängig ist.

Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die den so genannten "Rougetest" anwenden, um herauszufinden, wann sich Kinder im Spiegel selbst erkennen.

Hierfür wird dem Kind ein roter Fleck auf die Nase angebracht und geprüft, wie es sich gegenüber dem Fleck vor dem Spiegel verhält.

Alle Untersuchungen stimmen dahingehend überein, dass dieser Fleck im eigenen Gesicht zwischen dem 18. und dem 24. Monat erkannt wird (Bischof-Köhler, 1989).

Dieser theoretische Zusammenhang zwischen Selbstkonzeptbildung und Empathie war Gegenstand einer Untersuchung, die Bischof Köhler selbst durchführte.

Ihre Hypothese: Empathie sollte in der Ontogenese bei jedem Kind erstmals auftreten, wenn es sich im Spiegel erkennt und damit anzeigt, dass es ein Selbstkonzept ausgebildet hat, was zwischen dem 16. und 24. Monat zu erwarten ist.

Neben dem Rougetest wurde bei 53 Kindern in einer Spielsituation ein trauriges Ereignis (Kaputtgehen eines Teddys) simuliert und das Verhalten des Kindes beobachtet.

Das Ergebnis: *"Empathie trat bei keinem Kind auf, das sich nicht auch im Spiegel erkannte. Dadurch erhält die Annahme, dass die Ausbildung eines Selbstkonzeptes eine notwendige Voraussetzung für das Auftreten von Empathie ist, ein starkes Gewicht"* (Bischof-Köhler, 1989, S. 148).

Die Verschränktheit zwischen der Ausbildung eines Selbstkonzepts und der Entwicklung der Emotionsregulation allgemein betont auch Saarni:

Dabei ist die Entwicklung des Selbstkonzepts nicht nur eine Voraussetzung für die Entwicklung der Emotionsregulation, sondern die emotionale Entwicklung liefert ihrerseits Voraussetzungen zum Aufbau des Selbstkonzepts.

(Saarni, 1999).

Folgt man den Argumenten von Bischof-Köhler und Saarni, so müsste sich also bei jedem Kind Empathie einstellen, denn jedes Kind kann sich ab einem bestimmten Zeitpunkt im Spiegel erkennen.

Die Psychologin weist aber auch darauf hin, dass das Empathievermögen im weiteren Entwicklungsverlauf Einflüssen unterworfen ist, die sich sowohl auf das Fortbestehen als auch auf die Äußerungsformen hemmend oder fördernd auswirken können (Bischof-Köhler, 1989).

4.1.1 Fördernde und hemmende Sozialisationsbedingungen

1.) Kindliche Bindungserfahrungen

Ainsworth, die aktiv in der Bindungsforschung tätig ist, meint, dass ein Säugling Vertrauen in die eigene Fähigkeit, effektiv auf seine Umwelt einwirken zu können bekommt, wenn die Mutter dem Säugling durch ihr Reaktionsverhalten häufig die Erfahrung verschafft hat, dass er selbst beeinflusst, was ihm geschieht.

"Feinfühliges Reagieren der Mutter auf die Signale des Säuglings dient der Gesamtentwicklung der Kompetenz " (Ainsworth, 1974, S. 239).

Eine Studie, die im Bezug auf das Bindungserleben Aussagekraft besitzt, zeigt, dass hoch empathische Jugendliche im Vergleich zu weniger empathischen Jugendlichen berichten, viel Zuneigung von ihren Müttern erfahren zu haben (Friedlmeier, Trommsdorff, 1992).

Wie weitere Studien gezeigt haben, behindern die unsicheren emotionalen und sprachlichen Bindungsqualitäten die Entwicklung emotionaler Kompetenzen (Keppler et al., 2002).

"Früh erlebte feinfühlig Interaktionen mit Bindungspersonen bewirken, dass sie eine Person dazu befähigen, den Einfluss vor allem negativer Gefühle auf die individuelle Entwicklung zu integrieren, sozial-emotionale Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle klar zu erkennen, kohärent darüber zu sprechen und so einen adaptiven Umgang mit sich und anderen zu pflegen" (Keppler et al., 2002, S. 174).

Weitere Faktoren, die fördernd oder hemmend auf die emotionale Kompetenz einwirken können, sind nach Friedlmeier und Trommsdorff (1992):

2.) Verfügbarkeit von empathischen Modellen

Wichtige Einflussgrößen für die Empathieentwicklung sind elterliche Modelle, die Sensitivität und Einfühlung gegenüber dem Kind und anderen Anwesenden zeigen. In weiterer Entwicklung stehen immer mehr positive aber auch negative Modelle wie Freunde, Lehrer, Verwandte zur Verfügung.

3.) Induktiver Erziehungsstil

Verletzt ein Kind ein anderes, soll es von Erwachsenen aufgefordert werden, sich an die Stelle des "Opfers" zu setzen, wobei die Wirksamkeit erhöht wird, wenn der Erwachsene dies mit seinen eigenen deutlichen Emotionen durchführt.

4.) Bedeutung von Geschwistern

Geschwisterbeziehungen stellen ein wichtiges Übungsfeld für die Verknüpfung von emotionaler Anteilnahme und pro sozialem Handeln dar. Die gemeinsame Welt von Beziehungen und Erfahrungen ermöglicht ein leichteres Verstehen des anderen.

4.2 Entwicklung der Ich-Identität

In vielen Beiträgen zur Empathieforschung wird behauptet, dass eine reife Persönlichkeitsstruktur mit einem gut entwickelten Reflexionsvermögen eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, empathische Kompetenzen entwickeln zu können (Felder 2007).

Erikson (1966) beschreibt, welche Elemente in der Entwicklung dazu führen, eine gesunde, reife Persönlichkeit zu werden. Er verwendet den Ausdruck der *"Ich - Identität."*

"Es sollte damit ein spezifischer Zuwachs an Persönlichkeitsreife angedeutet werden, den das Individuum am Ende der Adoleszenz der Fülle seiner Kindheitserfahrungen entnommen haben muss, um für die Aufgaben des Erwachsenenlebens gerüstet zu sein" (Erikson, 1966, S. 123).

Erikson (1966) ist der Ansicht, dass alles, was wächst, einen Grundplan hat, dem die einzelnen Teile folgen. So wächst auch die Persönlichkeit in Abschnitten, die durch die Bereitschaft des menschlichen Organismus vorherbestimmt ist.

Die gesunde Entwicklung der Ich-Identität kann in den diversen Lebensabschnitten durch Bezugspersonen wie Eltern, Lehrer und soziale Gruppen entweder gefördert oder gehemmt werden.

4.2.1 Acht Lebenszyklen zur Erlangung einer reifen Persönlichkeit

1.) Säuglingsalter - Urvertrauen gegen Misstrauen

"Ich bin, was man mir gibt"

Erikson meint mit Ur-Vertrauen, das er als Eckstein der gesunden Persönlichkeit bezeichnet, ein Gefühl des sich Verlassen-Dürfens sowohl in Bezug auf die Glaubwürdigkeit anderer als auch die Zuverlässigkeit seiner selbst.

"Vertrauen als Allgemeinzustand besagt nicht nur, dass man gelernt hat, sich auf die Versorger der Umwelt zu verlassen, ihre Gleichheit und Beständigkeit, sondern auch, dass man sich selber und der Fähigkeit der eigenen Organe, mit den Triebimpulsen fertig zu werden, vertrauen kann" (Erikson, 1966, S. 70).

Nicht die Quantität an Nahrung und Liebe, sondern die Qualität der mütterlichen Bindung macht das Vertrauen aus.

2.) Kleinkindalter - Autonomie gegen Scham und Zweifel

"Ich bin, was ich will"

In dieser Phase herrscht der Wunsch des Kindes, auf eigenen Füßen zu stehen. Im Kind wird die Entdeckerleidenschaft geweckt, was mit Kämpfen, Siegen und Niederlagen im Elternhaus einhergeht.

Eine zu strenge oder zu frühe Sauberkeitsentwicklung, die auch in diese Phase fällt, verstärkt die Rebellion des Kindes.

Die Eltern sollten in diesem Stadium dem Kind gegenüber fest und tolerant sein, damit auch das Kind sich selbst gegenüber fest und tolerant wird. So wird sich Autonomie entwickeln und das Kind wird auch anderen Autonomie zugestehen.

Werden die Eltern dem Wunsch des Kindes, auf eigenen Füßen zu stehen, gerecht, bewahren sie das Kind vor dem Gefühl, sich lächerlich zu machen und sich für die eigenen Bedürfnisse zu schämen (Erikson, 1966).

3.) Spielalter - Initiative gegen Schuldgefühl

"Ich bin, was ich mir zu werden vorstellen kann"

In diesem Stadium, in welchem sich auch das Sprachvermögen vervollkommnet, ist das Kind schon imstande, sich kraftvoll umherzubewegen, sich mit anderen zu vergleichen und Rollen nachzuahmen. Durch all diese Fähigkeiten wird ein Vertrauen in sich selbst erreicht. Zu keiner anderen Zeit ist das Kind mehr bereit, schnell und begierig zu lernen, "groß" zu werden.

Nun bildet sich auch das Gewissen aus, das die Herrschaft über die Initiative übernimmt.

Das Gewissen eines Kindes kann grausam werden, wenn es durch zu viel erteilte Verbote einen so genannten "Buchstabengehorsam" entwickelt. Wenn so die eigene Initiative immer zu einer Selbsteinschränkung führt, kann es sein, dass der Mensch später das Gefühl hat, sein menschlicher Wert bestehe allein in seiner Leistung und nicht in dem, was er für ein Mensch ist (Erikson, 1966).

4.) Schulalter - Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl

"Ich bin, was ich lerne"

Das Kind möchte nun, dass man ihm zeigt, wie es sich mit etwas beschäftigen kann und wie es mit anderen zusammen tätig sein kann. Das kindliche Spiel bedeutet, dass das Kind vorwärts schreitet zu neuen Stufen der Realitätsbewältigung. Es umfasst auch *"einen kindlichen Weg der Bewältigung von Erlebnissen durch Meditieren, Experimentieren und Planen, allein und mit Spielgefährten"* (Erikson, 1966, S. 102).

Die Kinder müssen aber auch das Gefühl bekommen, nützlich zu sein, etwas "gut" machen zu können. Es entwickelt sich die Lust ein Werk zu vollenden (Werksinn).

Um nicht am Gefühl der Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit zu leiden, ist es für Eltern und Lehrer von Wichtigkeit, hervorzuheben, was ein Kind "kann".

Erlebt das Kind nie den Stolz, eine Sache gut gemacht zu haben, wird nie ein Gefühl der Arbeitsfreude aufkommen.

5.) Adoleszenz - Identität gegen Identitätsdiffusion

In der Pubertät werden wieder alle Sicherungen und Identifizierungen, auf die man sich vorher verlassen konnte, in Frage gestellt.

Nun muss die soziale Rolle des Jugendlichen gefestigt werden und er versucht herauszufinden, wie er in den Augen anderer erscheint.

Die in der Kindheit gesammelten Ich-Werte münden in die Ich-Identität, die sich ausbildet, wenn man die wirklichen Leistungen des Jugendlichen anerkennt.

In dieser Phase, wo sich viele unfähig sehen, sich für eine Berufs-Identität zu entscheiden, werden viele Jugendliche sehr intolerant und schließen sich oft irgendwelchen Cliquen an. Auf diese Weise versuchen sie sich selbst zusammenzuhalten und so ist die Intoleranz als Abwehr gegen ein Gefühl der Identitätsdiffusion zu sehen. Es ist hilfreich, wenn den Jugendlichen eine tolerante, verständnisvolle und doch feste demokratische Identität vorgelebt wird.

6.) Frühes Erwachsenenalter - Intimität gegen Isolierung

Nachdem Kindheit und Jugend vorüber sind, beginnt das Studium, der Beruf und das Zusammentreffen mit dem anderen Geschlecht (was sich inzwischen heute wohl anders darstellt).

Nach dem Motto: es gibt keine wahre Zweiheit, bevor man selber eine Einheit ist, führt Erikson (1966) aus, dass erst nachdem ein sicheres Gefühl der Identität erreicht ist, eine wirkliche Intimität mit dem anderen Geschlecht möglich wird.

Um dorthin zu kommen, bilden sich in dieser Zeit oft Freundschaften, in denen über Pläne, Wünsche und Hoffnungen endlos diskutiert wird, um zu einer Definition seiner eigenen Identität zu kommen.

"Wenn ein junger Mensch eine solche intime Beziehung zu anderen - und auch, will ich meinen, zu seinem eigenen Inneren in der späten Jugendzeit oder frühen

Erwachsenenzeit nicht fertig bringt, wird er sich entweder isolieren oder bestenfalls nur sehr stereotype und formale zwischenmenschliche Beziehungen aufnehmen können" (Erikson, 1966, S. 115).

7.) Erwachsenenalter - Generativität gegen Selbstabsorption

"Generativität" meint das Interesse an der Erzeugung und Erziehung der nächsten Generation und ist eng verbunden mit dem siebten Kriterium seelischer Gesundheit, nämlich der Elternschaft.

Wenn diese Bereicherung entfällt, stellt sich oft ein quälendes Gefühl von Stillstand und Verarmung in den zwischenmenschlichen Beziehungen ein.

Eine Folge davon wäre Verwöhnung und Selbstbezogenheit (Erikson, 1966).

8.) Reifes Erwachsenenalter - Integrität gegen Lebensekel

Integrität kann in dem Menschen heranwachsen, der schon einmal Sorge für Dinge und Menschen auf sich genommen hat, der sich Triumpfen und Enttäuschungen angepasst hat, der Schöpfer von Ideen und Dingen war.

Integrität meint auch, dass man die Tatsache bejaht, für das eigene Leben allein verantwortlich zu sein.

Ein Mangel an Ich-Integration äußert sich oft in Verzweiflung, die sich hinter einer Kulisse von Ekel, Lebensüberdruß, chronischer Verachtung von bestimmten Leuten und Institutionen versteckt (Erikson, 1966).

John Bowlby, Begründer der Bindungstheorie, weist darauf hin, dass es viel Belegmaterial dafür gibt, dass Individuen dann zu selbständigen und gesunden Erwachsenen heranreifen, wenn ihr Bindungsverhalten von der Kindheit über das Jugendalter und in das Erwachsenenalter hinein von fürsorglichen Eltern befriedigt wurde. Konnten die Eltern ihre Kinder zu einem angemessenen Maß an Unabhängigkeit ermutigen, sowie aber auch die notwendige Hilfestellung und Unterstützung geben, so können diese im späteren Leben vertrauensvolle, emotionale Beziehungen aufbauen (Bowlby, 1980).

5 Osteopathie und Theorie

Welche Relevanz die einzelnen Teilfähigkeiten emotionaler Kompetenz in der Osteopathie haben, wurde bereits im Kapitel 2.3.3 ausführlich dargestellt.

In diesem Kapitel möchte ich noch einmal zusammenfassend aufzeigen, inwieweit emotionale Kompetenz für die Osteopathie relevant ist und wie sowohl Osteopath als auch Patient davon profitieren. Außerdem werden noch zusätzliche Studien eingebracht, die bisher noch nicht erwähnt wurden.

5.1 Emotionale Kompetenz führt zu besseren Behandlungsergebnissen

Di Blasi et al. (2001) beschäftigten sich in einem systematischen Review mit sogenannten "Kontextfaktoren" und untersuchten, welchen Einfluss diese auf den Behandlungserfolg haben.

Kontextfaktoren sind Faktoren, die mit der eigentlichen Therapie nichts zu tun haben, also unspezifische Faktoren, die eine Wirkung auf das Behandlungsergebnis haben. Nicht der Wirkstoff eines Medikaments oder eine gewisse osteopathische Technik, sondern zum Beispiel die Farbe eines Medikaments oder in Di Blasis Arbeit emotionale und kognitive Faktoren werden auf Wirksamkeit überprüft.

Di Blasi et al. (2001) zeigen, dass die Arzt-Patient-Beziehung, genauer gesagt die kognitiven und emotionalen Komponenten der Interaktion, den Behandlungserfolg wesentlich beeinflussen.

So sind die Behandlungsergebnisse besser, wenn der Arzt positive Informationen über die Behandlung gibt, eine positive Prognose stellt, negative

Gefühle wie Angst bei Patienten nach unten regulieren kann und einen warmen, empathischen Umgang mit dem Patienten hat.

Weit weniger erfolgreich zeigten sich Ärzte, die eher formal sind, nicht auf die Ängste der Patienten eingehen und keine Beruhigung bieten (Di Blasi et al., 2001).

All diese Attribute finden sich im Konzept der emotionalen Kompetenz wieder:

Der Arzt soll die Gefühle des Patienten zunächst erkennen und wenn möglich regulieren, indem er kommunikative Kompetenzen zur Anwendung bringt. Außerdem soll er einen warmen, empathischen Umgang mit Patienten haben.

Wenn demnach der Beziehung zwischen Behandler und Patient so eine große Bedeutung zukommt, könnte dieses Ergebnis auch für die Osteopathie Gültigkeit haben.

Kritisch könnte man an dieser Stelle einwerfen, dass sich der Patient durch den höheren Zeitfaktor, den der Osteopath aufbringt, automatisch auch besser betreut fühlt.

Aber wie schon zuvor in einer Studie gezeigt wurde, ist die reine Länge der Konsultation nicht der Faktor für Qualität und Zufriedenheit (Goedhuys, Rethans, 2001). (Vgl. Kap. 2.3.3 unter 7.)

Dass Empathie, welche eine Teilfähigkeit der emotionalen Kompetenz darstellt, ein entscheidendes Element im Heilungsverlauf darstellt, meint auch Hojat (2002), wenn er schreibt:

" According to Bolognini empathy is a complementary state of separateness and sharing, and its abundance adds to the crucial element of healing" (Hojat, 2002, S. 1564).

Auch Liem (2006) postuliert, dass es von großer Bedeutung ist, den Patienten das Gefühl zu vermitteln, wertgeschätzt und ernst genommen zu werden und dass ein guter Rapport zwischen Therapeuten und Patienten von grundlegender Bedeutung für den Behandlungserfolg ist.

Der Begriff "Rapport" meint den unmittelbaren Kontakt in Form einer "guten Wellenlänge", die der Therapeut herstellen kann, indem er sich in seiner

Stimmtonalität, seinem Sprechrhythmus, seiner Wortwahl sowie in seiner Mimik, Gestik und Körperhaltung an den Patienten angleicht (Liem, 2006).

Es gibt also bereits Studien, die zeigen, dass emotional kompetentes Verhalten zu besseren Behandlungsergebnissen führt.

Gelingt es dem Osteopathen, sich gut auf den Patienten einzustimmen, indem er einen guten Rapport herstellt, und kann er mithilfe seiner kommunikativen Fähigkeiten auf die emotionale Situation des Patienten eingehen, sowie eine patientengerechte, positive Information über seinen Gesundheitszustand geben, führt dies zu einem besseren Behandlungserfolg.

5.2 Emotionale Kompetenz führt zu größerer Patientenzufriedenheit

Der Stellenwert der Patientenzufriedenheit wird von vielen Einrichtungen zwar als Erfolgsfaktor erkannt, aber selten professionell erfasst (Physiopraxis, 2008). Neben Faktoren wie Sauberkeit, moderne Einrichtung und schneller Terminvergabe stehen hauptsächlich die so genannten "soft skills" im Vordergrund, wobei ein wichtiger Faktor die Kommunikation sowohl auf Beziehungsebene als auch auf informierender Ebene darstellt. Die Patienten erwarten emotionale Hilfe und Empathie im Umgang mit ihren Beschwerden, wobei dieses Vertrauensverhältnis den unerlässlichen Rahmen für eine erfolgreiche Behandlung darstellt.

Patientenzufriedenheit ist gegeben, wenn sich der Patient gut aufgehoben fühlt, wenn der Therapeut Verständnis für ihn hat und eine zwischenmenschliche Basis vorhanden ist (Physiopraxis, 2008).

In einer Schweizer Ärztezeitung wird die Patientenzufriedenheit ebenfalls als ein wichtiges Element der Ergebnisqualität gesehen.

Patientenzufriedenheit wird hier folgendermaßen definiert: *"Des Patienten eigene Beurteilung (subjektiv und objektiv) aller Aspekte einer medizinischen Versorgung beinhaltend auch die zwischenmenschlichen Gesichtspunkte einer Behandlung und deren organisatorischer Ablauf"* (Schweizerische Ärztezeitung, 2000, S. 1046).

Grundsätzlich wird die Zufriedenheit, die letztendlich auch den Ruf des Arztes verbessert, durch die Erfüllung von Erwartungen beeinflusst.

Als die wichtigsten Faktoren für die Patientenzufriedenheit werden folgende Faktoren genannt: Kompetenz, Menschlichkeit, Kommunikationsfähigkeit und Hilfsbereitschaft. Wenn der Arzt seine Patienten in diesen Bereichen zufrieden stellt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie sich wieder von ihm behandeln lassen (Schweizerische Ärztezeitung, 2000).

Bei Little et al. korreliert Patientenzufriedenheit am meisten mit Kommunikation und partnerschaftlicher Beziehung zum Patienten. Außerdem stellt sich in dieser Studie auch heraus, dass zufriedene Patienten besser kooperieren. (Little et al., 2001). (Vgl. Kap. 2.3.3 unter 3.).

Die Studie von Hojat (2002) belegt, dass Empathie, welche eine Teilfähigkeit der emotionalen Kompetenz ist, sowohl zu mehr Zufriedenheit des Patienten als auch des Therapeuten führt (Hojat, 2002). (Vgl. Kap. 2.3.3 unter 4.).

Barbara Korsch, die eine Studie über Patientenzufriedenheit in einer Kinderklinik durchführte, kam zu dem Ergebnis, dass das Fehlen menschlicher Wärme, Freundlichkeit, das Unvermögen, die Sorgen und Erwartungen der Patienten zu berücksichtigen, das Fehlen klarer Ausdrucksweisen und der Gebrauch des medizinischen Jargons signifikant zur Unzufriedenheit des Patienten beitragen (Korsch, 1968).

All diese Studien zeigen auf, dass emotional kompetentes Verhalten zu mehr Zufriedenheit des Patienten führt, sei es bei einem niedergelassenen Arzt, in einer Klinik oder bei einem Therapeuten. Zufriedene Patienten kommen wieder und daher sollte der Faktor Patientenzufriedenheit in jeder Osteopathiepraxis einen hohen Stellenwert haben.

5.3 Emotionale Kompetenz verhindert Burnout

Der Begriff "Burnout" wird 1974 vom Psychoanalytiker Herbert Freudenberger erstmals eingeführt und erforscht. Freudenberger meinte damit einen Zustand von Erschöpfung und Ermattung durch zu langes und intensives Arbeiten mit Klienten, die die Therapeuten in sehr fordernde Beziehungen einbinden (Schmitz, 2002).

Für die Erfassung von Burnout hat sich das Modell von der Sozialpsychologin Christina Maslach durchgesetzt (Schmitz 2002).

Für Maslach umfasst Burnout drei Dimensionen:

- Emotionale Erschöpfung
- Depersonalisation (gleichgültige zynische Einstellung gegenüber Klienten)
- Negative Einschätzung der persönlichen Leistungskompetenz

Betroffen sind nach Maslach vor allem Menschen in Dienstleistungsberufen wie z.B. Lehrer, Erzieher und Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten.

"Burnout is a particular tragic endpoint for professionals who entered the job with positive expectations, enthusiasm, and dedication to helping people" (Maslach, Goldberg, 1998, S. 63).

Als mögliche Ursachen werden folgende Faktoren genannt: (Becker, Kraft, 2009)

1.) Innere Faktoren/Persönlichkeitszüge:

Hohe Erwartungen an sich selbst, Perfektionismus

Starkes Bedürfnis nach Anerkennung

Es anderen immer recht machen wollen, dabei eigene Bedürfnisse unterdrücken

Gefühl unersetzbar zu sein

Einsatz und Engagement bis hin zur Selbstüberschätzung und Überforderung

Arbeit als einzig Sinn gebende Beschäftigung

Arbeit als Ersatz für soziales Leben

2.) Äußere Überforderung:

Hohe Arbeitsanforderungen

Zeitdruck

Große Verantwortung

Schlechte Kommunikation

Mangel an positivem Feedback

Inwiefern nun emotionale Kompetenz mit Burnout zusammenhängt, wird nachfolgend erläutert:

Eine zu große Diskrepanz zwischen psychosozialen und emotionalen Anforderungen und darauf bezogener Qualifikation führt bei einem Großteil der Beschäftigten im personenbezogenem Dienstleistungsbereich (Ärzte, Krankenschwestern, Lehrer, Erzieher, Therapeuten) zu emotionaler Erschöpfung und Berufsmüdigkeit (Büssing, 2003).

In diesen Berufsfeldern stellen die Anforderungen an Qualifikation, professionelle Autonomie und Handlungskompetenz insofern etwas Besonderes dar, weil neben der Regulierung der eigenen Gefühle vor allem die professionelle Beeinflussung der Gefühle anderer Menschen, nämlich der betreuten Personen, gefordert wird (Brucks, 1998).

Diesen Aussagen zufolge hätten also Personen bzw. Therapeuten, die ihre eigenen Gefühle gut regulieren und auch die Gefühle der Patienten positiv beeinflussen können, ein geringeres Risiko, ein Burnout zu bekommen.

Dass emotionale Kompetenz Berufsmüdigkeit und emotionale Erschöpfung verhindern kann, postuliert Schmitz (2002), wenn sie schreibt:

"Wer kompetent Gefühle regulieren kann, also unter anderem den eigenen Gefühlen angemessen Ausdruck verleihen, die Gefühle anderer angemessen wahrnehmen und ebenso angemessen darauf reagieren kann, wird in seinen Beziehungen zu Klienten nicht so leicht überfordert werden." (Schmitz, 2002, S. 216).

Ebenso führt eine hohe emotionale Selbstwirksamkeit unter anderem zu einer realistischen Einschätzung eigener Grenzen und ist im Bereich des Wahrnehmens negativer Emotionen besonders wichtig, da die "Alarmglocken" immer "emotional läuten" - Überforderung stellt man nicht intellektuell fest (Schmitz, 2002).

Emotionale Alarmglocken könnten beispielsweise sein, dass man reizbar oder ungeduldig gegenüber seinen Patienten wird, dass die alltägliche Arbeit immer mühevoller wird oder dass man sich gegenüber seinen Freunden und Familie zurückzieht. Osteopathen, deren Tätigkeit man zweifelsfrei auch unter personenbezogene Dienstleistungen einstufen kann, können also einem Burnout entgegenwirken, wenn sie die eigenen "emotionalen Alarmglocken" wahrnehmen und emotional kompetentes Verhalten im Umgang mit Patienten zeigen.

Auch im Deutschen Ärzteblatt (2004), wo Burn-out bei Ärzten thematisiert wird, kristallisiert sich ebenfalls klar heraus, dass emotionale Kompetenz vor Burn-out schützen kann.

Diesem Artikel zufolge kämpfen mindestens 20% aller Ärzte mit manifesten Beschwerden im Sinne eines Burn-outs (Deutsches Ärzteblatt, 2004).

90% der niedergelassenen Ärzte belastet die Einflussnahme der Krankenkassen mit den daraus resultierenden Vorschriften und Kontrollmechanismen, die einfühlsames, patientenzentriertes Verhalten erschweren.

In diesem Artikel werden aus Sicht junger Ärzte psychosoziale (Eigen-) Kompetenz, der Umgang mit Patienten sowie die Kommunikationsfähigkeit im

Medizinstudium stark vernachlässigt. Was Mercer et al. (2001) in seiner Studie festgestellt hat (vgl. Kap. 2.3.3 unter 4.), wird von jungen Medizinern quasi bestätigt.

So sollte laut Deutschem Ärzteblatt (2004) an der Steigerung der emotionalen Kompetenz bereits während des Medizinstudiums gearbeitet werden.

Ob auch bei Osteopathen in Belangen der emotionalen Kompetenz zusätzlich Schulungsbedarf besteht, soll diese Studie zeigen.

6 Methodik

Im Rahmen der Masterarbeit wurde eine Fragebogenuntersuchung durchgeführt, die bestehende oder nicht bestehende Differenzen in der emotionalen Kompetenz bei Osteopathen im Vergleich zur Normbevölkerung aufzeigen sollte.

6.1 Forschungsfrage

"Wie ist der Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-Abgängern in Österreich?"

6.1.1 Vorannahme 1

Osteopathen weisen im Durchschnitt eine hohe emotionale Kompetenz auf.

6.1.2 Vorannahme 2

Teilaspekte der emotionalen Kompetenz sind unterdurchschnittlich ausgeprägt.

6.1.3 Vorannahme 3

In einzelnen Dimensionen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede

6.2 Stichprobe

Zielgruppe waren die Absolventen der Wiener Schule für Osteopathie (WSO), differenziert nach Geschlecht und Alter.

Um eine geeignete Datengrundlage für eine statistische Bearbeitung zu erhalten, wurde der Fragebogen per E-Mail an 264 WSO-Abgänger gesandt. Voraussetzung war die abgeschlossene Osteopathieausbildung an der WSO, nicht jedoch das zusätzliche Masterstudium.

Um die Anonymität zu gewährleisten, wurde die Aussendung dankenswerterweise von der WSO durchgeführt. Im Begleitschreiben erläuterte ich den Zweck der Untersuchung, sicherte Anonymität zu und bat die Studienteilnehmer, den ausgefüllten Fragebogen an mich zurückzusenden.

Die Absolventen hatten auch die Möglichkeit, anzukreuzen, ob sie an den Ergebnissen interessiert sind.

Nach der ersten Aussendung waren es nur 37, die den Fragebogen retournierten, worauf dieser ein zweites Mal ausgesandt wurde.

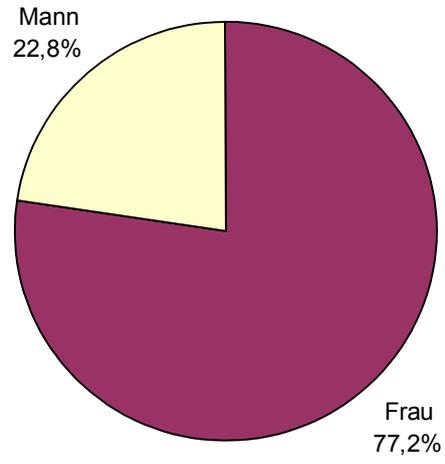
Von den 264 angeschriebenen Personen haben schließlich 57 den Fragebogen ausgefüllt retourniert, was einer Rücklaufquote von 21,6% entspricht.

3 zusätzliche Fragebögen kamen aufgrund von computertechnischen Problemen unausgefüllt zurück und wurden nicht berücksichtigt.

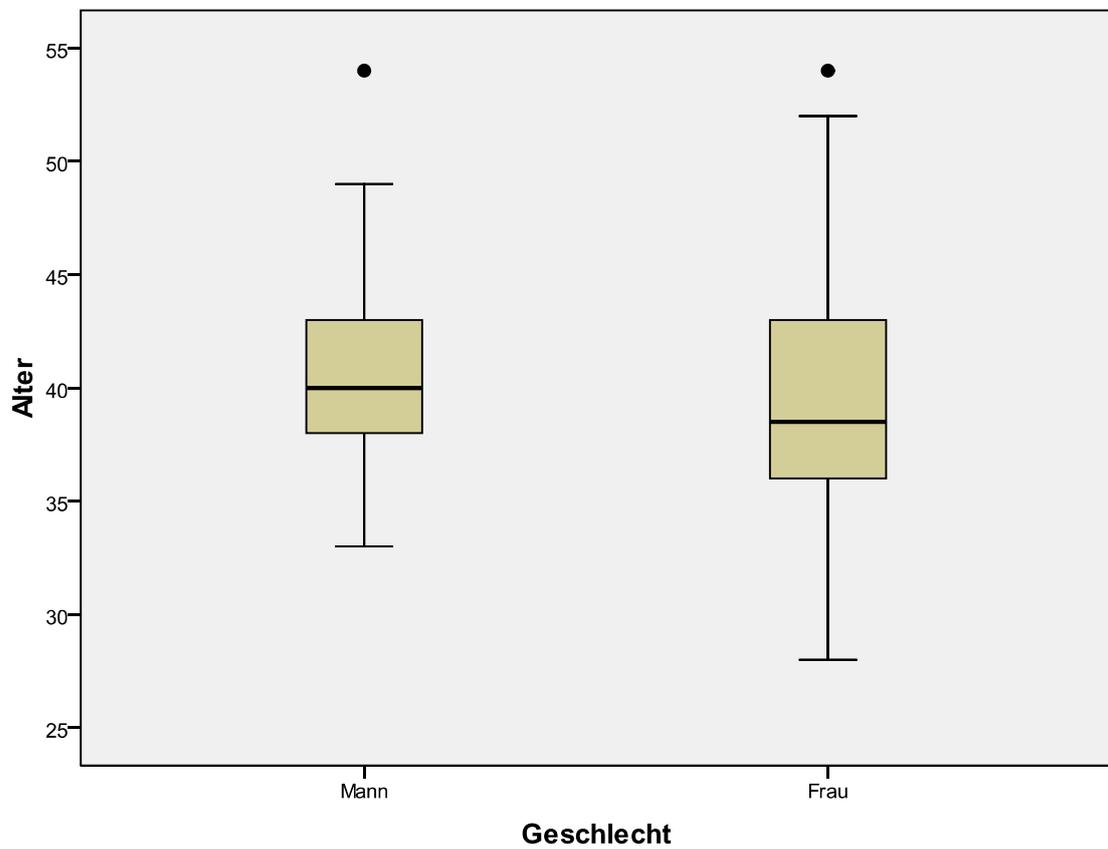
Weitere 2 Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt und wurden ebenfalls ausgeschieden.

Von den 57 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, sind 44 weiblich und 13 – also rund jede vierte – männlich.

Geschlecht



Alter nach Geschlecht

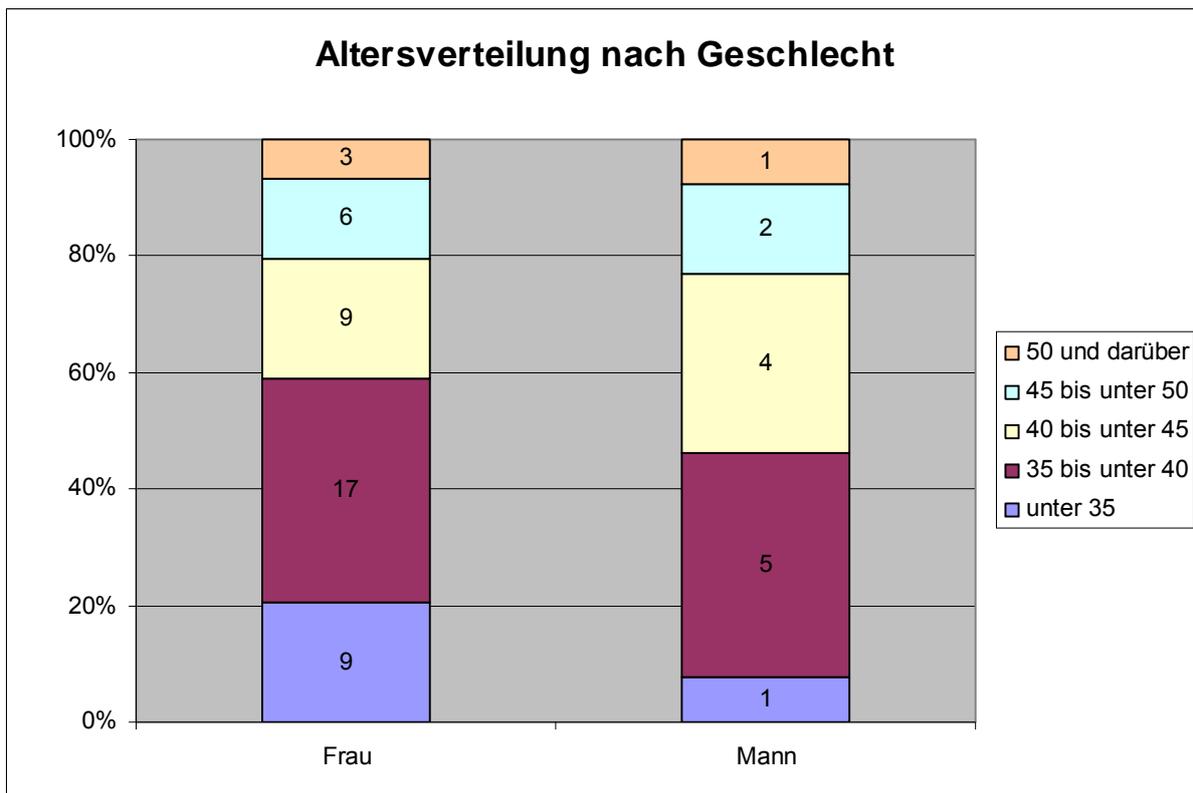


Das Durchschnittsalter lag bei 39,8 Jahren, wobei die Frauen (39,4 Jahre) geringfügig jünger waren als die Männer (41,1 Jahre). Die Schwankungsbreite lag bei den Frauen zwischen 28 und 54, bei den Männern zwischen 33 und 54 Jahren.

Altersgruppe * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt	
			Mann	Frau		
Alters- gruppe	unter 35	Anzahl	1	9	10	
		% innerhalb von Geschlecht	7,7%	20,5%	17,5%	
	35 bis unter 40	Anzahl	5	17	22	
		% innerhalb von Geschlecht	38,5%	38,6%	38,6%	
	40 bis unter 45	Anzahl	4	9	13	
		% innerhalb von Geschlecht	30,8%	20,5%	22,8%	
	45 bis unter 50	Anzahl	2	6	8	
		% innerhalb von Geschlecht	15,4%	13,6%	14,0%	
	50 und darüber	Anzahl	1	3	4	
		% innerhalb von Geschlecht	7,7%	6,8%	7,0%	
	Gesamt		Anzahl	13	44	57
			% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Die am stärksten vertretene Altersgruppe waren bei beiden Geschlechtern die 35- bis 39-Jährigen (38,6%), gefolgt von den 40- bis 44-Jährigen (22,8%).



Rund zwei Drittel hat im gemeinsamen Haushalt lebende Kinder, die Männer durchschnittlich 2,1 und die Frauen 1,8.

Kinder_im_gem_Haushalt * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Kinder im gemeinsamen Haushalt	Nein	Anzahl	2	18	20
		% innerhalb von Geschlecht	15,4%	40,9%	35,1%
	Ja	Anzahl	11	26	37
		% innerhalb von Geschlecht	84,6%	59,1%	64,9%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Eine wichtige Grundlage für die Einschätzung und Nachvollziehbarkeit einer empirischen Untersuchung und ihrer inhaltlichen Ergebnisse ist die Frage, wie diese Resultate zustande kommen und welche Erkenntnismethoden verwendet werden. Im Folgenden werden daher der Fragebogen sowie die methodische Durchführung und Auswertung der Ergebnisse dargestellt.

6.3 Erhebungsverfahren

6.3.1 Fragebogen

Als Fragebogen wurde der EKF (Emotionale-Kompetenz-Fragebogen) von Rindermann eingesetzt, dessen Konzept von emotionaler Kompetenz als einer Fähigkeit zum Erkennen und Ausdrücken von Emotionen sowie einem adäquaten Umgang mit Gefühlen ausgeht (Rindermann, 2009, S. 10f). Dem Fähigkeitskonzept liegen sowohl Laienbefragungen als auch Sichtung und Analyse bestehender theoretischer und empirischer Studien zugrunde (ebd. S. 24ff). Der EKF erfüllt die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität (ebd. S. 38ff).

Das Verfahren umfasst vier Dimensionen, die durch Selbst- und Fremdeinschätzung erhoben werden, wobei jedoch in der Untersuchung von einer Fremdeinschätzung Abstand genommen wurde. Unterschieden werden folgende vier Bereiche emotionaler Kompetenz:

Erkennen und Verstehen eigener Emotionen (15 Items)

Erkennen von Emotionen bei anderen (17 Items)

Regulation und Kontrolle eigener Emotionen (13 Items)

Emotionale Expressivität (17 Items)

Neben den vier Haupt- werden zwei Nebendimensionen zur Erfassung des Umgangs mit Gefühlen und von Einstellungen zu Gefühlen erhoben:

Regulation der Gefühle anderer (15 Items)

Einstellungen zu Gefühlen (14 Items)

Die Frage nach der Einstellung von Gefühlen ist wesentlich, da der tatsächliche Einsatz von Kompetenzen im Alltag von Einstellungen abhängt (Rindermann 2009). Da die Beschaffenheit zwischenmenschlicher Beziehung wesentlich zum Erfolg einer Behandlung beiträgt (Di Blasi et al 2001, Hojat 2002, Liem 2006), ist

es für Osteopathen wichtig, über ausreichende emotionale Kompetenz zu verfügen, auch um sich selbst vor emotionaler Erschöpfung zu bewahren (Schmitz 2002, Büssing 2003, Deutsches Ärzteblatt 2004).

Deshalb richtete sich mein Forschungsinteresse vor allem darauf, ob die emotionale Kompetenz von Osteopathen im Durchschnitt höher ist als die der Normbevölkerung bzw. ob und in welchen Teilaspekten Abweichungen vorliegen. Ebenso war für mich von Interesse, ob Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der emotionalen Kompetenz bzw. einzelner Dimensionen bestehen.

6.3.2 Auswertung der Daten

Die Auswertung erfolgte mittels der Software SPSS Statistics Version 17.0. Nach der Datencodierung und -eingabe erfolgte eine Plausibilitätsprüfung, um etwaige Eingabefehler korrigieren zu können. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der angepassten SPSS-Syntax auf der CD, die dem Manual beigelegt ist.

Es wurden zunächst die notwendigen Umpolungen einzelner Items vorgenommen, sodann die Mittelwerte in den vier Haupt- und zwei Nebenskalen berechnet, die entsprechenden Normwerte zugeordnet und schließlich der Gesamtwert für die allgemeine emotionale Kompetenz ermittelt.

Uni- und bivariate Auswertungen folgten. Je nach Skalenniveau und Anwendungsvoraussetzungen wurden entsprechende Signifikanztests zur Überprüfung der Vorannahmen verwendet. Das Signifikanzniveau wurde mit

$\alpha = 5\%$ festgelegt, das heißt, das Risiko eine Fehlentscheidung zu treffen und die Nullhypothese fälschlicherweise abzulehnen und damit die Alternativhypothese anzunehmen liegt bei 5%.

Zunächst wurde ein Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt, um die Variablen der Haupt- und Nebenskala sowie des Gesamtwertes auf Normalverteilung zu überprüfen. Bei allen Variablen zeigte der Test, dass von normalverteilten Daten ausgegangen werden kann.

Deshalb wurde zur Überprüfung der Frage, ob sich die Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben signifikant voneinander unterscheiden, ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Voraussetzung gleicher Varianzen der Gruppen wurde mit dem Levene-Test überprüft.

Bei der statistischen Auswertung wurde die Signifikanz folgend interpretiert:

0,00 – 0,01 = sehr signifikant

0,02 – 0,05 = signifikant

6.3.3 Frequenzanalysen und Signifikanztests

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert. Die Tabellen sowie die Grafiken sind so aufgebaut, dass jeweils eine Differenzierung nach Geschlecht vorgenommen wird, nicht jedoch nach Alter, da niemand unter 20 Jahre alt war und damit dieses Merkmal nicht von Relevanz ist.

Die Kategorisierung der Werte erfolgte nach den allgemein üblichen Interpretationsschwellen, die dem folgenden Schema zu entnehmen sind (Rindermann 2009, S. 66), wobei noch anzumerken ist, dass der Mittelwert bei 100 und die Standardabweichung bei 10 liegt:

Fähigkeitsbezeichnung	Standard-Wert	Verteilung
weit unterdurchschnittlich	≤ 80	2,28%
Unterdurchschnittlich	80,01 - 90	13,59%
Durchschnittlich	90,01 - 109,99	68,26%
Überdurchschnittlich	110 - 119,99	13,59%
weit überdurchschnittlich	≥ 120	2,28%

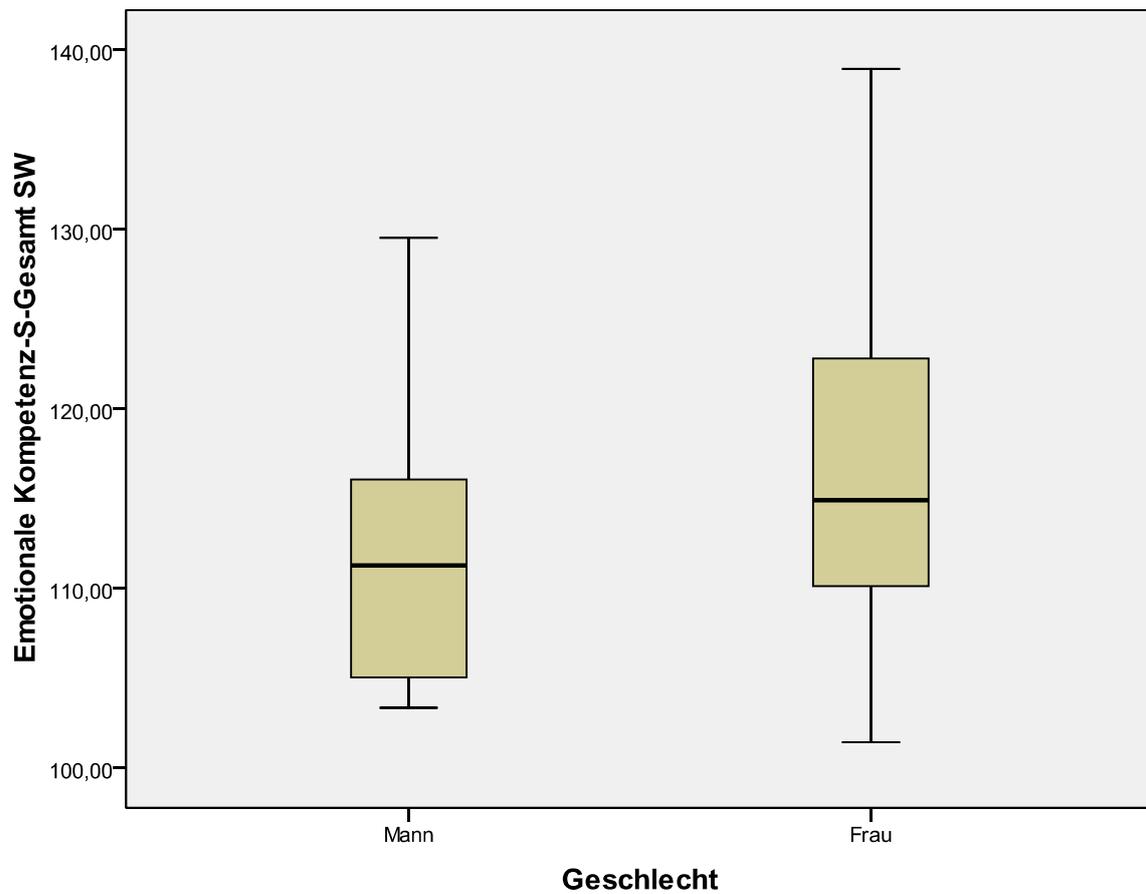
Für den Vergleich von Frauen und Männern werden die geschlechtsunabhängigen (gemeinsamen) Normen herangezogen, ansonsten werden jedoch die spezielleren Normen, die separat nach Alter und Geschlecht ausgewiesen werden, genommen.

6.4 Ergebnisdarstellung

6.4.1 Emotionale Kompetenz - Gesamtwert

Der Gesamtwert der emotionalen Kompetenz liegt in der Stichprobe bei durchschnittlich 115,65, also deutlich über dem Mittelwert von 100 der Normstichprobe. Der entsprechende Wert bei weiblichen Osteopathen ist mit 116,53 höher als bei den männlichen Osteopathen mit 112,69. Bei den Frauen bewegen sich die Werte zwischen 101,43 und 138,95, bei den Männern zwischen 103,36 und 129,53.

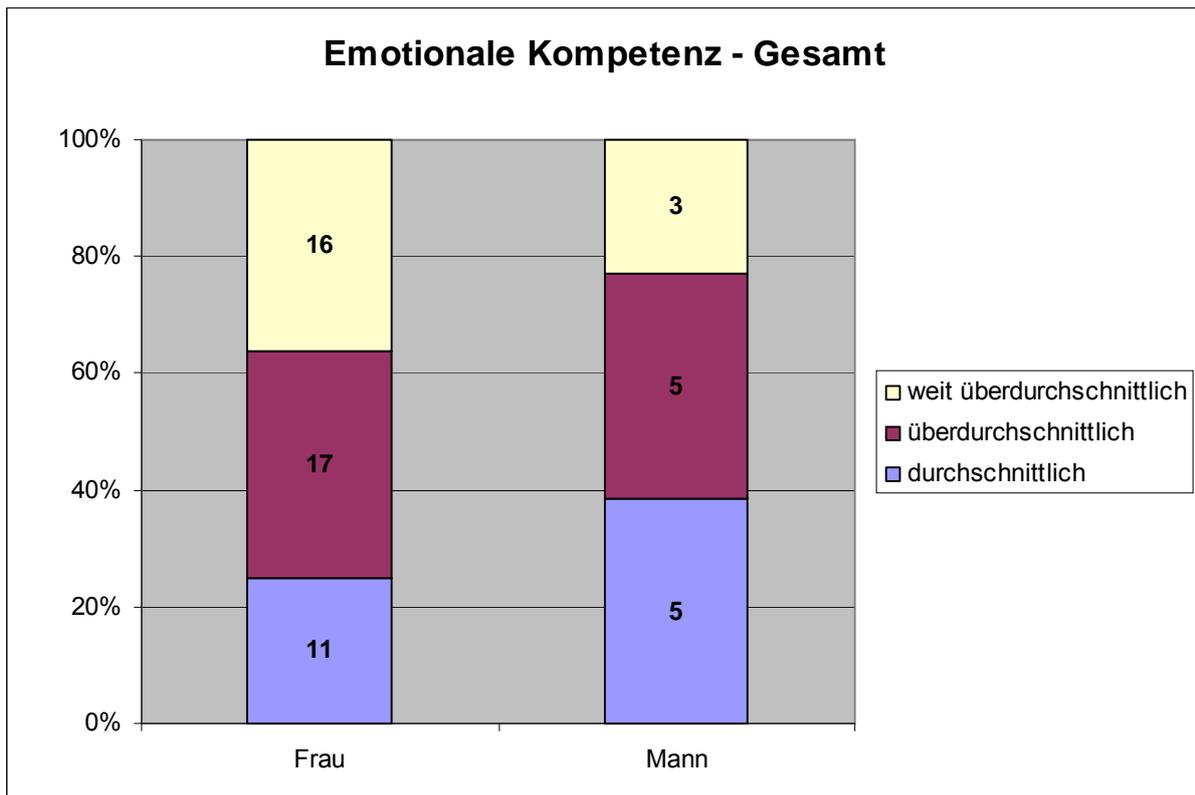
Emotionale Kompetenz-S-Gesamt nach Geschlecht



Kategorisiert man die Werte, zeigen sich zwar geschlechtsspezifische Unterschiede, die jedoch durch einen t-Test nicht bestätigt werden. Hinsichtlich des Gesamtwertes der emotionalen Kompetenz gibt es somit keine signifikanten Unterschiede zwischen Osteopathinnen und Osteopathen.

Emotionale Kompetenz-S-Gesamt * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Emotionale Kompetenz Gesamt	Durchschnittlich	Anzahl	5	11	16
		% innerhalb von Geschlecht	38,5%	25,0%	28,1%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	5	17	22
		% innerhalb von Geschlecht	38,5%	38,6%	38,6%
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	3	16	19
		% innerhalb von Geschlecht	23,1%	36,4%	33,3%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

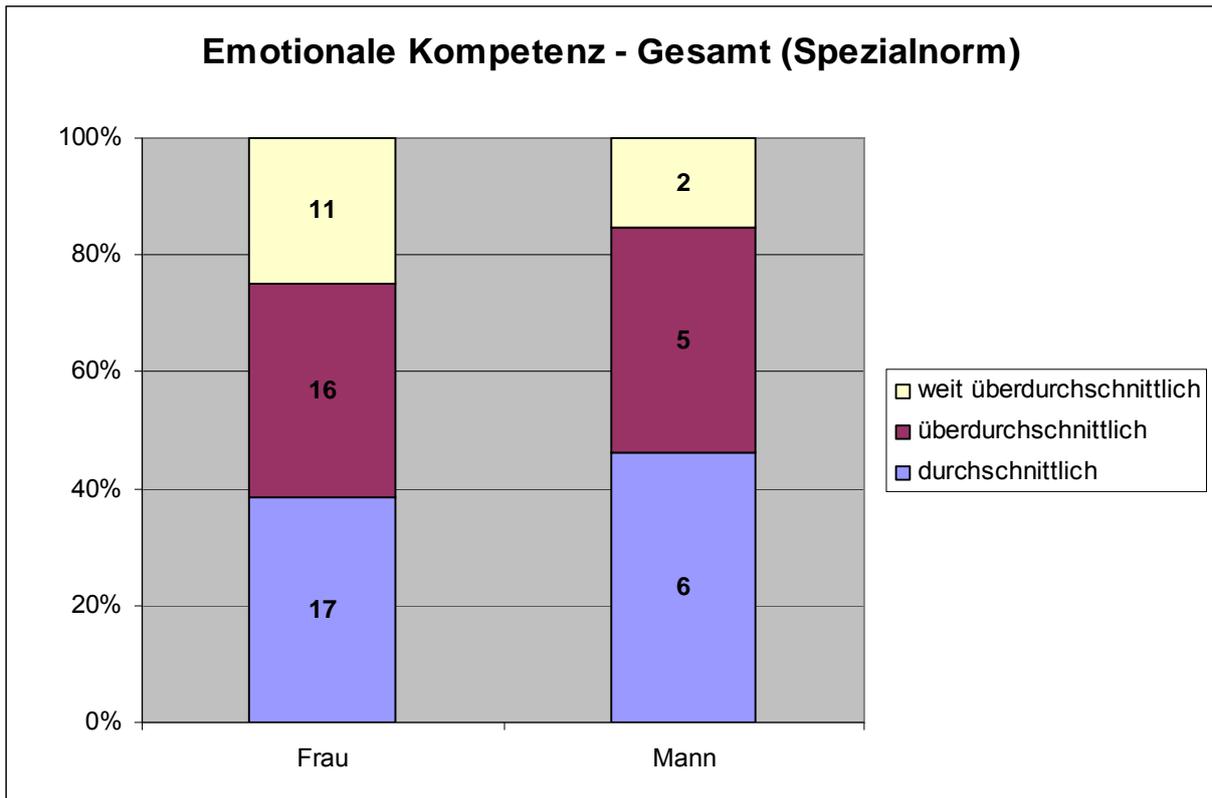


Vergleicht man Frauen mit Frauen und Männer mit Männern, muss man auf die entsprechenden geschlechtsspezifischen Normen zurückgreifen. In diesem Fall liegen 40,4% im Durchschnitt, 36,8% sind überdurchschnittlich und 22,8 weit überdurchschnittlich. Bei den Frauen ist sogar jede Vierte in der obersten Kategorie, allerdings liegen auch 3 Frauen im Durchschnittsbereich leicht unter dem Mittelwert von 100. Insgesamt schneiden 6 von 10 Befragten (59,6%) bei der Gesamtbeurteilung der emotionalen Kompetenz überdurchschnittlich ab.

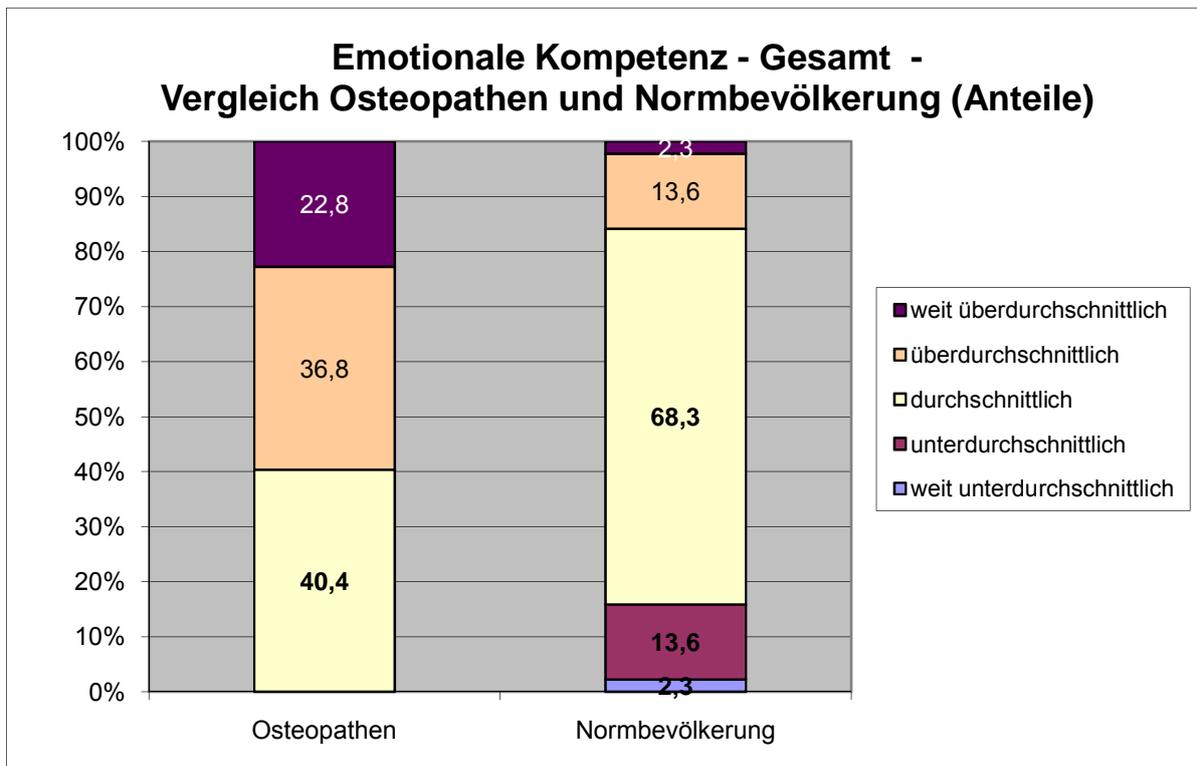
Führt man bei einer Stichprobe einen t-Test durch, der prüft, ob der Mittelwert einer Variablen von einer gegebenen Konstanten – in diesem Fall vom Mittelwert 100 – abweicht, so zeigt sich ein hochsignifikantes Ergebnis ($p = 0,000$). Ebenso wenn man gegen 110, der oberen Grenze des Durchschnittsbereichs, testet ($p = 0,008$).

Emotionale Kompetenz-S-Gesamt (Spezialnorm) * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Emotionale Kompetenz-S-Gesamt	Durchschnittlich	Anzahl	6	17	23
		% innerhalb von Geschlecht	46,2%	38,6%	40,4%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	5	16	21
		% innerhalb von Geschlecht	38,5%	36,4%	36,8%
	weit überdurchschnittlich	Anzahl	2	11	13
		% innerhalb von Geschlecht	15,4%	25,0%	22,8%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%



Führt man einen Vergleich der prozentuellen Verteilung der einzelnen Kategorien zwischen Osteopathen und Normbevölkerung durch, treten die Unterschiede sehr deutlich zu Tage.



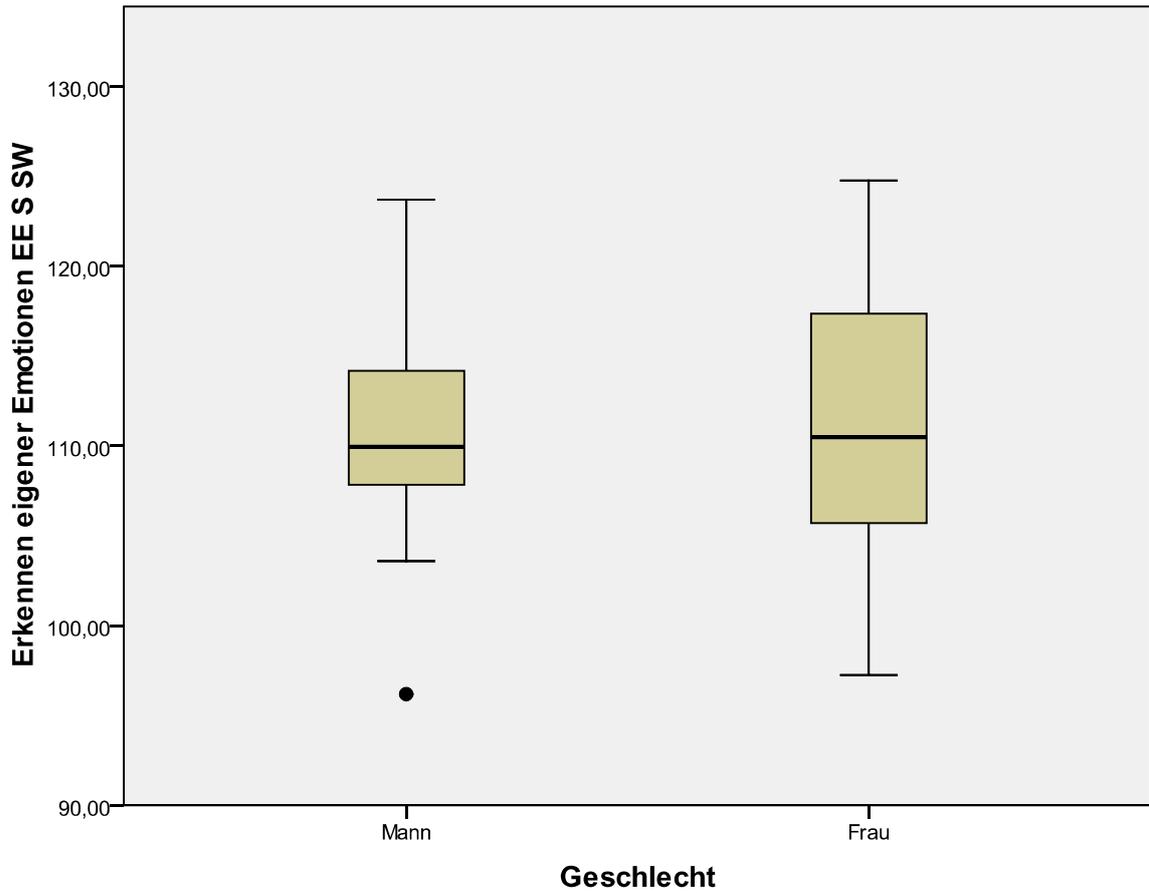
6.4.2 Erkennen eigener Emotionen

Der Durchschnitt der Dimension „Erkennen eigener Emotionen“ liegt in der Stichprobe bei 110,91, wobei die Mittelwerte der weiblichen und männlichen Osteopathen sehr nah beieinander liegen (Frauen: 111,03; Männer: 110,52). Durch den t-Test bestätigt sich, dass kein signifikanter Unterschied vorliegt.

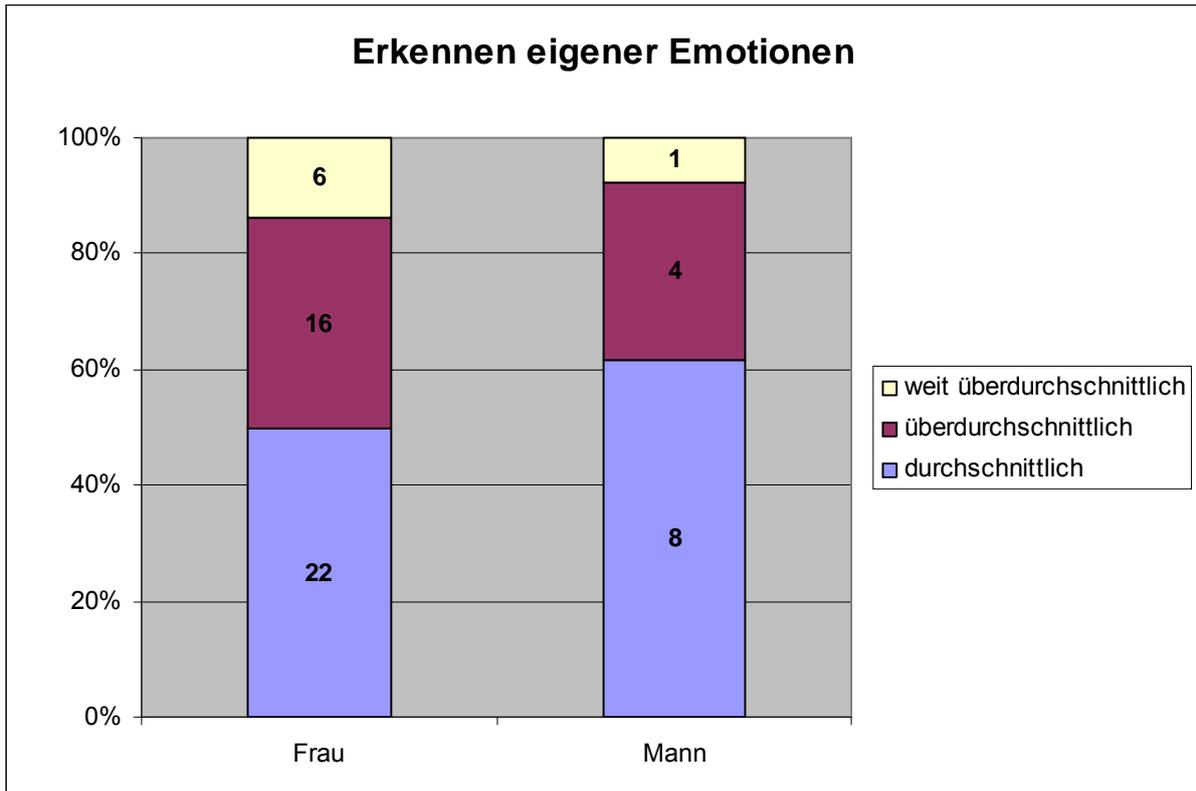
Erkennen eigener Emotionen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt	
			Mann	Frau		
Erkennen eigener Emotionen	Durchschnittlich	Anzahl	8	22	30	
		% innerhalb von Geschlecht	61,5%	50,0%	52,6%	
	Überdurchschnittlich	Anzahl	4	16	20	
		% innerhalb von Geschlecht	30,8%	36,4%	35,1%	
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	1	6	7	
		% innerhalb von Geschlecht	7,7%	13,6%	12,3%	
	Gesamt		Anzahl	13	44	57
			% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Erkennen eigener Emotionen nach Geschlecht



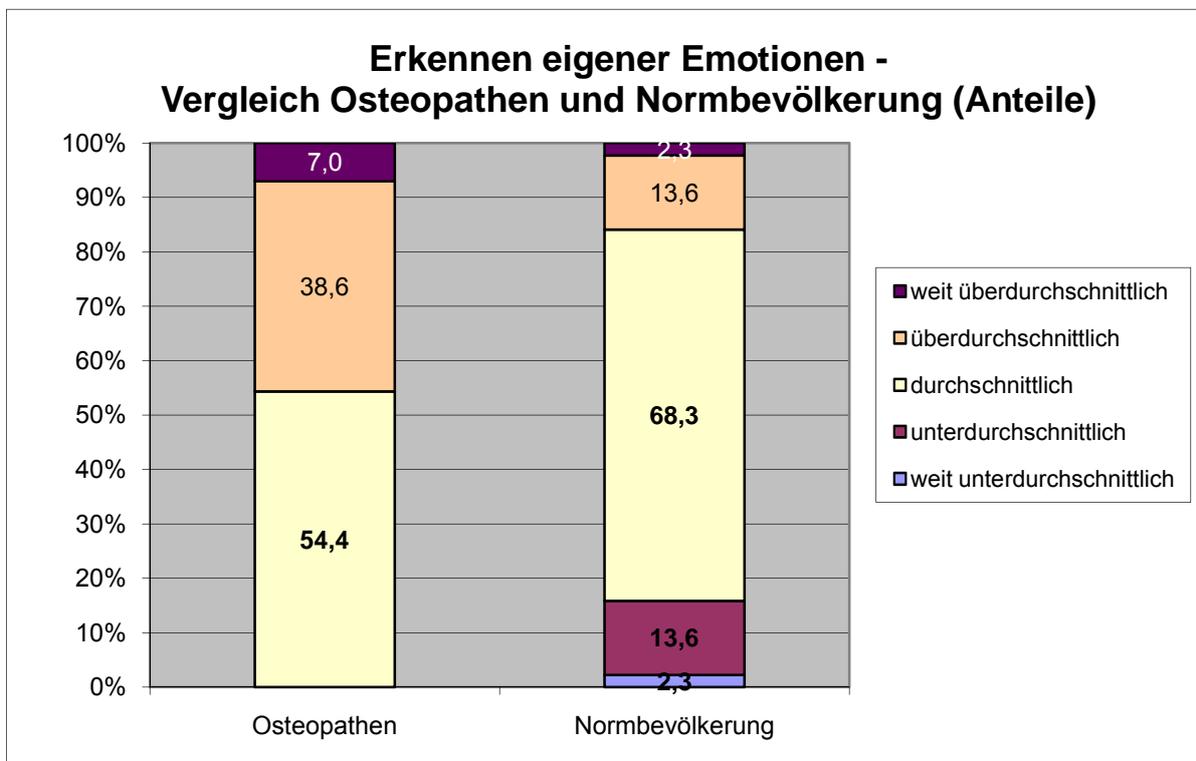
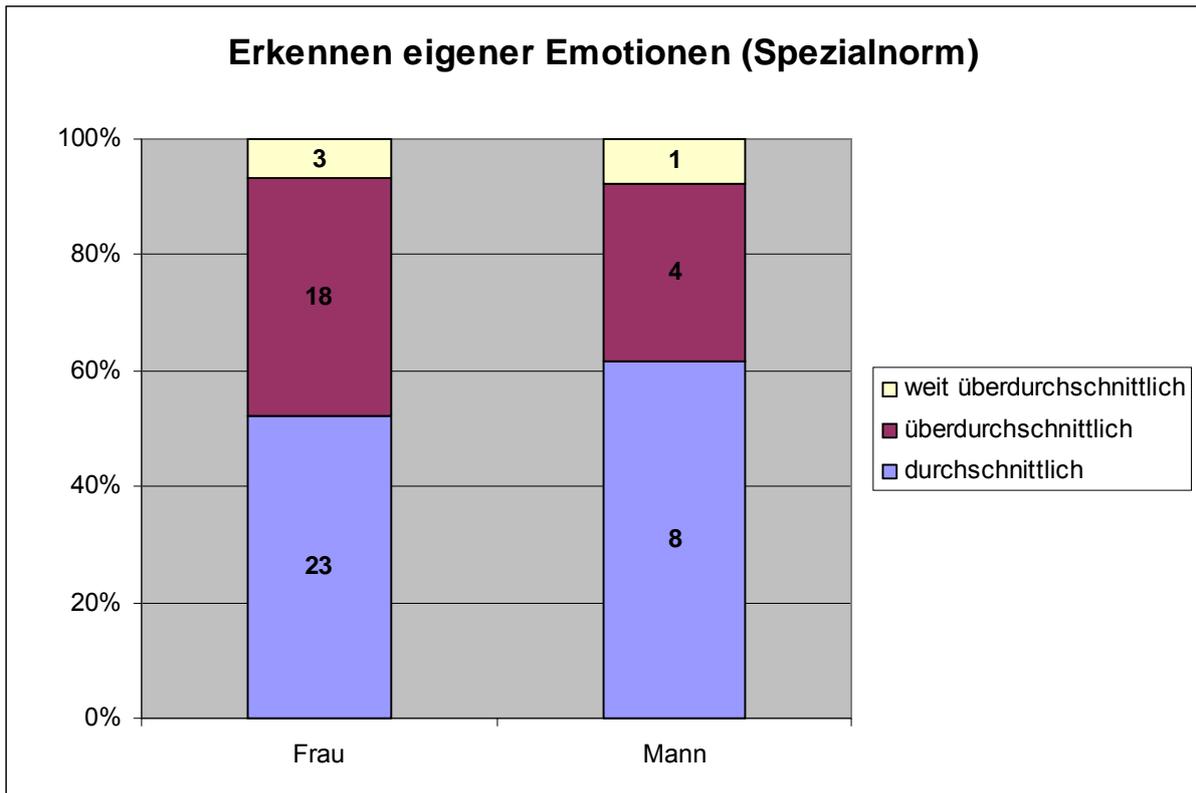
Erkennen eigener Emotionen



Beim Vergleich mit den geschlechtsspezifischen Normen zeigt sich, dass über die Hälfte (54,4%) im durchschnittlichen Bereich liegen – darunter 7 im Bereich 90 bis unter 100 –, rund 40% sind überdurchschnittlich im Erkennen eigenen Emotionen, 4 Personen (7%) sogar weit über dem Durchschnitt. Testet man gegen den Mittelwert 100, zeigen sich höchst signifikante Abweichungen ($p = 0,000$).

Erkennen eigener Emotionen (Spezialnorm) * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Erkennen eigener Emotionen	Durchschnittlich	Anzahl	8	23	31
		% innerhalb von Geschlecht	61,5%	52,3%	54,4%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	4	18	22
		% innerhalb von Geschlecht	30,8%	40,9%	38,6%
	weit überdurchschnittlich	Anzahl	1	3	4
		% innerhalb von Geschlecht	7,7%	6,8%	7,0%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%



Den Mittelwerten kann auch der entsprechende Prozentrang nach den jeweiligen Normen für Frauen und Männer zugeordnet werden. Falls die exakten Rohwerte

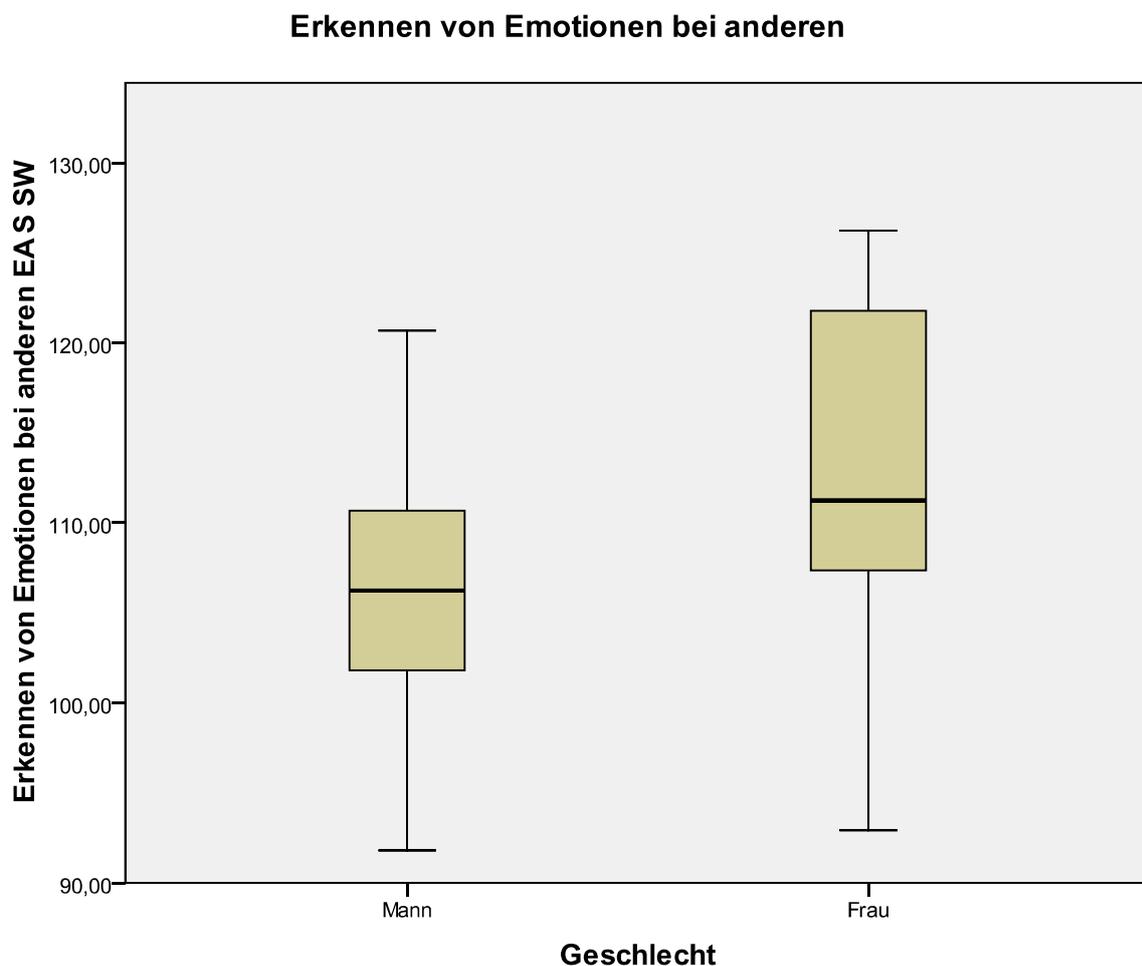
nicht in den Tabellen ausgewiesen waren, wurde eine entsprechende lineare Interpolation zwischen den Nachbarwerten vorgenommen.

Für die vorliegende Hauptdimension wurde für Frauen der Prozentrang 84,4 und für Männer 85,95 ermittelt, d.h., dass im Mittel 84,4% der Frauen in der Normbevölkerung und 85,95% der Männer in der Normbevölkerung niedrigere Werte haben und demnach nur 15,6% bzw. 14,05% höhere.

6.4.3 Erkennen von Emotionen bei anderen

Für den Durchschnitt bei dieser Dimension wird in der Stichprobe ein Wert von 111,08 ausgewiesen. Der Mittelwert der weiblichen Osteopathen liegt mit 112,71 deutlich über dem der männlichen Osteopathen mit 105,57.

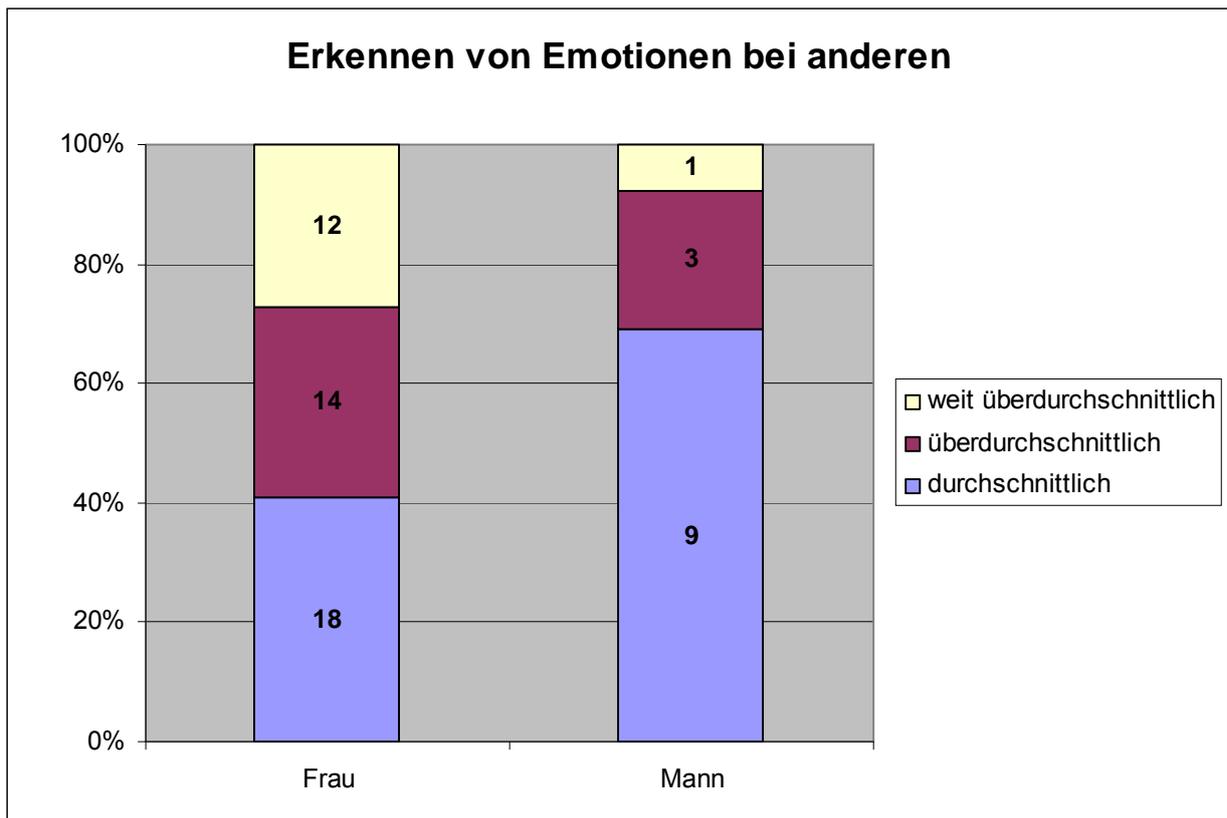
Auch der t-Test bestätigt den signifikanten Unterschied ($p = 0,013$).



Auch der t-Test bestätigt den signifikanten Unterschied ($p=0,013$).

Erkennen von Emotionen bei anderen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Erkennen von Emotionen bei anderen	Durchschnittlich	Anzahl	9	18	27
		% innerhalb von Geschlecht	69,2%	40,9%	47,4%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	3	14	17
		% innerhalb von Geschlecht	23,1%	31,8%	29,8%
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	1	12	13
		% innerhalb von Geschlecht	7,7%	27,3%	22,8%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%



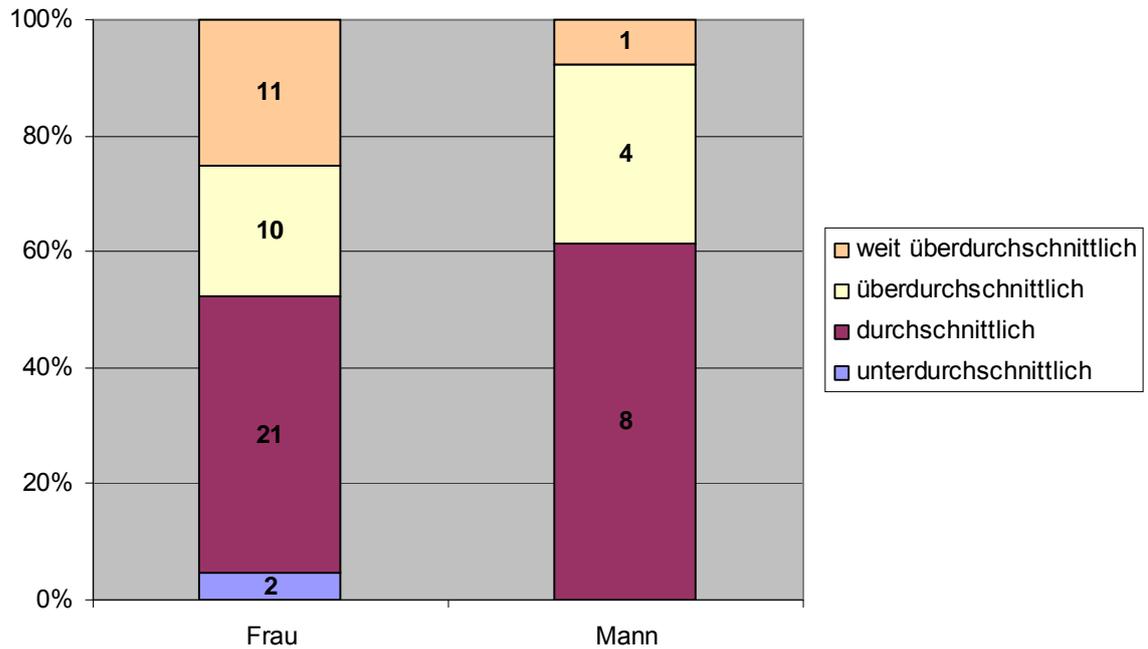
Vergleicht man mit den speziellen geschlechtsspezifischen Normen, so erweisen sich zwei Frauen bei dieser Dimension sogar als unterdurchschnittlich, die Hälfte ist durchschnittlich, immerhin jede vierte Osteopathin liegt jedoch weit über dem Durchschnitt. Eine Prüfung gegen den Mittelwert 100 ergibt einen höchst signifikanten Unterschied ($p = 0,000$).

Die prozentrangtransformierten Werte weisen aus, dass durchschnittlich 86,36% der Frauen und 82,37% der Männer der Normstichprobe niedrigere Werte haben.

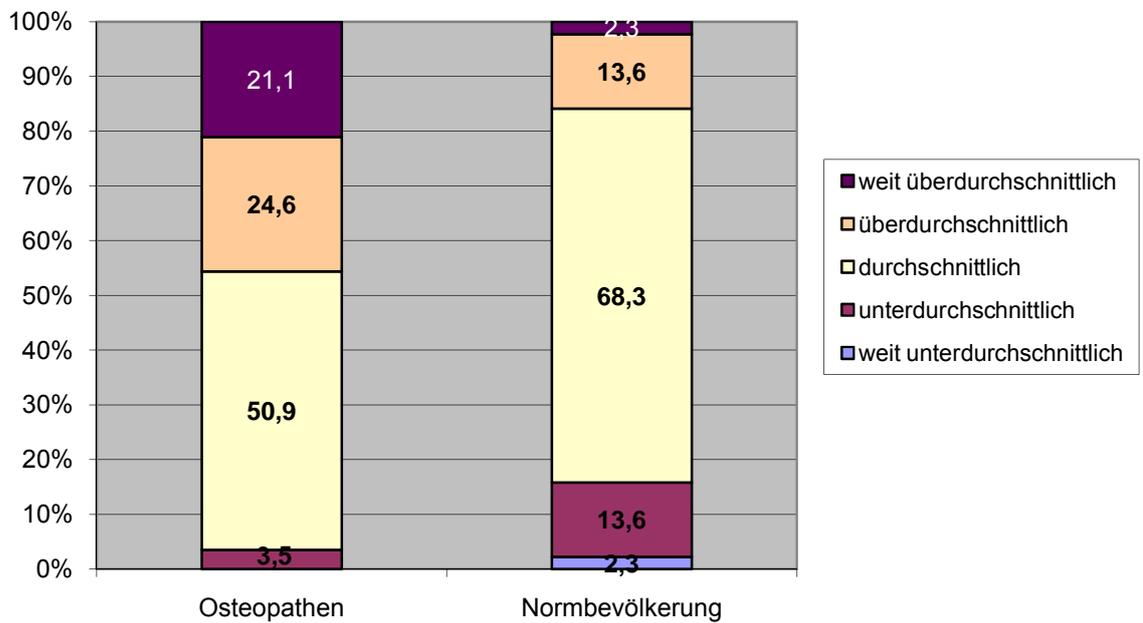
Erkennen von Emotionen bei anderen (Spezialnorm) * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt	
			Mann	Frau		
Erkennen von Emotionen bei anderen	Unterdurchschnittlich	Anzahl	0	2	2	
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	4,7%	3,6%	
	Durchschnittlich	Anzahl	8	21	29	
		% innerhalb von Geschlecht	61,5%	48,8%	51,8%	
	Überdurchschnittlich	Anzahl	4	9	13	
		% innerhalb von Geschlecht	30,8%	20,9%	23,2%	
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	1	11	12	
		% innerhalb von Geschlecht	7,7%	25,6%	21,4%	
	Gesamt		Anzahl	13	43	56
			% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Erkennen von Emotionen bei anderen (Spezialnorm)



Erkennen von Emotionen bei anderen - Vergleich Osteopathen und Normbevölkerung (Anteile)



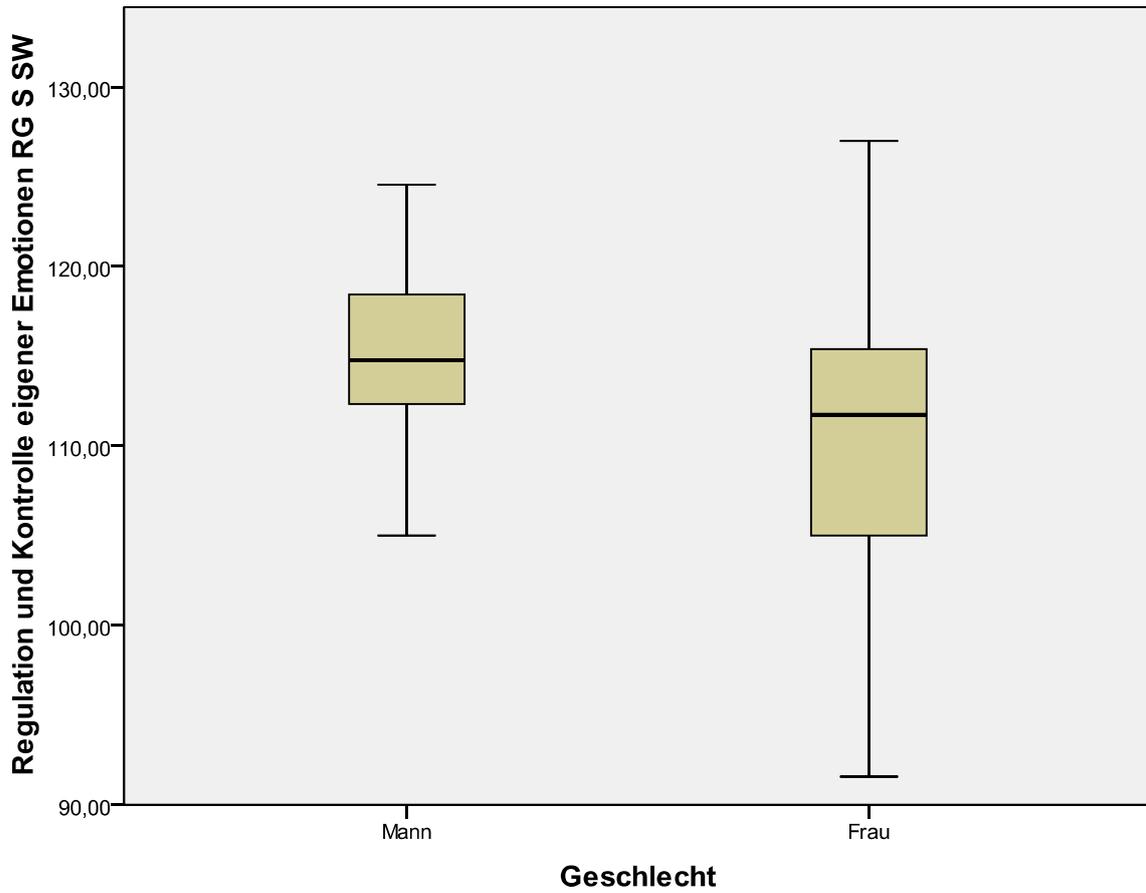
6.4.4 Regulation und Kontrolle eigener Emotionen

Der Durchschnitt dieser Dimension liegt bei 110,85. Dies ist der einzige Teilaspekt, bei dem Männer einen höheren Mittelwert (114,68) aufweisen als Frauen (109,72), allerdings ist der Unterschied nicht signifikant.

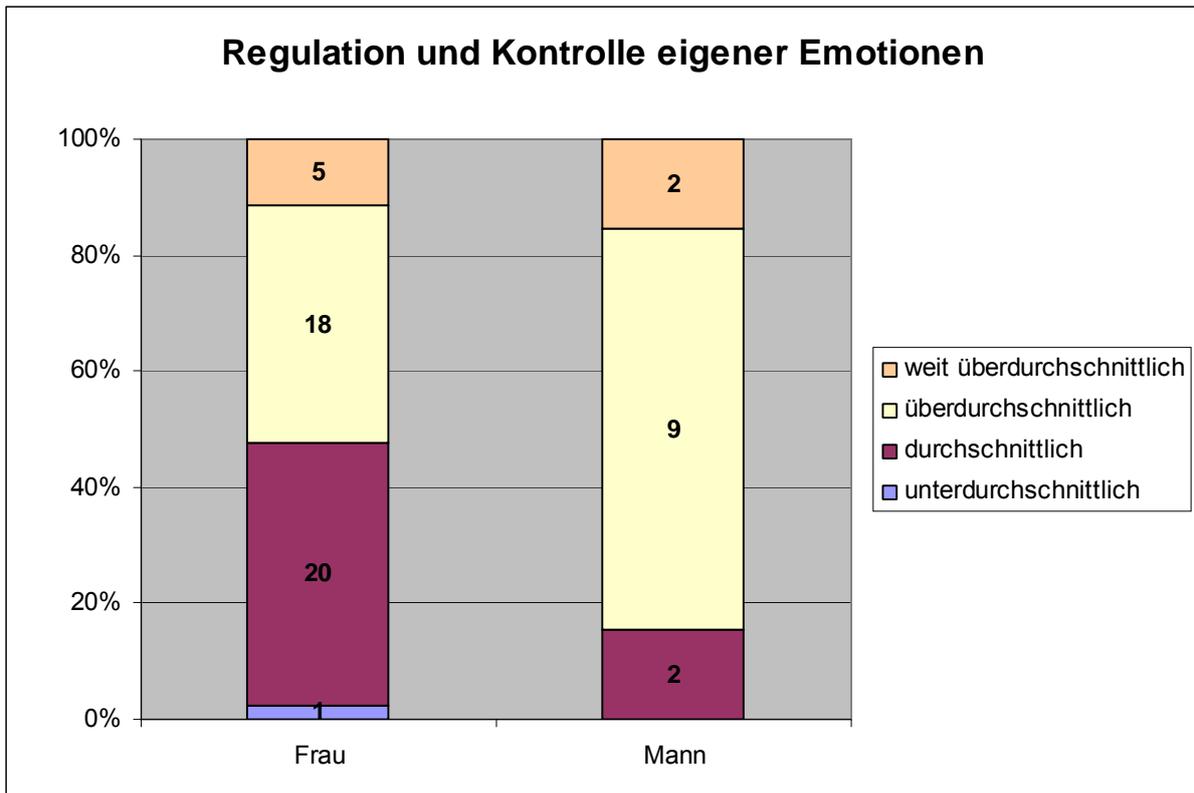
Regulation und Kontrolle eigener Emotionen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt	
			Mann	Frau		
Regulation und Kontrolle eigener Emotionen	Unterdurchschnittlich	Anzahl	0	1	1	
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	2,3%	1,8%	
	Durchschnittlich	Anzahl	2	20	22	
		% innerhalb von Geschlecht	15,4%	45,5%	38,6%	
	Überdurchschnittlich	Anzahl	9	18	27	
		% innerhalb von Geschlecht	69,2%	40,9%	47,4%	
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	2	5	7	
		% innerhalb von Geschlecht	15,4%	11,4%	12,3%	
	Gesamt		Anzahl	13	44	57
			% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Regulation und Kontrolle eigener Emotionen



Regulation und Kontrolle eigener Emotionen



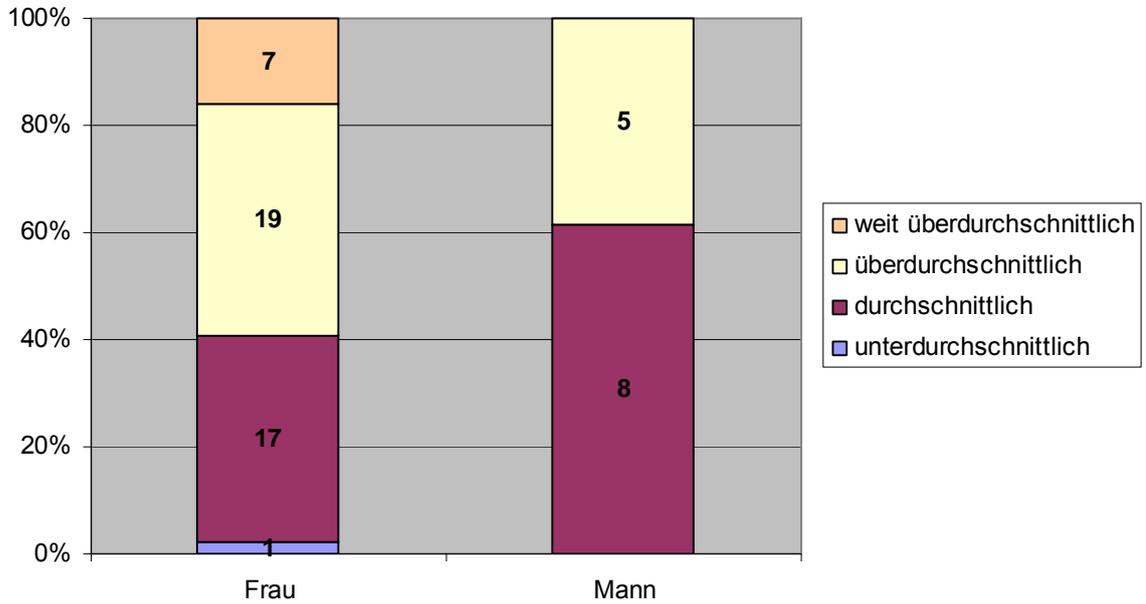
Die Streuung ist bei den Frauen deutlich höher. Einer in dieser Dimension unterdurchschnittlich abschneidenden Frau stehen 7 (15,9%) weit überdurchschnittliche gegenüber. Weitere 5 Frauen liegen im unteren Durchschnittsbereich (zwischen 90 und unter 100). Bei den Männern sind nahezu zwei Drittel (61,5%) im oberen Durchschnittsbereich (zwischen 100 und 109,99), der Rest ist überdurchschnittlich. Einen höchst signifikanten Unterschied gibt es zum Mittelwert 100 ($p = 0,000$).

Regulation und Kontrolle eigener Emotionen (Spezialnorm) * Geschlecht
Kreuztabelle

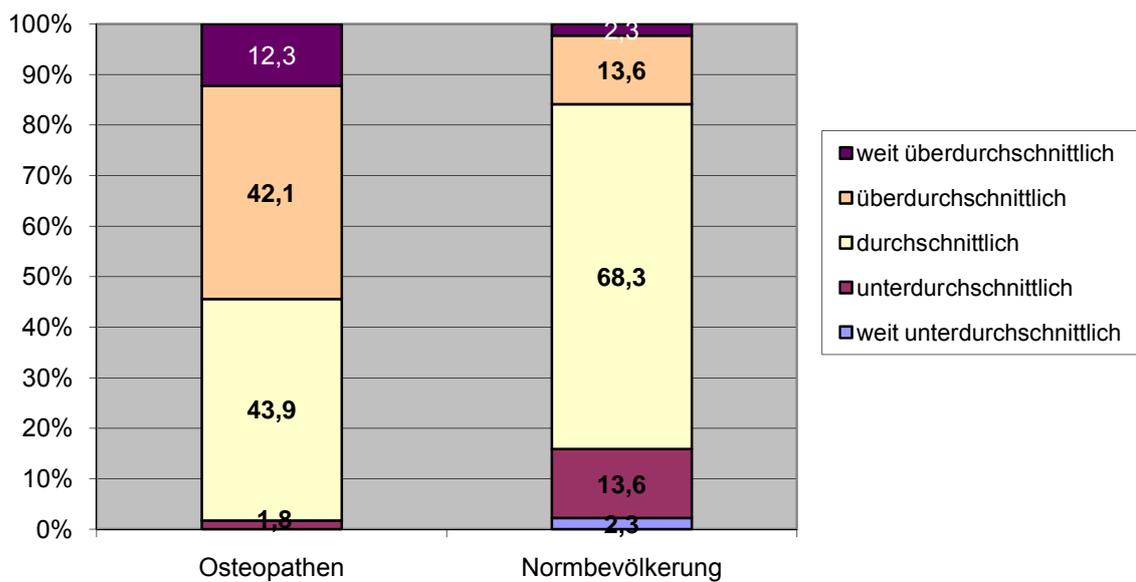
			Geschlecht		Gesamt	
			Mann	Frau		
Regulation und Kontrolle eigener Emotionen	Unterdurchschnittlich	Anzahl	0	1	1	
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	2,3%	1,8%	
	Durchschnittlich	Anzahl	8	17	25	
		% innerhalb von Geschlecht	61,5%	38,6%	43,9%	
	Überdurchschnittlich	Anzahl	5	19	24	
		% innerhalb von Geschlecht	38,5%	43,2%	42,1%	
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	0	7	7	
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	15,9%	12,3%	
	Gesamt		Anzahl	13	44	57
			% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

86,06% der Männer und 85,7% der Frauen der Normbevölkerung haben im Mittel in dieser Dimension einen geringeren Wert.

Regulation und Kontrolle eigener Emotionen (Spezialnorm)

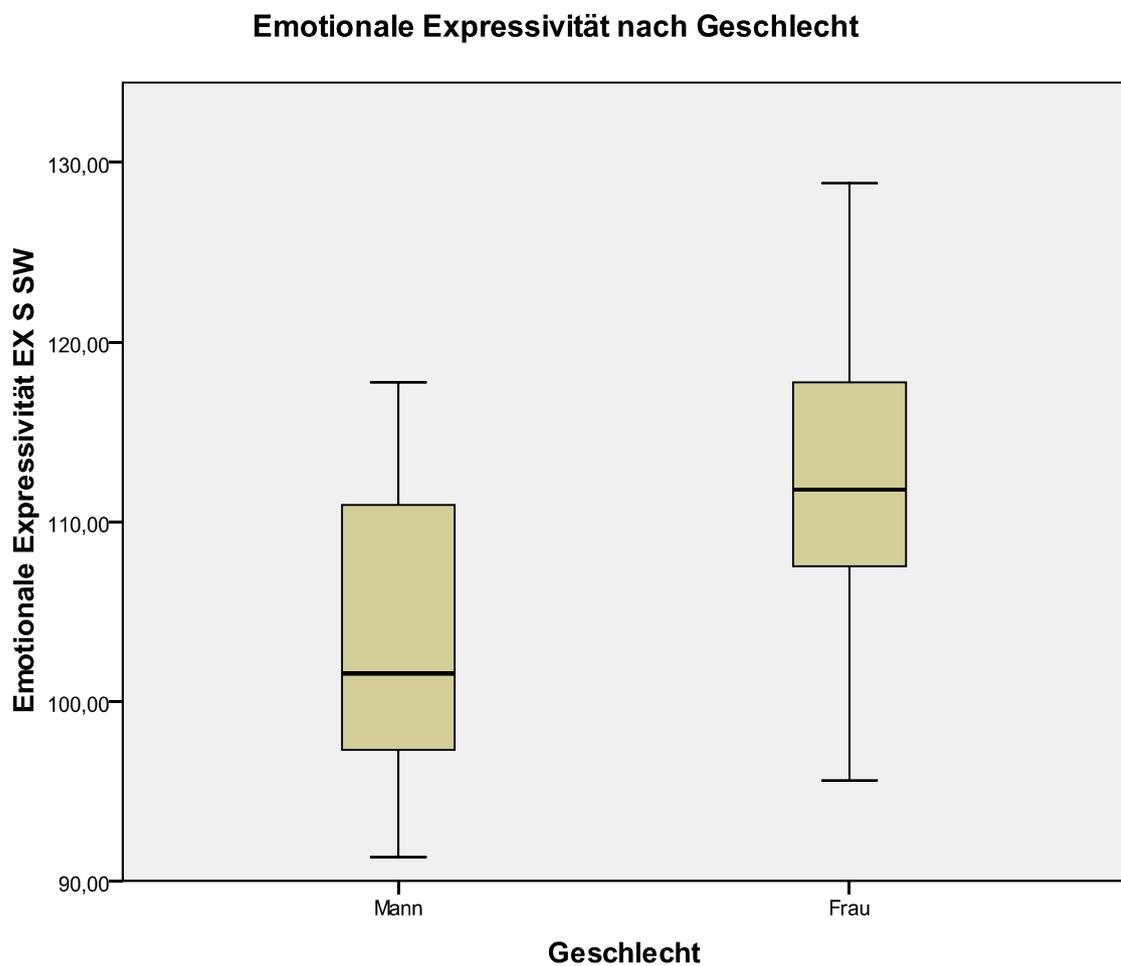


Regulation und Kontrolle eigener Emotionen - Vergleich Osteopathen und Normbevölkerung (Anteile)



6.4.5 Emotionale Expressivität

In der Hauptdimension „Emotionale Expressivität“ liegt der Durchschnitt bei 110,19. Mit einem Mittelwert von 112,00 liegen die weiblichen Osteopathen deutlich über dem der männlichen Osteopathen (104,05). Der entsprechende t-Test liefert ein hoch signifikantes Ergebnis ($p = 0,003$), d.h., dass weibliche Osteopathen signifikant besser eigene Gefühle verbal und nonverbal ausdrücken können als ihre männlichen Kollegen.

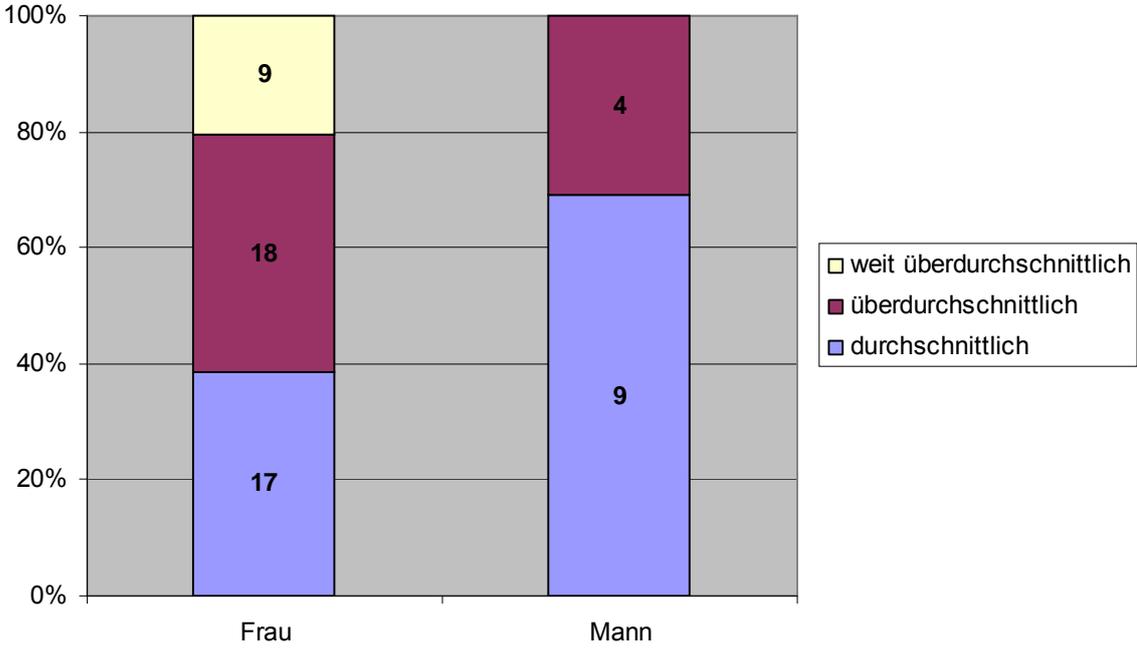


Etwas über die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen liegen bzgl. der geschlechtsspezifischen Normen im Durchschnittsbereich (darunter 4 Männer bzw. 8 Frauen zwischen 90 und 99,9). Bei den Männern schneiden in dieser Dimension 38,5% überdurchschnittlich und 7,7% sogar weit überdurchschnittlich ab. Bei den Frauen betragen die entsprechenden Anteile 29,5% bzw. 4,5%.

Emotionale Expressivität * Geschlecht Kreuztabelle

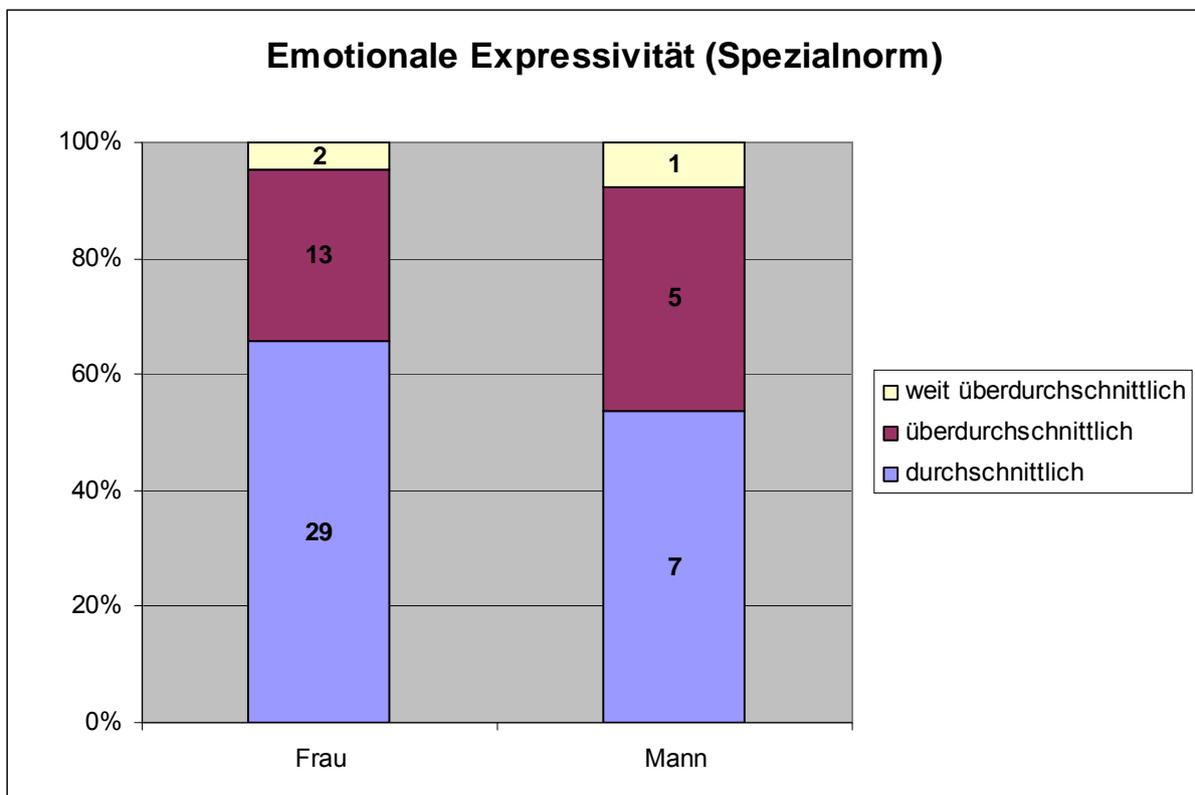
			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Emotionale Expressivität	Durchschnittlich	Anzahl	9	17	26
		% innerhalb von Geschlecht	69,2%	38,6%	45,6%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	4	18	22
		% innerhalb von Geschlecht	30,8%	40,9%	38,6%
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	0	9	9
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	20,5%	15,8%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Emotionale Expressivität

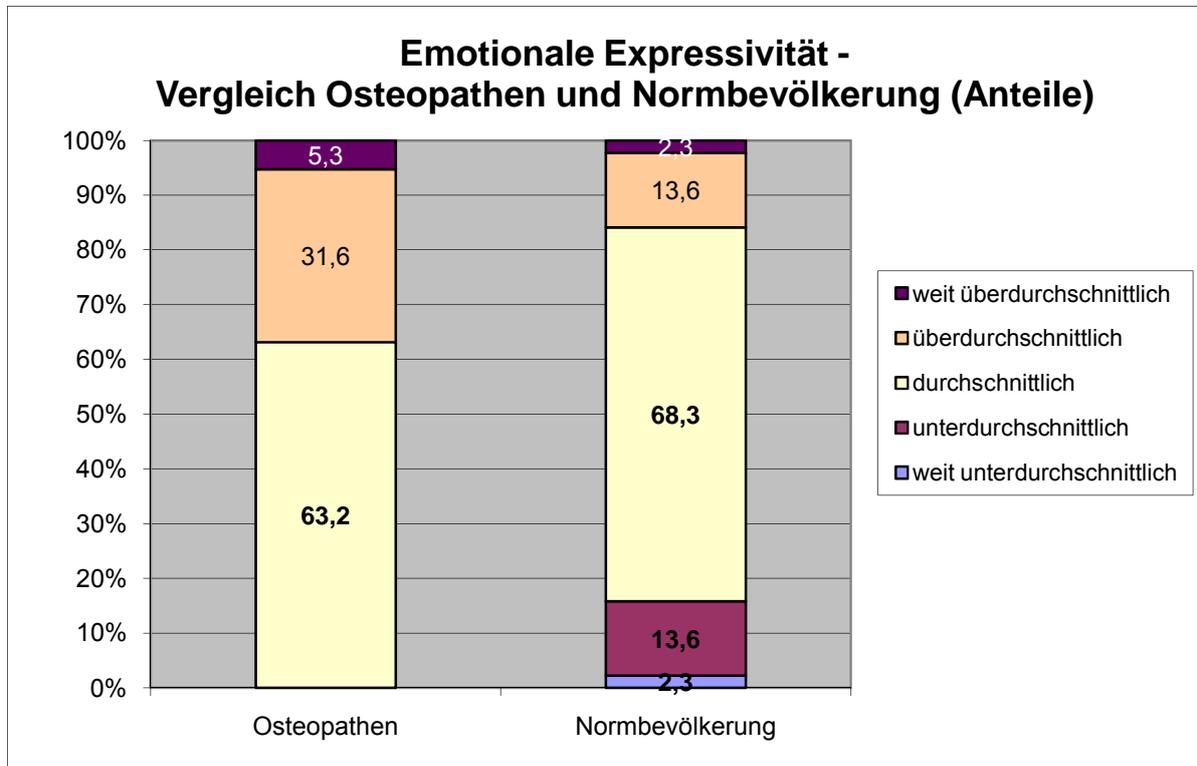


Emotionale Expressivität (Spezialnorm) * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Emotionale Expressivität	Durchschnittlich	Anzahl	7	29	36
		% innerhalb von Geschlecht	53,8 %	65,9%	63,2%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	5	13	18
		% innerhalb von Geschlecht	38,5 %	29,5%	31,6%
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	1	2	3
		% innerhalb von Geschlecht	7,7%	4,5%	5,3%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%



Der t-Test bei einer Stichprobe ergibt gegenüber dem Mittelwert 100 einen sehr signifikanten Unterschied ($p = 0,000$). Rund drei Viertel der Männer bzw. Frauen der Normbevölkerung (exakt 76,4% bzw. 75,67%) weisen in dieser Dimension niedrigere Werte auf.



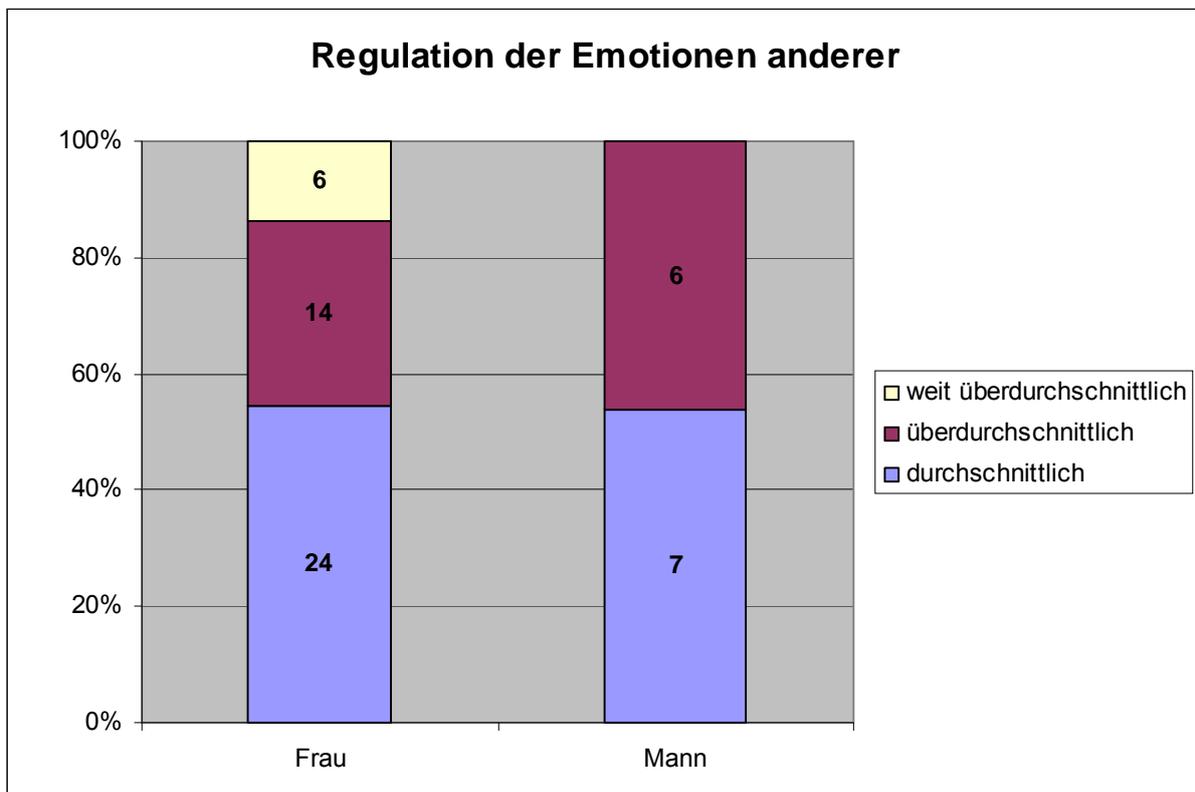
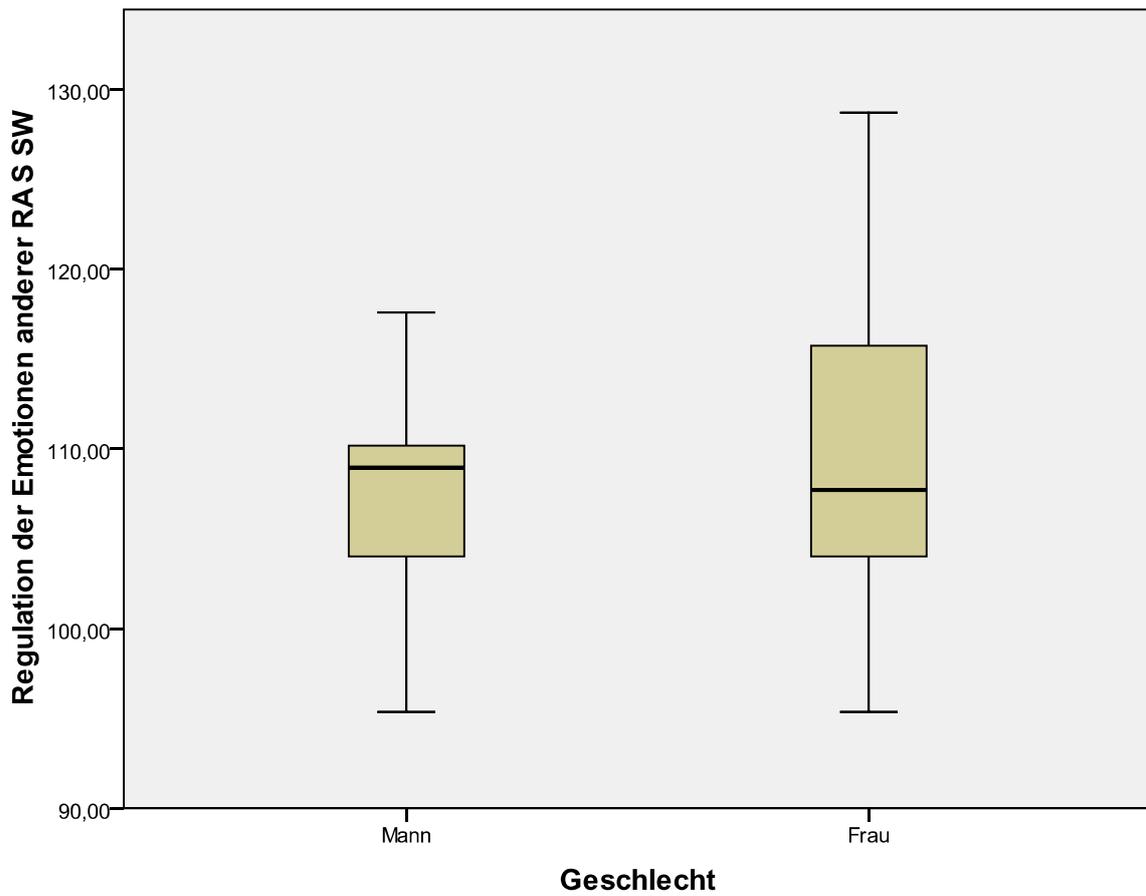
6.4.6 Regulation der Emotionen anderer

Auf der Zusatzskala „Regulation der Emotionen anderer“ beträgt der Mittelwert 109,49, wobei Frauen und Männer sehr ähnliche Werte aufweisen (109,90 bzw. 108,10). Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern liegt nicht vor.

Regulation der Emotionen anderer * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Regulation der Emotionen anderer	Durchschnittlich	Anzahl	7	24	31
		% innerhalb von Geschlecht	53,8%	54,5%	54,4%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	6	14	20
		% innerhalb von Geschlecht	46,2%	31,8%	35,1%
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	0	6	6
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	13,6%	10,5%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Regulation der Emotionen anderer nach Geschlecht

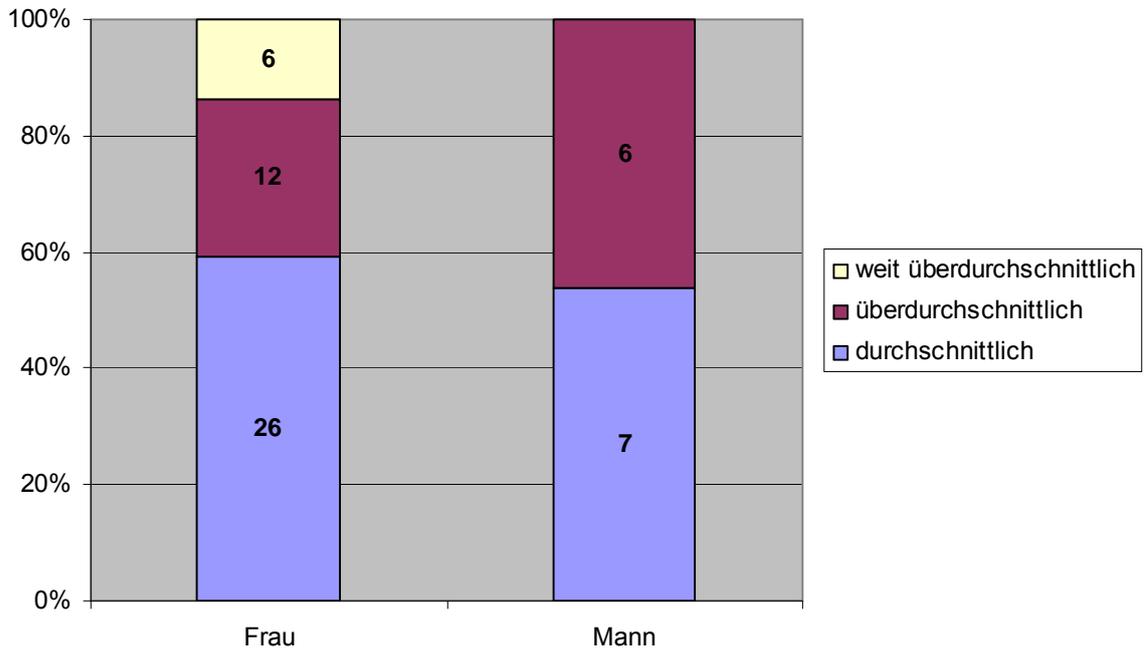


Ein Vergleich mit den geschlechtsspezifischen Normen weist bei den Frauen einen Anteil von 13,6% aus, deren kompetenter Umgang mit Gefühlen anderer weit überdurchschnittlich ausgeprägt ist. Über dem Durchschnitt liegend sind weitere 27,3%, bei den Männern liegt der entsprechende Anteil bei 46,2%. Im Durchschnittsbereich unter 100 sind 9 Frauen bzw. 1 Mann. 80,17% der Männer bzw. 85,47% der Frauen der Normbevölkerung schneiden in dieser Nebendimension schlechter ab.

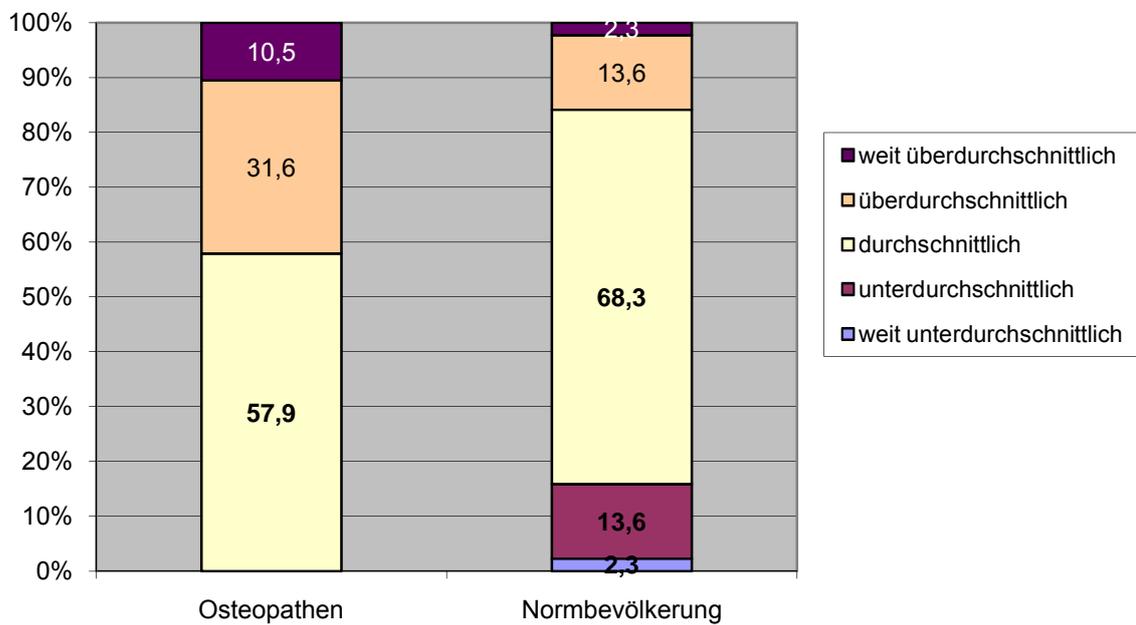
Regulation der Emotionen anderer (Spezialnorm) * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Regulation der Emotionen anderer	Durchschnittlich	Anzahl	7	26	33
		% innerhalb von Geschlecht	53,8%	59,1%	57,9%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	6	12	18
		% innerhalb von Geschlecht	46,2%	27,3%	31,6%
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	0	6	6
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	13,6%	10,5%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Regulation der Emotionen anderer (Spezialnorm)



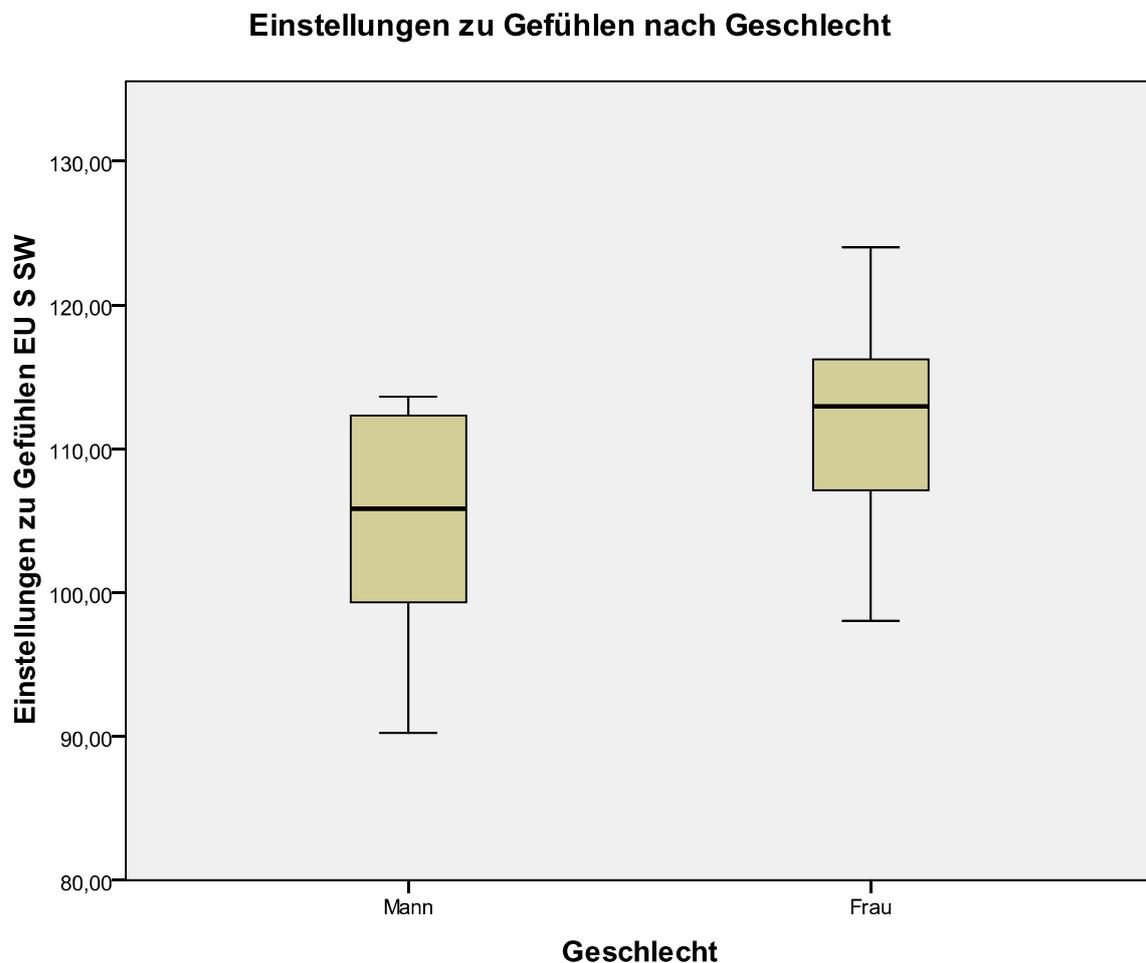
Regulation der Emotionen anderer - Vergleich Osteopathen und Normbevölkerung (Anteile)



6.4.7 Einstellungen zu Gefühlen

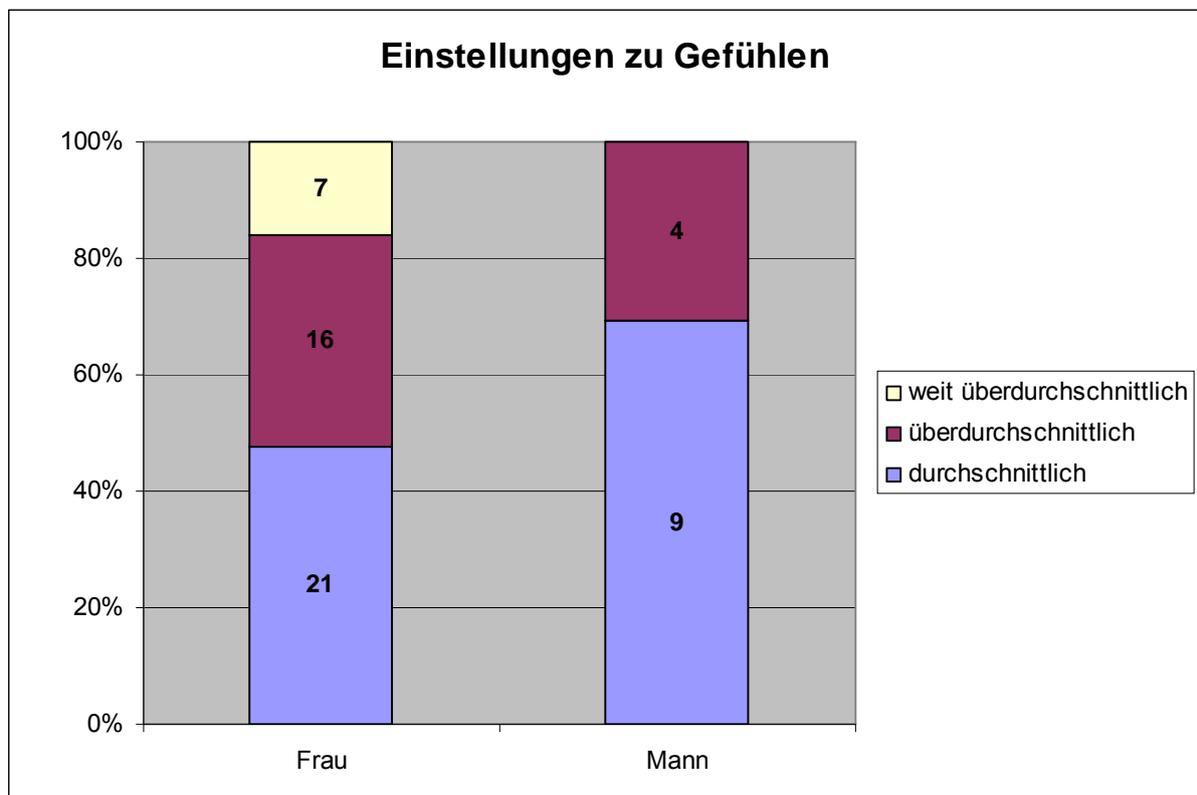
Auf der zweiten Zusatzskala „Einstellungen zu Gefühlen“ wird im Durchschnitt ein Wert von 110,17 erreicht, was jedoch ausschließlich auf die deutlich höheren Werte der Frauen (Mittelwert 111,78; Männer: 104,72) zurückzuführen ist.

Dass dieser Unterschied signifikant ist, zeigt auch der t-Test ($p = 0,003$), d.h. weibliche Osteopathen messen Gefühlen einen höheren Stellenwert bei als männliche Osteopathen. Sie wollen sich eher ihrer Emotionen bewusst sein und an den Gefühlen anderer Menschen teilnehmen.



Einstellungen zu Gefühlen * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Einstellungen zu Gefühlen	Durchschnittlich	Anzahl	9	21	30
		% innerhalb von Geschlecht	69,2%	47,7%	52,6%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	4	16	20
		% innerhalb von Geschlecht	30,8%	36,4%	35,1%
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	0	7	7
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	15,9%	12,3%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

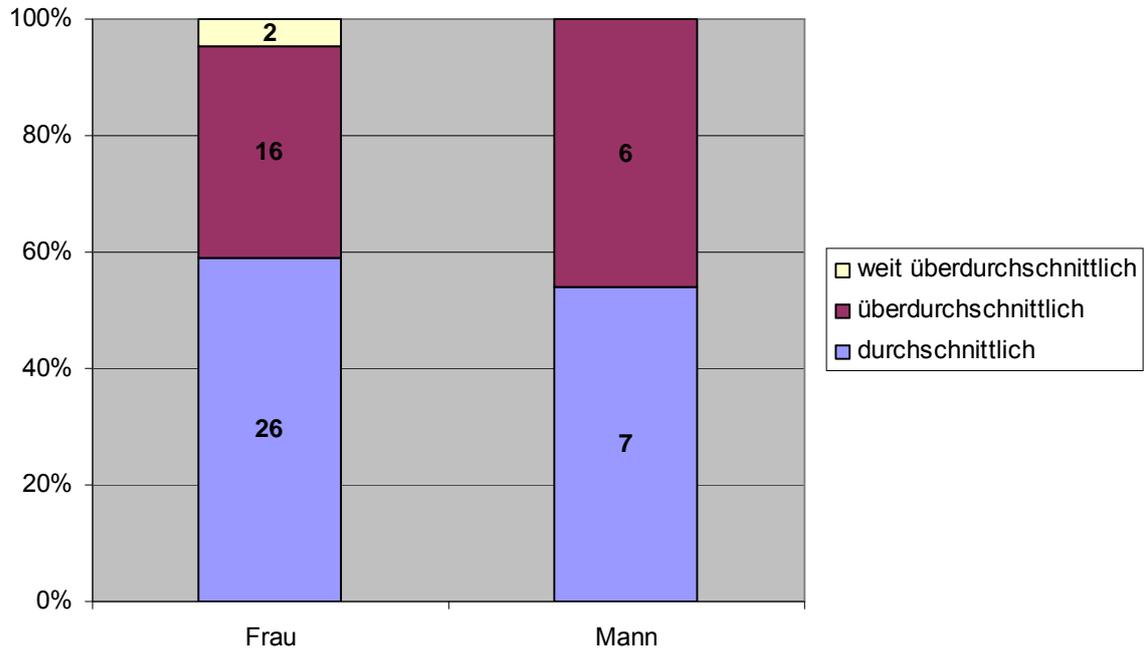


Rund 42%, also vier von zehn Befragten, liegen in dieser Zusatzdimension über dem Durchschnitt, die Abweichung vom Mittelwert 100 ist hoch signifikant ($p = 0,000$). 8 Frauen und 2 Männer weisen einen Wert zwischen 90 und 99,99 auf, sind also im unteren Durchschnittsbereich 84,59 (Frauen) bzw. 81,30% (Männer) der Normbevölkerung haben auf dieser Skala geringere Werte.

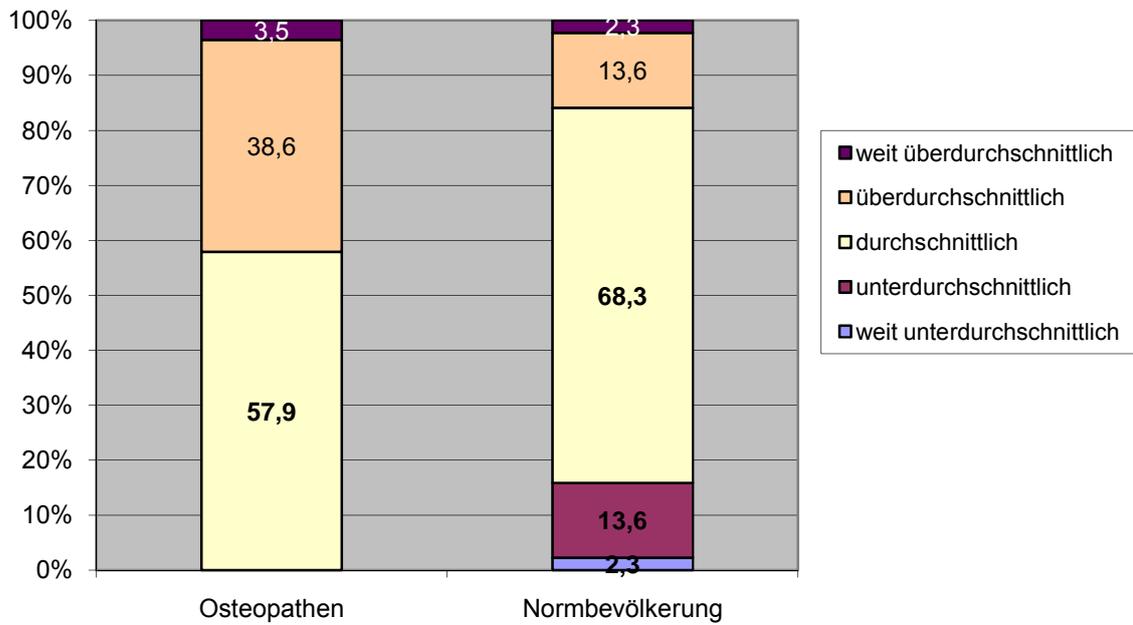
Einstellungen zu Gefühlen (Spezialnorm)* Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			Mann	Frau	
Einstellungen zu Gefühlen	Durchschnittlich	Anzahl	7	26	33
		% innerhalb von Geschlecht	53,8%	59,1%	57,9%
	Überdurchschnittlich	Anzahl	6	16	22
		% innerhalb von Geschlecht	46,2%	36,4%	38,6%
	Weit überdurchschnittlich	Anzahl	0	2	2
		% innerhalb von Geschlecht	,0%	4,5%	3,5%
Gesamt		Anzahl	13	44	57
		% innerhalb von Geschlecht	100%	100%	100%

Einstellungen zu Gefühlen (Spezialnorm)



Einstellungen zu Gefühlen - Vergleich Osteopathen und Normbevölkerung (Anteile)



6.5 Tabellenübersicht

Im Folgenden sollen nochmals die prozentrangtransformierten Normwerte, die Mittelwerte sowie die Ergebnisse der t-Tests im Überblick präsentiert werden.

Prozentrangtransformierte Normwerte separat nach Geschlecht und Alter (linear interpoliert, Tab. A.5)

Skala	Geschlecht	Mittelwert	Prozentrang
Erkennen eigener Emotionen	Mann	4,10	85,95
	Frau	4,13	84,40
Erkennen Emotionen bei Regulation und Kontrolle eigener Emotionale Expressivität	Mann	3,90	82,37
	Frau	4,28	86,36
Regulation der Emotionen anderer Einstellungen zu Gefühlen	Mann	4,22	86,06
	Frau	3,91	85,70
Emotionale Expressivität	Mann	3,29	76,40
	Frau	3,84	75,67
Regulation der Emotionen anderer Einstellungen zu Gefühlen	Mann	3,89	80,17
	Frau	3,98	85,47
Einstellungen zu Gefühlen	Mann	3,94	81,39
	Frau	4,33	84,59

Gruppenstatistiken

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standard- abweich- ung	Standard- fehler des Mittelwertes
Emotionale Kompetenz-S- Gesamt SW	Mann	13	112,6868	7,97088	2,21072
	Frau	44	116,5299	8,54630	1,28840
Erkennen eigener Emotionen EE S SW	Mann	13	110,5169	6,79800	1,88543
	Frau	44	111,0293	7,67330	1,15679
Erkennen von Emotionen bei anderen EA S SW	Mann	13	105,5656	8,93134	2,47711
	Frau	44	112,7061	8,83786	1,33236
Regulation und Kontrolle eigener Emotionen RG S SW	Mann	13	114,6802	5,82298	1,61501
	Frau	44	109,7236	9,05171	1,36460
Emotionale Expressivität EX S SW	Mann	13	104,0521	8,26882	2,29336
	Frau	44	112,0034	8,04812	1,21330
Regulation der Emotionen anderer RA S SW	Mann	13	108,0959	5,64367	1,56527
	Frau	44	109,9046	8,01359	1,20809
Einstellungen zu Gefühlen EU S SW	Mann	13	104,7193	8,00303	2,21964
	Frau	44	111,7804	6,92506	1,04399

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit				
							95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Untere	Obere
Emotionale Kompetenz-S-Gesamt SW	Varianzen gleich	,378	,541	-1,445	55	,154	-9,17	1,49
	Varianzen nicht gleich			-1,502	20,864	,148	-9,17	1,48
Erkennen eigener Emotionen EE S SW	Varianzen gleich	1,280	,263	-,217	55	,829	-5,25	4,23
	Varianzen nicht gleich			-,232	21,870	,819	-5,10	4,08
Erkennen von Emotionen bei anderen EA S SW	Varianzen gleich	,019	,892	-2,553	55	,013	-12,74	-1,54
	Varianzen nicht gleich			-2,539	19,492	,020	-13,02	-1,26
Regulation und Kontrolle eigener Emotionen RG S SW	Varianzen gleich	2,324	,133	1,857	55	,069	-0,39	10,30
	Varianzen nicht gleich			2,344	30,861	,026	0,64	9,27
Emotionale Expressivität EX S SW	Varianzen gleich	,324	,572	-3,111	55	,003	-13,07	-2,83
	Varianzen nicht gleich			-3,065	19,237	,006	-13,38	-2,53
Regulation der Emotionen anderer RA S SW	Varianzen gleich	2,601	,113	-,758	55	,452	-6,59	2,97
	Varianzen nicht gleich			-,915	27,802	,368	-5,86	2,24
Einstellungen zu Gefühlen EU S SW	Varianzen gleich	,692	,409	-3,118	55	,003	-11,60	-2,52

Mittelwerte nach Spezialnormen

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standard- abweichung
Erkennen eigener Emotionen EE S SW4	Mann	13	108,1651	6,69178
	Frau	44	109,0959	7,92488
Erkennen von Emotionen bei anderen EA S SW4	Mann	13	108,0169	8,16140
	Frau	44	110,3051	10,64561
Regulation und Kontrolle eigener Emotionen RG S SW4	Mann	13	109,4754	5,47534
	Frau	44	110,3643	9,19770
Emotionale Expressivität EX S SW4	Mann	13	106,8265	9,50914
	Frau	44	107,0588	7,71279
Regulation der Emotionen anderer RA S SW4	Mann	13	108,5211	5,44211
	Frau	44	108,8510	9,01529
Einstellung zu Gefühlen EU S SW4	Mann	13	106,7193	8,00303
	Frau	44	107,8024	7,46820
Emotionale Kompetenz-S- Gesamt SW4	Mann	13	111,9004	7,85191

6.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Fragestellung

"Wie ist der Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-Abgängern in Österreich?"

Vorannahmen

1. Osteopathen weisen im Durchschnitt eine hohe emotionale Kompetenz auf.
2. Teilaspekte der emotionalen Kompetenz sind unterdurchschnittlich ausgeprägt.
3. In einzelnen Dimensionen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede.

1.) Wie die Ergebnisse gezeigt haben, weisen die 57 befragten WSO-Abgänger eine überdurchschnittlich hohe emotionale Kompetenz auf. Der Durchschnitt bezogen auf die gemeinsame Norm liegt bei 115,65, was eine hoch signifikante ($p = 0,000$) Abweichung vom Mittelwert 100 darstellt. Dasselbe Bild zeigt sich auch beim Vergleich mit den geschlechtsspezifischen Normen. Die erste Annahme wird damit bestätigt.

2.) In allen Haupt- und Zusatzskalen liegen die Werte der meisten Befragten im oberen Durchschnittsbereich (von 100 bis 110) oder darüber. Es gibt keinen Teilaspekt, bei dem die WSO-Abgänger schlechter als die jeweilige Normbevölkerung abschneiden. In fast allen Dimensionen haben jeweils um die 80% der Normstichprobe niedrigere Werte aufzuweisen. Die zweite Annahme trifft somit nicht zu.

3.) Geschlechtsspezifische Unterschiede treten in den Dimensionen „Erkennen von Emotionen bei anderen“ ($t=-2,553$ $df=55$ $p=0,013$) „Emotionale Expressivität“ ($t=-3,111$ $df=55$ $p=0,003$) und „Einstellungen zu Gefühlen“ ($t=-3,118$ $df=55$ $p=0,003$) auf. Bezogen auf den Grad emotionaler Gesamtkompetenz, ebenso wie in den Skalen „Erkennen eigener Emotionen“, „Regulation und Kontrolle

eigener Emotionen“ und „Regulation der Emotionen anderer“ konnten hingegen keine signifikanten Differenzen festgestellt werden. Die dritte Vorannahme hat sich damit ebenso bestätigt.

7 Diskussion und Kritik

In der von mir durchgeführten Studie wurden 57 WSO-Abgänger (44 Frauen und 13 Männer) bezüglich ihrer emotionalen Kompetenz befragt.

Wie bei allen Fragebögen ist bei der Interpretation die Verfälschbarkeit zu beachten, die vor allem dann gegeben ist, wenn sich für die Probanden positive Konsequenzen ergeben könnten, was in dieser Studie nicht der Fall ist.

Selbsteinschätzungen, die möglicherweise nicht immer realitätsgetreu vorgenommen werden, hätten zur Absicherung mit Fremdeinschätzung verglichen werden können, wovon in dieser Studie, wegen der Gefahr eines noch geringeren Rücklaufs Abstand genommen wurde.

Obwohl ich versucht habe, im Begleitschreiben zum Fragebogen die positiven Aspekte emotionaler Kompetenz aufzuzeigen und zudem davon ausgegangen bin, dass Osteopathen im Durchschnitt hohe emotionale Kompetenz aufweisen, war mir bewusst, dass der Fragebogen auch überprüfenden Charakter hat und eventuell bei manchen Osteopathen Widerstand hervorgerufen hat.

Dies könnte ein Grund dafür sein, dass die Rücklaufquote nur 21,6% betrug.

Auffallend ist auch, dass weit weniger männliche Osteopathen an der Studie teilgenommen haben.

Wie aus den Ergebnissen deutlich wird, messen Männer Gefühlen einen niedrigeren Stellenwert bei, was vielleicht dazu geführt haben könnte, dass sich nur 13 Männer Zeit für diesen Fragebogen genommen haben.

Der viel niedrigere Anteil an Männern (22,8%) in dieser Studie relativiert vor allem die Aussagen über die geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Im Theorieteil meiner Arbeit wird die Bedeutung der emotionalen Kompetenz mit ihren Teilfähigkeiten im medizinischen Bereich allgemein und für die Osteopathie im Speziellen aufgezeigt.

In der Literatur wird mehrfach darauf hingewiesen, dass in Berufen des Gesundheitswesens ein Mangel an emotionaler Kompetenz vorherrscht (Mercer et al. 2001, Bauer 2009, Deutsches Ärzteblatt 2004), was dazu führt, dass von einigen Autoren postuliert wird, diese Fertigkeiten in der jeweiligen Ausbildung intensiver zu schulen (Mercer et al 2001, Hojat 2002, Keating 2002, Liem 2006, Novy 2007, Deutsches Ärzteblatt 2004).

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass WSO-Abgänger, wenn man die emotionale Kompetenz gesamt betrachtet, hoch signifikant ($p = 0,000$) über den Werten der Normbevölkerung liegen.

Es gibt auch keinen Teilaspekt, bei dem die WSO-Abgänger schlechter als die jeweilige Normbevölkerung abschneiden. In fast allen Dimensionen haben jeweils um die 80% der Normstichprobe niedrigere Werte aufzuweisen.

Dieses erstaunlich gute Ergebnis könnte auf darauf zurückzuführen sein, dass sich nur jene Ärzte und Physiotherapeuten zum Osteopathen ausbilden lassen und diese langjährige Ausbildung auch durchziehen, die von vornherein über hohe emotionale Kompetenz verfügen und der Überzeugung sind, dass man Patienten in ihrer Ganzheit, also als Körper-Geist-Seele-Einheit, wahrnehmen und behandeln sollte, was bereits eine gewisse Filterfunktion hätte.

So meint auch Rindermann: "*Es ist anzunehmen, dass aufgrund von Selbst- und Fremdelektion und durch Lernprozesse bewirkt Personen, die in pflegerischen Berufen arbeiten und in Berufen, in denen mit Menschen gearbeitet wird, höhere emotionale Kompetenzen aufweisen*" (Rindermann, 2009, S. 21).

Auch in einer Studie über Empathie und Osteopathie, in der 47 Osteopathen aus verschiedenen Osteopathieschulen Deutschlands mittels Fragebogen (JSPE, "The Jefferson scale of physician empathy") befragt wurden, wird den Osteopathen eine hohe Empathiefähigkeit zugesprochen und sie zeigt, dass Osteopathen der Empathie beziehungsweise auch der Vermittlung von "soft skills" einen hohen Stellenwert beimessen. (Hähn-Jakobs, 2008).

Die Ergebnisse dieser Studie sind jedoch nicht validiert, da es in dieser Studie kein Vergleichskollektiv gibt. Eine Tendenz konnte dennoch formuliert werden.

Laut Novy (2007) besteht großer Handlungsbedarf in der osteopathischen Ausbildung, da zu wenig "Handwerkszeug" für eine professionelle therapeutische Beziehung mitgegeben wird.

Die Ergebnisse meiner Studie scheinen genau das Gegenteil zu zeigen. Jedoch sind die beiden Studien insofern nicht zu vergleichen, als dass Novy's Arbeit auf fünf Interviews ausgebildeter Osteopathen beruht, also eine qualitative Studie ist. Aus ihrem Interviewleitfaden geht hervor, dass sie bei ihren Fragestellungen stark auf problematische Therapiesituationen eingeht wie z.B.:

"Es gibt sicher auch PatientInnen, wo du merkst, dass du mit ihnen nicht kannst,..."

"Du hast sicher schon Grenzüberschreitungen in der Therapie erlebt."

So stehen der Beziehung zum Patienten betreffend vier negativ formulierte Fragen nur einer positiv formulierten gegenüber, eine Frage wird neutral gehalten.

Wohl jeder Osteopath kann sich sicherlich an einen "Problempatienten" erinnern, bei dem er mit seiner emotionalen Kompetenz an seine Grenzen gestoßen ist. Diese Situationen stellen möglicherweise aber eher die Ausnahme dar.

Im Artikel "Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe" im Deutschen Ärzteblatt (2004) sind es junge Schulmediziner, die im Medizinstudium folgende Mängel beklagen: Kommunikationsfähigkeit, Umgang mit Patienten und psychosoziale (Eigen-) Kompetenz.

Demgegenüber belastet mehr als 90% der niedergelassenen Ärzte die Einflussnahme der Krankenkassen und das Ausmaß der Gesetzgebung im Gesundheitswesen mit den daraus resultierenden Vorschriften, Kontrollmechanismen und Qualitätssicherungsmaßnahmen. Diese Tatsachen erschweren einfühlsames, patientenzentriertes Verhalten (Deutsches Ärzteblatt 2004).

Die Studie von Mercer et al.(2001) zeigt, dass 118 von 200 Patienten die Betreuung in einem homöopathisch orientierten Krankenhaus als viel besser beurteilen als die Betreuung bei einem konventionellen Arzt und begründen dies mit der für sie wahrnehmbaren Empathie des Arztes.

Dies legt den Schluss nahe, dass die vorhandenen Rahmenbedingungen, denen der Arzt oder Osteopath unterliegt, auch Einfluss auf den Einsatz emotionaler Kompetenzen hat.

Hier sind wir Osteopathen in der glücklichen Lage, sehr eigenverantwortlich bezüglich Zeiteinteilung, Arbeitspensum und Abrechnung zu sein.

Die Ergebnisse dieser Studie stellen den WSO-Abgängern ein "sehr gutes Zeugnis" bezüglich ihrer emotionalen Kompetenz aus. Auch wenn kein akuter Handlungsbedarf besteht, wäre es wünschenswert, wenn in der Ausbildung zum Osteopathen, auch in Zeiten wo Wissenschaftlichkeit und Studien groß geschrieben werden, weiterhin ein Augenmerk auf die Weiterentwicklung von emotionaler Kompetenz gelegt werden würde, da dies die Patienten zufrieden macht und die Behandlungsergebnisse verbessert.

8 Zusammenfassung

8.1 Einleitung

In der Arbeit mit meinen Patienten konnte ich immer wieder feststellen, dass meine therapeutischen Interventionen effizienter sind, wenn es mir gelingt, einen "guten Draht" zum Patienten herzustellen und den Patienten wertfrei und unter Berücksichtigung seiner derzeitigen Lebenssituation wahrzunehmen und darauf einzugehen.

Es stellte sich mir die Frage, welche Fähigkeit oder Kompetenz ich als Osteopath brauche, um gewisse Phänomene wie Angst, Traurigkeit oder Ärger im therapeutischen Setting wahrzunehmen und adäquat damit umzugehen, um so einen guten Zugang zum Patienten zu finden.

Ich bin auf das Modell der emotionalen Kompetenz gestoßen, welches das Erkennen der eigenen Gefühle, der Gefühle von anderen, den Umgang mit diesen, sowie die emotionale Expressivität einschließt und somit meines Erachtens wesentlich ist für die Gestaltung der Patient-Therapeut-Beziehung.

Novy (2007), die sich in ihrer Arbeit mit der Patient-Therapeut-Beziehung in der Osteopathie auseinandersetzt, zeigt auf, dass sich die von ihr befragten Osteopathen bei auftretenden Interaktionsproblemen und Konflikten hilflos fühlen und fordert, dass eine bewusste Beziehungsgestaltung und Aspekte wie Empathie vermehrt in der osteopathischen Ausbildung Beachtung finden sollten. Umso mehr gewinnt diese Forderung an Bedeutung, als auch das General Osteopathic Council (2000) in den "osteopathischen Standards" eine professionelle therapeutische Beziehung zum Patienten verlangt.

Eine empirische Studie von Hähn-Jakobs (2008) über Empathie und Osteopathie in Deutschland zeigt, dass nahezu alle befragten Osteopathen für die Vermittlung von sogenannten "soft skills" in der Ausbildung plädieren und über hohe Empathiefähigkeit verfügen.

So kam mir die Idee, den Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-Abgängern in Österreich zu erheben, um zu eruieren, ob es notwendig ist,

Teilbereiche der emotionalen Kompetenz zusätzlich in der Ausbildung zu berücksichtigen.

In dieser Arbeit soll der Frage auf den Grund gegangen werden, inwieweit Osteopathen sich ihrer eigenen Gefühle bewusst sind, inwieweit sie die Gefühle von anderen erkennen, wie gut sie mit ihren Gefühlen umgehen können und inwieweit sie diese zum Ausdruck bringen können.

8.2 Theoretischer Hintergrund

Zu Beginn der Arbeit werden die Begriffe "emotionale Kompetenz" und "emotionale Intelligenz" definiert und voneinander abgegrenzt.

Emotionale Kompetenz wird als multidimensionale Fähigkeit zum Erkennen eigener Gefühle, zum Erkennen der Gefühle von anderen, zum Umgang mit eigenen Gefühlen und zum Ausdruck von Gefühlen verstanden (Rindermann, 2009). Emotionale Kompetenzen lassen sich durch Trainingsmaßnahmen fördern (Goleman, 1996; Rogers, 1983; Erikson, 1966; Hess-Liebers, 1999; Rindermann, 2009).

Goleman (1996) sieht diese Form der Selbstwahrnehmung (Erkennen der eigenen Gefühle) als die Grundlage der Empathie.

Der Intelligenzbegriff hingegen stellt ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal dar, das zeitlebens gleich bleibt. Die prognostische Validität von Intelligenztests bezüglich Berufserfolg und sozialem Status ist jedoch nicht sehr überzeugend (Stern, Guthke, 2001).

"Der Intelligenzbegriff sollte für kognitive Fähigkeiten reserviert bleiben.....emotionale Kompetenz enthält zwar auch kognitive Elemente, Wahrnehmen, Erkennen und Verstehen von Gefühlen und dem Perspektivenwechsel, geht über diese mit angemessener Regulation und Ausdruck aber hinaus" (Rindermann, 2009, S.11).

Es wird deutlich gemacht, dass in der vorliegenden Arbeit der Kompetenzbegriff bevorzugt verwendet wird, da hier Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz beleuchtet werden sollen, die für eine professionelle Patient-Therapeut-

Beziehung förderlich sind und auch in einem gewissen Rahmen geschult werden können.

Bei der Durchforstung der Literatur wurde auch auf Studien zurückgegriffen, die die Arzt-Patient-Beziehung bezüglich emotionaler Kompetenz beleuchten, da osteopathische Arbeiten, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen, noch sehr rar sind. Vorsichtig wurden dann die Ergebnisse dieser Studien auch auf die Osteopathie übertragen.

So konnte Di Blasi et al (2001) anhand eines systematischen Reviews zeigen, dass in einer Arzt-Patient-Beziehung die Behandlungsergebnisse besser sind, wenn der Arzt positive Informationen über die Behandlung gibt, eine positive Prognose stellt, negative Gefühle wie Angst bei Patienten nach unten regulieren kann und einen warmen, empathischen Umgang mit dem Patienten hat.

Weit weniger erfolgreich zeigten sich Ärzte, die eher formal sind, nicht auf die Ängste der Patienten eingehen und keine Beruhigung bieten (Di Blasi et al., 2001). Wenn demnach der Beziehung zwischen Behandler und Patient so eine große Bedeutung zukommt, könnte dieses Ergebnis auch für die Osteopathie Gültigkeit haben.

Auch Hojat (2002) postuliert, dass Empathie, welche eine Teilfähigkeit der emotionalen Kompetenz darstellt, ein entscheidendes Element im Heilungsverlauf darstellt.

Neben den besseren Behandlungsergebnissen führt emotionale Kompetenz auch zu mehr Patientenzufriedenheit:

Patientenzufriedenheit ist gegeben, wenn sich der Patient gut aufgehoben fühlt, wenn der Therapeut Verständnis für ihn hat und eine zwischenmenschliche Basis vorhanden ist (Physiopraxis, 2008).

Dies belegt eine Studie von Little et al. (2001) in der Patientenzufriedenheit am meisten mit Kommunikation und partnerschaftlichen Beziehung zum Patienten korreliert.

Dass emotionale Kompetenz Berufsmüdigkeit und emotionale Erschöpfung verhindern kann, postuliert Schmitz (2002), wenn sie schreibt:

"Wer kompetent Gefühle regulieren kann, also unter anderem den eigenen Gefühlen angemessen Ausdruck verleihen, die Gefühle anderer angemessen wahrnehmen und ebenso angemessen darauf reagieren kann, wird in seinen

Beziehungen zu Klienten nicht so leicht überfordert werden." (Schmitz, 2002, S. 216).

Hingegen führt eine zu große Diskrepanz zwischen psychosozialen und emotionalen Anforderungen und darauf bezogener Qualifikation bei einem Großteil der Beschäftigten in personenbezogenem Dienstleistungsbereich, also auch bei Therapeuten, zu emotionaler Erschöpfung und Berufsmüdigkeit (Büssing, 2003).

Danach wird das Modell der vier emotionalen Kompetenzen nach Rindermann (2009) vorgestellt, das die Grundlage für den in dieser Masterthese angewandten Fragebogen darstellt.

Unterschieden werden vier Bereiche Emotionaler Kompetenz:

- 1.) Das Erkennen der eigenen Gefühle
- 2.) Das Erkennen der Gefühle anderer
- 3.) Die Regulation der eigenen Gefühle
- 4.) Die emotionale Expressivität (Ausdruck von Gefühlen)

Getrennt von diesen vier Fähigkeiten wird:

Die Regulation der Gefühle bei anderen

Die Einstellung zu Gefühlen

Weiters wird noch auf die Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz nach Saarni (2002) eingegangen, die die vier Kompetenzen nach Rindermann, welche sozusagen die emotionalen Basisprozesse darstellen, um weitere vier Kompetenzen erweitert.

Im dritten Kapitel werden Ergebnisse aus der Hirnforschung dargestellt, die uns deutlich machen, dass bei all unseren Handlungen und Entscheidungsfindungen, also auch im therapeutischen Prozess, Emotionen und Gefühle eine wesentliche Rolle spielen. Neuesten Forschungsergebnissen zufolge ist ein kompetenter Umgang mit Umwelt und Mitmenschen sowie

vernünftiges Handeln nur auf Basis der Integration von Emotion und Denken möglich (Damasio, 2009).

Genauer eingegangen wird auch auf die Funktion der Spiegelneurone, die eine notwendige Voraussetzung für das empathische Verhalten darstellen, das wir für die Gestaltung unserer zwischenmenschlichen Beziehungen brauchen. (Rizzolatti, 2008).

"Die im Therapeuten durch den Patienten unwillkürlich ausgelösten Resonanzen haben einen hohen Informationswert und sind eine entscheidende Hilfe, um die Richtung der Therapie zu steuern" (Bauer, 2009, S.135).

Im Kapitel 4 beschäftige ich mich mit emotionaler Kompetenz aus entwicklungspsychologischer Sicht.

Hier wird deutlich, dass emotionale Kompetenz resultieren kann, sobald ein Selbstkonzept ausgebildet ist, das auf der Vorstellungsebene die Unterscheidung von Ich und Anderen ermöglicht, was laut Studien zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat der Fall ist (Bischof-Köhler, 1989).

Da das Empathievermögen im Entwicklungsverlauf Einflüssen unterworfen ist, die sich sowohl auf das Fortbestehen als auch auf die Äußerungsformen verschiedenartig auswirken können (Bischof-Köhler, 1989), gehe ich auch auf fördernde und hemmende Sozialisationsbedingungen ein (Ainsworth, 1974, Friedlmeier, Trommsdorff 1992, Keppler et al., 2002).

8.3 Methodik

Im Rahmen der Masterarbeit wurde eine Fragebogenuntersuchung durchgeführt, die bestehende oder nicht bestehende Differenzen in der emotionalen Kompetenz bei Osteopathen im Vergleich zur Normbevölkerung aufzeigen sollte.

Forschungsfrage: "Wie ist der Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-Abgängern in Österreich?"

Vorannahme 1: Osteopathen weisen im Durchschnitt eine hohe emotionale Kompetenz auf.

Vorannahme 2: Teilaspekte der emotionalen Kompetenz sind unterdurchschnittlich ausgeprägt.

Vorannahme 3: In einzelnen Dimensionen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede.

8.3.1 Stichprobe

Um eine geeignete Datengrundlage für eine statistische Bearbeitung zu erhalten, wurde der Fragebogen per E-Mail an 264 WSO-Abgänger gesandt. Voraussetzung war die abgeschlossene Osteopathieausbildung an der WSO.

Um die Anonymität zu gewährleisten, wurde die Aussendung dankenswerterweise von der WSO durchgeführt. Im Begleitschreiben erläuterte ich den Zweck der Untersuchung, sicherte Anonymität zu und bat die Studienteilnehmer, den ausgefüllten Fragebogen an mich zurückzusenden.

Die Absolventen hatten auch die Möglichkeit, anzukreuzen, ob sie an den Ergebnissen interessiert sind.

Nach der ersten Aussendung waren es nur 37, die den Fragebogen retournierten, worauf dieser ein zweites Mal ausgesandt wurde.

Von den 264 angeschriebenen Personen haben schließlich 57 den Fragebogen ausgefüllt retourniert, was einer Rücklaufquote von 21,6% entspricht.

3 zusätzliche Fragebögen kamen aufgrund von computertechnischen Problemen unausgefüllt zurück und wurden nicht berücksichtigt.

Weitere 2 Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt und wurden ebenfalls ausgeschieden.

Von den 57 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, sind 44 weiblich und 13 – also rund jede vierte – männlich.

8.3.2 Erhebungsverfahren

Als Fragebogen wurde der EKF (Emotionale-Kompetenz-Fragebogen) von Rindermann eingesetzt, dessen Konzept von emotionaler Kompetenz als eine Fähigkeit zum Erkennen und Ausdrücken von Emotionen sowie einem adäquaten Umgang mit Gefühlen ausgeht (Rindermann, 2009, S. 10f). Dem

Fähigkeitskonzept liegen sowohl Laienbefragungen als auch Sichtung und Analyse bestehender theoretischer und empirischer Studien zugrunde (ebd. S. 24ff). Der EKF erfüllt die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität (ebd. S. 38ff).

Das Verfahren umfasst vier Dimensionen, die durch Selbst- und Fremdeinschätzung erhoben werden, wobei jedoch in der Untersuchung von einer Fremdeinschätzung Abstand genommen wurde. Unterschieden werden folgende vier Bereiche emotionaler Kompetenz:

Erkennen und Verstehen eigener Emotionen (15 Items)

Erkennen von Emotionen bei anderen (17 Items)

Regulation und Kontrolle eigener Emotionen (13 Items)

Emotionale Expressivität (17 Items)

Neben den vier Haupt- werden zwei Nebendimensionen zur Erfassung des Umgangs mit Gefühlen und von Einstellungen zu Gefühlen erhoben:

Regulation der Gefühle anderer (15 Items)

Einstellungen zu Gefühlen (14 Items)

8.3.3 Auswertung der Daten

Die Auswertung erfolgte mittels der Software SPSS Statistics Version 17.0. Nach der Datencodierung und -eingabe erfolgte eine Plausibilitätsprüfung, um etwaige Eingabefehler korrigieren zu können.

Es wurden zunächst die notwendigen Umpolungen einzelner Items vorgenommen, sodann die Mittelwerte in den vier Haupt- und zwei Nebenskalen berechnet, die entsprechenden Normwerte zugeordnet und schließlich der Gesamtwert für die allgemeine emotionale Kompetenz ermittelt.

Uni- und bivariate Auswertungen folgten. Je nach Skalenniveau und Anwendungsvoraussetzungen wurden entsprechende Signifikanztests zur Überprüfung der Vorannahmen verwendet. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 5\%$ festgelegt, das heißt, das Risiko eine Fehlentscheidung zu treffen und die Nullhypothese fälschlicherweise abzulehnen und damit die Alternativhypothese anzunehmen, liegt bei 5%.

Zunächst wurde ein Kolmogorov-Smirnov-Test durchgeführt, um die Variablen der Haupt- und Nebenskala sowie des Gesamtwertes auf Normalverteilung zu überprüfen. Bei allen Variablen zeigte der Test, dass von normalverteilten Daten ausgegangen werden kann.

Deshalb wurde zur Überprüfung der Frage, ob sich die Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben signifikant voneinander unterscheiden, ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Voraussetzung gleicher Varianzen der Gruppen wurde mit dem Levene-Test überprüft.

Bei der statistischen Auswertung wurde die Signifikanz folgend interpretiert:

0,00 – 0,01 = sehr signifikant

0,02 – 0,05 = signifikant

8.3.4 Ergebnisdarstellung

Vorannahmen:

1. Osteopathen weisen im Durchschnitt eine hohe emotionale Kompetenz auf.
2. Teilaspekte der emotionalen Kompetenz sind unterdurchschnittlich ausgeprägt.
3. In einzelnen Dimensionen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede.

1.) Wie die Ergebnisse gezeigt haben, weisen die 57 befragten WSO-Abgänger eine überdurchschnittlich hohe emotionale Kompetenz auf. Der Durchschnitt bezogen auf die gemeinsame Norm liegt bei 115,65, was eine hoch signifikante ($p = 0,000$) Abweichung vom Mittelwert 100 darstellt. Dasselbe Bild zeigt sich auch beim Vergleich mit den geschlechtsspezifischen Normen. Die erste Annahme wird damit bestätigt.

2.) In allen Haupt- und Zusatzskalen liegen die Werte der meisten Befragten im oberen Durchschnittsbereich (von 100 bis 110) oder darüber. Es gibt keinen Teilaspekt, bei dem die WSO-Abgänger schlechter als die jeweilige Normbevölkerung abschneiden. In fast allen Dimensionen haben jeweils um die 80% der Normstichprobe niedrigere Werte aufzuweisen. Die zweite Annahme trifft somit nicht zu.

3.) Geschlechtsspezifische Unterschiede treten in den Dimensionen „Erkennen von Emotionen bei anderen“ ($t=-2,553$ $df=55$ $p=0,13$), „Emotionale Expressivität“ ($t=-3,111$ $df=55$ $p=0,003$) und „Einstellungen zu Gefühlen“ ($t=-3,118$

df=55 p=0,003) auf. Bezogen auf den Grad emotionaler Gesamtkompetenz, ebenso wie in den Skalen „Erkennen eigener Emotionen“, „Regulation und Kontrolle eigener Emotionen“ und „Regulation der Emotionen anderer“ konnten hingegen keine signifikanten Differenzen festgestellt werden. Die dritte Vorannahme hat sich damit ebenso bestätigt.

8.3.5 Diskussion und Kritik

Die Verfälschbarkeit, die eine Gefahr bei allen Fragebögen darstellt, konnte dadurch gering gehalten werden, dass sich für die Probanden keine positiven Konsequenzen ergaben. Selbsteinschätzungen, die möglicherweise nicht immer realitätsgetreu vorgenommen werden, hätten zur Absicherung mit Fremdeinschätzung verglichen werden können, wovon in dieser Studie, wegen der Gefahr eines noch geringeren Rücklaufs Abstand genommen wurde.

Dass der Fragebogen überprüfenden Charakter aufweist und möglicherweise bei manchen Osteopathen Widerstand erzeugte, wird als mögliche Ursache für den geringen Rücklauf (21,6%) diskutiert.

Der viel niedrigere Anteil an Männern in dieser Studie relativiert vor allem die Aussagen über die geschlechtsspezifischen Unterschiede.

In der Literatur wird mehrfach darauf hingewiesen, dass in Berufen des Gesundheitswesens ein Mangel an emotionaler Kompetenz vorherrscht (Mercer et al. 2001, Bauer 2009, Deutsches Ärzteblatt 2004), was dazu führt, dass von einigen Autoren postuliert wird, diese Fertigkeiten in der jeweiligen Ausbildung intensiver zu schulen (Mercer et al 2001, Hojat 2002, Keating 2002, Liem 2006, Novy 2007, Deutsches Ärzteblatt 2004).

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass WSO-Abgänger, wenn man die emotionale Kompetenz gesamt betrachtet, hoch signifikant ($p = 0,000$) über den Werten der Normbevölkerung liegen.

Es gibt auch keinen Teilaspekt, bei dem die WSO-Abgänger schlechter als die jeweilige Normbevölkerung abschneiden. In fast allen Dimensionen haben jeweils um die 80% der Normstichprobe niedrigere Werte aufzuweisen.

Es wird diskutiert, dass dieses erstaunlich gute Ergebnis aufgrund von Selbst- und Fremdselektion in Aus- und Weiterbildung und durch Lernprozesse verursacht, zustande gekommen sein könnte (Rindermann, 2009).

Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Studie aus Deutschland, in der 47 Osteopathen aus verschiedenen Osteopathieschulen Deutschlands mittels Fragebogen (JSPE, "The Jefferson scale of physician empathy") befragt wurden. Auch in ihr wird den Osteopathen eine hohe Empathiefähigkeit zugesprochen (Hähn-Jakobs, 2008).

Die Ergebnisse sind jedoch nicht validiert, da es in dieser Studie kein Vergleichskollektiv gibt. Eine Tendenz konnte dennoch formuliert werden.

Dass die Ergebnisse meiner Studie im starken Gegensatz zu Novy's (2007) Ergebnissen stehen, wird dadurch erklärt, dass es sich um völlig verschiedene Studiendesigns handelt, die nicht miteinander verglichen werden können.

Novy's Arbeit, die eine qualitative Studie ist, beruht auf fünf Interviews ausgebildeter Osteopathen. Aus ihrem Interviewleitfaden geht hervor, dass sie bei ihren Fragestellungen stark auf problematische Therapiesituationen eingeht.

Der in der Literatur erwähnte Mangel an emotionaler Kompetenz, der vorwiegend im schulmedizinischen Bereich beklagt wird (Mercer et al., 2001), könnte folgendermaßen begründet sein: Einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt (2004) zufolge belastet mehr als 90% der niedergelassenen Ärzte die Einflussnahme der Krankenkassen und das Ausmaß der Gesetzgebung im Gesundheitswesen mit den daraus resultierenden Vorschriften, Kontrollmechanismen und Qualitätssicherungsmaßnahmen. Diese Tatsachen erschweren einfühlsames, patientenzentriertes Verhalten (Deutsches Ärzteblatt 2004).

Auch zeigt eine Studie von Mercer et al. (2001), dass 118 von 200 Patienten die Betreuung in einem homöopathisch orientierten Krankenhaus als viel besser beurteilen als die Betreuung bei einem konventionellen Arzt und begründen dies mit der für sie wahrnehmbaren Empathie des Arztes.

Dies legt den Schluss nahe, dass die vorhandenen Rahmenbedingungen, denen der Arzt oder Osteopath unterliegt, auch Einfluss auf den Einsatz emotionaler Kompetenzen hat.

Hier sind wir Osteopathen in der glücklichen Lage, sehr eigenverantwortlich bezüglich Zeiteinteilung, Arbeitspensum und Abrechnung zu sein.

Die Ergebnisse dieser Studie stellen den WSO-Abgängern ein "sehr gutes Zeugnis" bezüglich ihrer emotionalen Kompetenz aus. Auch wenn kein akuter Handlungsbedarf besteht, wäre es wünschenswert, wenn in der Ausbildung zum Osteopathen, auch in Zeiten, in der Wissenschaftlichkeit und Studien groß geschrieben werden, weiterhin ein Augenmerk auf die Weiterentwicklung von emotionaler Kompetenz gelegt werden würde, da dies die Patienten zufrieden macht und die Behandlungsergebnisse verbessert.

9 Literaturverzeichnis

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. (1974). Die Interaktion zwischen Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz. In Grossmann K.E./Grossmann K. (Hrsg.) Bindung und menschliche Entwicklung (2009) (2.Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Asendorpf, J. P. (2002). Emotionale Intelligenz nein, emotionale Kompetenzen ja. Zeitschrift für Personalpsychologie, 1(4), 180-181.

Bauer, J. (2009). Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (12. Auflage). München: Heyne Verlag.

Becker, Th. Kraft, S. (2009). Das Burnout-Syndrom - Krankheitsbild (?) und Strategien zu seiner Vermeidung. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II: Universität Ulm.

http://www.bkh-guenzburg.de/aktuell/download/pfuhl_burnout_190509.pdf

Bischof-Köhler, D. (1989). Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition. Bern: Hans Huber Verlag.

Bowlby, J. (1980). Mit der Ethologie heraus aus der Psychoanalyse: Ein Kreuzungsexperiment. In Grossmann K.E./Grossmann K. (Hrsg.) Bindung und menschliche Entwicklung (2009) (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Büssing, A., Glaser, J. (2003). Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In Dienstleistungsqualität und Qualität das Arbeitslebens im Krankenhaus. (S 131-148). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Brocke, B., Beauducel, A. (2001). Intelligenz als Konstrukt. In Stern, E. & Guthke, J. (Hrsg.) Perspektiven der Intelligenzforschung (S 13 -42). Lengerich: Pabst.

Brucks, U. (1998). Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen. Bern: Hans Huber Verlag.

Damasio, A. R. (2007). Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: List Verlag.

Damasio, A. R. (2009). Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. Berlin: List Verlag.

Deutsches Ärzteblatt. (2004). 101:A 2232-2234 Heft33.

Di Blasi, Z. et al. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. (The Lancet 2001; 357: 757-62).

Döring-Seipel, E., Sanne, C. (1999). Emotionale Intelligenz. Gruppendynamik,1, 37-50.

Eberhards, J. A. (1910). Synonymisches Wörterbuch der deutschen Sprache. textlog.de.

Erikson, E. H. (1966). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Felder, R. (2007). Empathie als Teil des Wahrnehmungsprozesses in der Osteopathie. Krems: Masterthesis. Donauuniversität Krems.

Friedlmeier, W., Trommsdorff, G. (1992). Entwicklung von Empathie. In Frühförderung. Zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. (S 238-150) Freiburg i. Br.: Lambertus.

General Osteopathic Council (2000). Standard 2000. Standard of proficiency. London: General Osteopathic Council.

Goedhuys, J., Rethans, J. J. (2001). On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. (Family Practice, Vol. 18, No 6: 592-596).

Goleman, D. (1996). Emotionale Intelligenz. München: Hanser.

Hany, E. A. (2001). Die Vererbung der Intelligenz unter der Entwicklungsperspektive. In Perspektiven der Intelligenzforschung (S 69 - 88). Lengerich: Pabst.

Hähn-Jakobs, Ch. (2008). Empathie und Osteopathie. Eine Begriffsbestimmung der Empathie und eine Untersuchung der Empathiefähigkeit und deren Bedeutung im Therapeuten-Patienten-Verhältnis derzeit tätiger Osteopathen. College Sutherland: München.

Hess-Liebers, W. (1999). Erfahrungen mit Körperempathie: Ein Bericht aus der psychoanalytischen Praxis. Forum Psychoanal 15: 312-326. Springer Verlag.

Hojat, M., et al. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. (Am J Psychiatry 2002; 159: 1563-1569).

Keating, N.L., et al. (2002). Patients' Experiences with Ambulatory Care. (JGIM Volume 17. January 2002; 29-39).

Keppler, A. et al. (2002). Kindliche Bindungserfahrungen und Repräsentation von Partnerschaften im jungen Erwachsenenalter. In Salisch, M. (Hrsg.), Emotionale Kompetenz entwickeln. (S 157-178). Stuttgart: Kohlhammer.

Korsch, B. M., et al. (1968). Gaps in doctor-patient communication. Doctor-patient Interaction and Patient satisfaction. (Pediatrics Vol 42 No. 5. November 1968; 855-871).

Le Doux, J. (2010). Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Liebermann, J.A., Stuart, M.R. (1999). The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. (Primary Care Companion J. Clin. Psychiatry 1999;1:35-38).

Liem, T. (2006). Morphodynamik in der Osteopathie. Grundlagen und Anwendung am Beispiel der kranialen Sphäre. Stuttgart: Hippokrates.

Little, P. , et al. (2001). Primary care. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001;323:908-911.

Maslach, Ch., Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. Applied & Preventive Psychology 7:63-74(1998). Cambridge University Press.

Mayer, J. D., Caruso, D. R., Salovey, P. (2000). Emotional Intelligence meets traditional Standards for an Intelligence. Intelligence 27(4): 267-298. University of New Hampshire, Elsevier Science.

Mercer, St. W., et al. (2001). Empathy is important for enablement. BMJ 2001;322:865.

Neubauer, A. C. & Freudenthaler H. H. (2001). Emotionale Intelligenz: Ein Überblick. In Stern, E. und Guthke, J. (Hrsg.), Perspektiven der Intelligenzforschung. (S 205-232). Lengerich: Pabst.

Neubauer, A. C. & Freudenthaler H. H. (2006). Modelle emotionaler Intelligenz. In Schulze, R., Freund, P. A., Roberts R. D. (Hrsg.), Emotionale Intelligenz. Ein Internationales Handbuch. (S 39 -59). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Novy, R. (2007). Die Patient-Therapeut-Beziehung in der Osteopathie. Wie gestalten OsteopathInnen die Beziehung zu ihren PatientInnen? Krems: Masterthesis. Donauuniversität Krems.

Physiopraxis, (2008). Was Patienten zufrieden macht. (S 40-43). Juni 2008 Stuttgart: Thieme Verlag.

Rindermann, H.(2009). Emotionale-Kompetenz-Fragebogen. Einschätzung emotionaler Kompetenzen und emotionaler Intelligenz aus Selbst- und Fremdsicht. Manual. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2008). Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Rogers, C. R. (1983). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.

Salisch, M. (2002). Emotionale Kompetenz entwickeln. Stuttgart: Kohlhammer.

Saarni, C. (1999). Development of emotional competence. New York: Guilford Press.

Saarni, C. (2002). Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In Salisch, M. (Hrsg.), Emotionale Kompetenz entwickeln. (S 3-30). Stuttgart: Kohlhammer.

Schmitz, G. S. (2002). Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für emotional kompetentes Verhalten. In Salisch, M. (Hrsg.), Emotionale Kompetenz entwickeln. (S 207-225). Stuttgart: Kohlhammer.

Schuler, R. S. (2002). Emotionale Intelligenz - ein irreführender und unnötiger Begriff. Zeitschrift für Personalpsychologie, 3,138-140.

Schultz, D., Izard, C. E. & Abe, J. A. A. (2006). Die Emotionssysteme und die Entwicklung emotionaler Intelligenz. In Schulze, R., Freund P. A., Roberts R. D. (Hrsg.), Emotionale Intelligenz. Ein Internationales Handbuch. (S 61-77). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Schulze, R., Freund, P. A., Roberts, R. D. (2006). Emotionale Intelligenz. Ein Internationales Handbuch. (S 5-8). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Schweizerische Ärztezeitung. (2000). Patientenzufriedenheit - Wie verstehen? (2000;81: Nr. 20)(S 1046-1048). EMH Schwabe.

Stern, E. & Guthke, J. (2001). Perspektiven der Intelligenzforschung. Lengerich: Pabst.

Weber, H. & Wetmeyer, H. (2001). Die Inflation der Intelligenzen. In Stern, E. & Guthke, J. (Hrsg.). (S 251 -266). Lengerich: Pabst.

Internet:

(Dezember, 2010: [http://www.textlog.de/synonym.html/Begriff kompetent](http://www.textlog.de/synonym.html/Begriff%20kompetent))

10 Anhang

10.1 Fragebogen mit Begleitschreiben

Liebe(r) WSO-Absolvent(in)!

Ich schreibe gerade an meiner Masterthese und bitte Sie höflichst um Ihre Mithilfe. In meiner Arbeit beschäftige ich mich mit dem Thema der emotionalen Kompetenz. Eine hohe emotionale Kompetenz scheint positiv mit Berufserfolg (Rogers 1983, Di Blasi et al. 2001, Liem 2006) und Berufszufriedenheit (Wong und Law 2002) zu korrelieren. Zudem handelt es sich hier um Fähigkeiten, die relevant sind für die Reduktion von körperlichen und psychischen Belastungen (kein Burn out) (Schmitz 2002).

Das Erkennen und Ausdrücken von Emotionen sowie ein angemessener Umgang mit diesen ist in der Patient-Therapeut-Beziehung ein wesentliches Element (Petzold 1996).

Nach Liem sollte in der Ausbildung zum Osteopathen auch praktische Kompetenz in diesem Bereich vermittelt werden. Ausgehend von der Hypothese, dass Osteopathen eine hohe emotionale Kompetenz aufweisen, stelle ich mir die Forschungsfrage:

Wie ist der Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-Abgängern in Österreich?

Da für ein gutes Gelingen meiner Arbeit ein großer Rücklauf notwendig ist, bitte ich Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen (dauert ca. 10 min) und an folgende e-mail Adresse zurückzusenden:

physiotherapie@archer.at

Selbstverständlich werden die Daten anonym ausgewertet.

Sollten Sie Interesse an den Studienergebnissen haben, kreuzen Sie bitte dies im Fragebogen an. Ich werde sie Ihnen gerne zusenden.

Vielen Dank im Voraus und liebe Grüße aus Kärnten sendet

Birgit Archer

Sehr geehrte WSO-Absolventin! Sehr geehrter WSO-Absolvent!

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Studie mitzuwirken!

Zielsetzung der Studie: Wie ist der Status quo der emotionalen Kompetenz bei WSO-Abgängern in Österreich?

Hiermit garantiere ich, dass alle erhobenen Daten anonym ausgewertet werden.

Bearbeitungsdatum:		
Schulungsinstitut:		
Zusendung der Studienergebnisse:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Email-Account:		

Angaben zu Ihrer Person:	
Name:	
Geschlecht:	Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>
Alter:	
Berufliche Funktion:	

Bildungsstand:	Matura ← Bitte auf das Zutreffende scrollen scrollen
Familienstand:	Verheiratet ← Bitte auf das Zutreffende scrollen scrollen
Kinderanzahl:	
Kinder im gemeinsamen Haushalt:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF) Heiner Rindermann

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer eigenen Person eignen könnten. Bitte antworten Sie, je nachdem ob Sie persönlich meinen, dass eine Feststellung zutrifft oder nicht, mit der zur Verfügung gestellten Skala. Lesen Sie jede Aussage genau durch und kreuzen Sie als Antwort die Kategorie an, die Ihre Sichtweise am besten ausdrückt. Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt.

Antworten Sie bitte wahrheitsgemäß, so wie es auf Sie zutrifft. In diesem Fragebogen gibt es keine "richtigen" oder "falschen" Antworten, nur zu der jeweiligen Person selbst passende Antworten.

Lassen Sie bitte keine Aussagen aus. Auch wenn Ihnen einmal die Entscheidung schwer fallen sollte, kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten auf Sie zutreffen kann.

Bitte wählen Sie **eine** der fünf Antwortmöglichkeiten aus:

Hauptskalen Selbstbeurteilung		Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Mittel	Stimmt eher	Stimmt vollständig
1	In brenzligen Situationen versuche ich, Ruhe zu bewahren.	<input type="checkbox"/>				
2	Wenn es mir schlecht geht, berichte ich lieber nicht davon, man könnte andere belästigen.	<input type="checkbox"/>				
3	Ich kann sehr schnell erkennen, wenn sich andere schlecht fühlen.	<input type="checkbox"/>				

4	Manchmal bin ich traurig, ohne zu wissen, warum.	<input type="checkbox"/>				
5	Wenn ich Wut in mir aufsteigen spüre, weiß ich, wie ich mich wieder beruhigen kann.	<input type="checkbox"/>				
6	Ich kann gut verschiedene Gefühlszustände meiner Freunde beschreiben.	<input type="checkbox"/>				
7	Wenn ich glücklich bin, kann ich mir das erklären.	<input type="checkbox"/>				
8	Auch ohne Worte sehe ich meist an der Mimik und Gestik, wie sich ein Mensch fühlt.	<input type="checkbox"/>				
9	Mich kann nichts so leicht aus der Ruhe bringen.	<input type="checkbox"/>				
10	Wenn ich traurig bin, zeige ich das nicht.	<input type="checkbox"/>				
11	Ich kann Gefühle anderer gut nachvollziehen.	<input type="checkbox"/>				
12	Eigenen Ärger und Wut kann ich kontrollieren.	<input type="checkbox"/>				
13	Es fällt mir schwer, meine Gefühle zu beschreiben.	<input type="checkbox"/>				
14	Manchmal weiß ich gar nicht, dass ich schlecht gelaunt bin.	<input type="checkbox"/>				

		Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Mittel	Stimmt eher	Stimmt vollständig
15	Ich kann am Gesichtsausdruck anderer erkennen, wie sie sich gerade fühlen.	<input type="checkbox"/>				
16	Ich kehre mein Inneres nicht nach außen.	<input type="checkbox"/>				
17	Ich kann gut meine Gefühle erkennen.	<input type="checkbox"/>				
18	Die Gefühle anderer kann ich gut erkennen.	<input type="checkbox"/>				
19	Mit meinen Gefühlen kann ich gut umgehen.	<input type="checkbox"/>				
20	Ich kann gut meine Gefühle beschreiben.	<input type="checkbox"/>				
21	Manchmal schwankt meine Stimmung, ohne dass ich mir erklären kann, wieso.	<input type="checkbox"/>				
22	Ich kann mich gut in die Gefühlswelt anderer hineinversetzen.	<input type="checkbox"/>				
23	Wenn ich wütend bin, kann ich mich kaum beherrschen.	<input type="checkbox"/>				
24	Ich kann meine Gefühle gut ausdrücken.	<input type="checkbox"/>				
25	Andere bezeichnen mich als einfühlsam.	<input type="checkbox"/>				

26	Wenn andere in Panik geraten, bleibe ich ganz ruhig.	<input type="checkbox"/>				
27	Ich erzähle oft von meinen Gefühlen.	<input type="checkbox"/>				
28	Ich erkenne, ob jemand tatsächlich betroffen ist.	<input type="checkbox"/>				
29	Ich kann meine Gefühle gut anderen Personen beschreiben.	<input type="checkbox"/>				
30	Ich kenne fast immer meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>				
31	Telefoniere ich mit einem Freund, merke ich, was er empfindet.	<input type="checkbox"/>				
32	Ich teile anderen oft mit, wie es mir geht.	<input type="checkbox"/>				
33	Oft verstehe ich meine Gefühle nicht.	<input type="checkbox"/>				
34	Ich versuche oft, meine eigentlichen Gefühle anderen nicht zu zeigen.	<input type="checkbox"/>				
35	Manchmal weiß ich nicht, wie es dazu kam, dass ich so schlecht drauf war.	<input type="checkbox"/>				
36	Ich kann Gefühle anderer ganz gut beschreiben.	<input type="checkbox"/>				
37	Auch in schwierigen Situationen kann ich mich gut steuern.	<input type="checkbox"/>				
38	Ich kann anderen mitteilen, wie ich mich innerlich fühle.	<input type="checkbox"/>				

39	Wenn meine Gefühle sich ändern, kann ich die Ursache dafür fast immer finden.	<input type="checkbox"/>				
		Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Mittel	Stimmt eher	Stimmt vollständig
40	Die Stimmung anderer kann ich meist erkennen.	<input type="checkbox"/>				
41	Auch unter schwierigen Bedingungen kann ich im inneren Gleichgewicht bleiben.	<input type="checkbox"/>				
42	Andere meinen, dass ich meine Gefühle gut ausdrücken kann.	<input type="checkbox"/>				
43	Ich verstehe meist, warum ich mich in einer bestimmten Stimmung befinde.	<input type="checkbox"/>				
44	Durch das Analysieren der Gefühle anderer Personen kann ich sie besser verstehen.	<input type="checkbox"/>				
45	Mit meinen eigenen Gefühlswallungen kann ich gut umgehen.	<input type="checkbox"/>				
46	Ich habe Probleme, meine Gefühle auszudrücken.	<input type="checkbox"/>				
47	Manchmal kann ich mir mein eigenes Verhalten nicht erklären.	<input type="checkbox"/>				
48	Geht es einem anderen besser als sonst, merke	<input type="checkbox"/>				

	ich das schnell.					
49	Ich kann meine Gefühle gut wieder in einen inneren Ausgleich bringen.	<input type="checkbox"/>				
50	Ich behalte meine Gefühle lieber für mich.	<input type="checkbox"/>				
51	Ich kann schnell in verschiedenen Situationen erkennen, wie ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>				
52	Ich kann andere, deren Gefühle und Verhalten, gut verstehen.	<input type="checkbox"/>				
53	Ich kann gut meine Gefühle in Worte fassen.	<input type="checkbox"/>				
54	Ich erkenne oft den Auslöser für plötzliche Gefühlsänderungen.	<input type="checkbox"/>				
55	Ich kann gut erkennen, wenn jemand traurig ist.	<input type="checkbox"/>				
56	Wenn ich erst einmal wütend bin, fällt es mir schwer, mich wieder zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>				
57	Ich zeige offen, wie es mir geht.	<input type="checkbox"/>				
58	Andere erkennen manchmal schneller als ich, dass ich schlecht drauf bin.	<input type="checkbox"/>				
59	Im Verlauf von Gesprächen erkenne ich schnell, wie es meinem Gesprächspartner geht	<input type="checkbox"/>				

	und wann sich seine Stimmung verändert.					
60	Ich könnte mich stundenlang über schlechte Nachrichten oder Ereignisse aufregen.	<input type="checkbox"/>				
61	Manchmal muss ich erst darauf hingewiesen werden, dass sich meine Stimmung geändert hat.	<input type="checkbox"/>				
62	Ich habe es nie gelernt, über meine Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>				

Zusatzskalen Selbstbeurteilung		Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Mittel	Stimmt eher	Stimmt vollständig
1	Mit Gefühlen anderer kann ich gut umgehen.	<input type="checkbox"/>				
2	Es ist wichtig, sich seiner Gefühle anderen gegenüber bewusst zu sein.	<input type="checkbox"/>				
3	Andere suchen meine Nähe, wenn es Ihnen schlecht geht.	<input type="checkbox"/>				
4	Ich will wissen, warum sich meine Stimmung manchmal ändert.	<input type="checkbox"/>				
5	Man sagt, dass ich gut mit Gefühlen anderer umgehen kann.	<input type="checkbox"/>				

6	Es ist wichtig zu wissen, warum Gefühle sich ändern.	<input type="checkbox"/>				
7	Mich selbst zu verstehen, ist mir sehr wichtig.	<input type="checkbox"/>				
8	Wenn andere traurig sind, kann ich sie gut trösten.	<input type="checkbox"/>				
9	Mir ist es wichtig, die eigenen Gefühle zu kennen.	<input type="checkbox"/>				
10	In schwierigen Situationen kann ich andere beruhigen.	<input type="checkbox"/>				
11	Es ist mir wichtig, dass ich anderen mitteilen kann, wie es mir geht.	<input type="checkbox"/>				
12	Wenn andere Personen wütend werden, gelingt es mir, die Stimmung wieder auszugleichen.	<input type="checkbox"/>				
13	Ich analysiere gern die Gefühle anderer.	<input type="checkbox"/>				
14	Mit extremen Gefühlen anderer komme ich gut zurecht.	<input type="checkbox"/>				
15	Ich versuche, andere Menschen zu verstehen.	<input type="checkbox"/>				
16	Ich möchte immer andere verstehen.	<input type="checkbox"/>				
17	Wenn es anderen schlecht geht, kann ich sie wieder aufheitern.	<input type="checkbox"/>				
18	Durch Ablenkung, nette Geschichten erzählen	<input type="checkbox"/>				

	oder gemeinsame Unternehmungen vermag ich anderen zu helfen, wenn sie von einer Sache mitgenommen sind.					
--	---	--	--	--	--	--

19	Es ist wichtig, seine Gefühle wieder auszugleichen.	<input type="checkbox"/>				
20	Es fällt mir schwer, Gefühle anderer zu beeinflussen.	<input type="checkbox"/>				
21	Es ist mir wichtig, Gefühle auszudrücken.	<input type="checkbox"/>				
22	Andere sagen, dass ich eine Hilfe darstelle, wenn es Ihnen nicht so gut geht.	<input type="checkbox"/>				
23	Zwischen meinen Gefühlen und meinem Handeln soll Übereinstimmung bestehen.	<input type="checkbox"/>				
24	Es ist schwierig für mich, andere wieder aus Ihrer Traurigkeit zu holen.	<input type="checkbox"/>				

25	Gefühle sollten ausgedrückt werden.	<input type="checkbox"/>				
26	Es fällt mir leicht, andere zu motivieren.	<input type="checkbox"/>				
27	Meine Gefühle bestimmen viele meiner Handlungen/Reaktionen.	<input type="checkbox"/>				

28	Es macht mir Probleme, ausgleichend auf andere zu wirken.	<input type="checkbox"/>				
29	Ich kann Gefühle anderer gut beeinflussen.	<input type="checkbox"/>				

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie jede Frage beantwortet haben und ob in jeder Antwortreihe auch nur ein Kästchen angekreuzt worden ist.

Vielen Dank!

11 Summary

11.1 Introduction

While working with my patients, I have repeatedly observed that my therapeutic interventions are more efficient when I succeed in establishing a good relation with the patient and in perceiving the patient in a non-judgmental manner by taking into account and responding to his or her current life situation.

I asked myself what kind of ability or competence was necessary for me as an osteopath to be able to identify phenomena such as fear, sadness or anger in a therapeutic setting and to deal with them adequately in order to establish a good connection with the patient.

At that time I encountered the model of emotional competence, which includes recognizing one's own emotions and the emotions in others, dealing with these emotions, and emotional expressivity, and which, in my opinion, is therefore essential for the shaping of the patient-therapist relationship.

Novy (2007), whose study focuses on the patient-therapist relationship in osteopathy, indicates that the osteopaths interviewed by her feel helpless in the event of interaction issues and conflicts and therefore demands that a conscious shaping of the therapist-patient relationship and aspects such as empathy be considered more strongly in osteopathic training. This demand is supported by the General Osteopathic Council (2000) which, in its "osteopathic standards", requires a professional therapeutic relationship with the patient, thus underscoring its significance.

An empirical study by Hähn-Jakobs (2008) on empathy and osteopathy in Germany shows that almost all of the interviewed osteopaths advocate for the imparting of soft skills in osteopathic training and demonstrate a high level of empathy.

This is how I developed the idea to investigate the status quo of emotional competence among WSO graduates in Austria in order to analyze whether there is a necessity to include aspects of emotional competence in osteopathic training.

This study aims to address the question to what extent osteopaths recognize their own emotions, to what extent they can recognize the emotions in others, how well they can deal with their own emotions and to what extent they can express them.

11.2 Theoretical background

In the first part of this thesis, the terms “emotional competence” and “emotional intelligence” are defined and their differences are identified.

Emotional competence is understood as the multidimensional ability to recognize one’s own emotions, to recognize the emotions in others, to deal with one’s own emotions and to express emotions (Rindermann, 2009). Emotional competences can be enhanced through training (Goleman, 1996; Rogers, 1983; Erikson, 1966; Hess-Liebers, 1999; Rindermann, 2009).

Goleman (1996) regards this form of self-awareness (recognizing one’s own emotions) as the basis of empathy.

Emotional intelligence on the other hand refers to a stable character trait that remains the same throughout one’s life. The prognostic validity of emotional intelligence tests regarding professional success and social status, however, is not very convincing (Stern, Guthke, 2001).

“The term intelligence should be reserved for cognitive abilities... it is true that emotional competence also includes cognitive elements, but perception, recognition and understanding of feelings and the change in perspective transcends this with appropriate regulation and expression” (Rindermann, 2009, p.11; translation from the German original).

This thesis prefers the term competence, as it aims to examine abilities of emotional competence that support a professional patient-therapist relationship and can, to a certain degree, be acquired by learning.

Studies that analyze the relationship between medical doctors and their patients with respect to emotional competence are also referred to in the literature review,

as osteopathic studies on this topic are still rare. The results of these studies were applied to osteopathy with caution.

Di Blasi et al. (2001), for example, have shown, on the basis of a systematic review, that in a doctor-patient relationship the treatment results are better when the doctor provides positive information on the treatment, gives a positive prognosis, manages to reduce negative emotions such as fear in the patient and interacts empathically with the patient.

Doctors who are more formal, who do not address their patients' fear and who do not offer reassurance were found to be far less successful (Di Blasi et al., 2001). Since these research results point towards a great significance of the relationship between therapist and patient, they could also be valid for osteopathy.

Hojat (2002) also postulates that empathy, one of the aspects of emotional competence, is a key element of the healing process.

In addition to better treatment results, emotional competence also leads to increased patient satisfaction:

Patient satisfaction is achieved when the patient feels well taken care of, when the therapist shows understanding for him or her and when there is a positive interpersonal basis (Physiopraxis, 2008).

This is supported by a study by Little et al. (2001), which indicates that patient satisfaction has the highest correlation with communication and a friendly relationship with the patient.

Schmitz (2002) postulates that emotional competence can prevent professional fatigue and emotional exhaustion, stating:

"Those who can competently regulate emotions, i.e. who can, amongst other things, express their own feelings adequately, perceive the feelings of others adequately and also react to them adequately, will not feel overwhelmed easily in their relationships with clients." (Schmitz, 2002, p. 216; translation from the German original)

However, an overly great discrepancy between psychosocial and emotional demands and related qualifications can lead to emotional exhaustion and professional fatigue in a majority of those active in a person-related service industry, i.e. also in therapists (Büssing, 2003).

Subsequently Rindermann's (2009) model of four emotional competences is introduced, which forms the basis of the questionnaire used for this Master's thesis.

The following four aspects of emotional competence can be distinguished:

- 1.) Recognition of one's own emotions
- 2.) Recognition of the emotions in others
- 3.) Regulation of one's own emotions
- 4.) Emotional expressivity (expressing one's feelings)

Another two aspects are mentioned separately from the four mentioned above:

Regulation of emotions in others

Attitude towards emotions

The thesis at hand further addresses the abilities of emotional competence according to Saami (2002), who extends Rindermann's four competences, constituting the basic emotional processes, by four more competences.

The third chapter presents the results from brain research which illustrate that emotions play a significant role in all of our actions and decision-making processes, including the therapeutic process. Latest research results show that competence in dealing with our environment and fellow men as well as acting sensibly is only possible on the basis of the integration of our emotions and thoughts (Damasio, 2009).

Furthermore, it discusses the functions of mirror neurons in some detail. Mirror neurons constitute a necessary precondition for empathic behaviour, which we need for the shaping of interpersonal relationships (Rizzolatti, 2008).

"The involuntary resonances evoked in the therapist by the patient have a high informational value and provide decisive guidance concerning the direction of the therapy" (Bauer, 2009, p.135; translated from the German original).

Chapter four discusses emotional competence from the perspective of developmental psychology.

Here it is shown clearly that emotional competence is the result of a completed concept of self that allows for the differentiation between oneself and others on the level of comprehension. Studies have placed the development of this ability between the 18th and 24th month of life (Bischof-Köhler, 1989).

As throughout our personal development empathic abilities are subject to influences which can have different effects both on its persistence and on its forms of expression (Bischof-Köhler, 1989), I also address beneficial and hindering socialization conditions (Ainsworth, 1974; Friedlmeier, Trommsdorff, 1992; Keppler et al., 2002).

11.3 Method

In the framework of this Master's thesis, a survey was conducted using a questionnaire in order to identify existing or non-existing differences in the emotional competence of osteopaths in comparison with the standard population.

Research question: "What is the status quo of emotional competence among WSO graduates in Austria?"

Assumption 1: On average WSO graduates demonstrate a high level of emotional competence.

Assumption 2: Certain aspects of emotional competence are developed below average.

Assumption 3: Several dimensions show gender-specific differences.

11.3.1 Sample

In order to obtain a suitable dataset for statistical analysis, the questionnaire was sent to 264 Vienna School of Osteopathy (WSO) graduates by email. The precondition for participation was to have completed the studies at the WSO.

To guarantee anonymity, the questionnaire was kindly sent out by the WSO. The questionnaire cover letter explained the purpose of the study, included an

assurance of anonymity and asked the study participants to return the completed questionnaire to the author.

Furthermore, the participants had the option to indicate whether they were interested in being informed about the study outcomes.

Following the first mailing, only 37 of the questionnaires were returned. Consequently the questionnaire was sent out a second time.

Out of the 264 addressees, 57 completed and returned the questionnaire; this corresponds to a response rate of 21.6%.

An additional three questionnaires were returned empty due to technical problems and were not considered for the study.

Another two questionnaires were only completed partially and were also excluded from the study.

Out of the 57 persons who completed the study, 44 were female and 13 – i.e. approximately one out of four – male.

11.3.2 Survey procedure

For the survey, Rindermann's Emotional Competence Questionnaire (EKF) was used. Rindermann's EKF is based on the concept of emotional competence as the ability to recognize and express emotions as well as to deal with them adequately (Rindermann, 2009, p. 10f). The ability concept is based on interviews with laypersons and the review and analysis of existing theoretical and empirical studies (ibid., p. 24ff). The EKF questionnaire meets the quality criteria of objectivity, reliability and validity (ibid., p. 38ff).

The procedure contains four dimensions that are measured by means of self-assessment and external assessment by others, whereby the study at hand refrained from including external assessment by others. The following four areas of emotional competence can be distinguished:

Recognition and understanding of one's own emotions (15 items)

Recognition of emotions in others (17 items)

Regulation and control of one's own emotions (13 items)

Emotional expressivity (17 items)

In addition to these four main dimensions, two additional dimensions regarding the handling of and the attitude towards emotions were analyzed:

Regulation of emotions in others (15 items)

Attitude towards emotions (14 items)

11.3.3 Data evaluation

The data evaluation was conducted with the help of the SPSS Statistics Version 17.0 software. Following the encoding and entering of data, a plausibility check was carried out to allow for the correction of possible errors in data entering.

In a first step the necessary recoding of individual items was undertaken, followed by a calculation of the mean values on the four main scales and two subscales and an attribution of the corresponding standard value. Finally the total score for the general emotional competence was calculated.

This was followed by univariate and bivariate evaluations. For verification of the assumptions, corresponding significance tests were used depending on scale level and model assumptions. The significance level was determined at $\alpha = 5\%$, that is, the risk of misinterpretation and false rejection of the null hypothesis, resulting in an assumption of the alternative hypothesis, is 5%.

First of all, the Kolmogorov-Smirnov test was conducted for testing the normal distribution of variables on the main scales and subscales and of the total value.

The test showed that normally distributed data can be assumed for all variables.

Therefore the question whether the mean values of two independent samples differ significantly was tested by means of an independent samples t-test. The equality of variances of the groups was assessed using Levene's test.

Significance was interpreted as follows during the statistical evaluation:

0.00 – 0.01 = highly significant

0.02 – 0.05 = significant

11.3.4 Presentation of results

Assumptions:

1. On average WSO graduates demonstrate a high level of emotional competence.
2. Certain aspects of emotional competence are developed below average.
3. Several dimensions show gender-specific differences.

1.) The results show that the 57 interviewed WSO graduates demonstrate an above-average level of emotional competence. In relation to the common norm, the average lies at 115.65, which corresponds to a highly significant ($p = 0.000$) deviation from the mean value of 100. The same can be observed regarding the gender-specific data. The first assumption is hereby confirmed.

2.) On all main scales and subscales, the values of the majority of the participants can be found in the upper average range (from 100 to 110) or above. The WSO graduates do not show a lower performance than the corresponding standard population in any of the aspects. In almost all dimensions, approximately 80% of the control sample demonstrate lower values. Thus, the second assumption cannot be confirmed.

3.) Gender-specific differences could be identified in the dimensions "Recognition of emotions in others" ($t=-2.553$ $df=55$ $p=0.13$), "Emotional expressivity" ($t=-3.111$ $df=55$ $p=0.003$) and "Attitude towards emotions" ($t=-3.118$ $df=55$ $p=0.003$). In relation to the degree of total emotional competence as well as in relation to the scales "Recognition of one's own emotions", "Regulation and control of one's own emotions" and "Regulation of the emotions in others" no significant differences could be identified. Accordingly, the third assumption was also confirmed.

11.3.5 Discussion and criticism

The risk of falsification, which exists in all questionnaire-based surveys, could be kept to a minimum as there were no positive consequences for the participants. The observations obtained through self-assessment, which may not always correspond to reality, could have been compared to external assessment by others for further validation. However, due to the risk of an even lower response rate, this was refrained from in this study.

One of the possible reasons for the low response rate (21.6%) could be the testing character of the questionnaire, which might have caused resistance in some osteopaths.

Furthermore, the much lower percentage of male participants in the study reduces the significance of the statements regarding gender-specific differences.

In the literature a significant lack in emotional competence in the professions of the health industry is repeatedly pointed out (Mercer et al., 2001; Bauer, 2009; Deutsches Ärzteblatt 2004), which in turn caused a number of authors to suggest an intensified training in these abilities throughout the respective studies (Mercer et al., 2001; Hojat, 2002; Keating, 2002; Liem, 2006; Novy, 2007; Deutsches Ärzteblatt, 2004).

The results of the study at hand show that WSO graduates show above-average performance compared to the results of the standard population to a highly significant extent with regard to their total emotional competence ($p=0.000$).

Furthermore, the WSO graduates do not score lower than the standard population in any of the individual aspects. In almost all of the dimensions, approximately 80% of the control sample show lower values.

There is a discussion whether this surprisingly good result might be due to self- and external selection in (further) training and through learning processes (Rindermann, 2009).

A study in which 47 osteopaths from different schools of osteopathy in Germany were interviewed on the basis of a questionnaire (The Jefferson Scale of Physician Empathy, JSPE) carried out in Germany reaches similar conclusions. This study also finds that the osteopaths have a high level of empathy (Hähn-Jakobs, 2008).

The results of this study have not been validated as no comparison group was used. However, a tendency could still be formulated.

The stark contrast between the results of the study at hand and the results of Novy's study (2007) is due to the fact that the designs of the studies differ strongly, thus making comparison of results impossible.

Novy's research study is a qualitative study which is based on five interviews with trained osteopaths. Her interview guideline shows that the questions are focused mainly on problematic therapeutic situations.

The lack in emotional competence which is voiced in the literature mainly with regard to conventional medicine (Mercer et al., 2001) could be the result of the following situation: According to an article in the Deutsches Ärzteblatt (2004), the

German Medical Association's journal, more than 90% of the medical doctors in private practice are burdened by the control of the health insurance funds and the extent of the legislature in the health sector including the regulations, control mechanisms and quality assurance measures resulting from it. This situation is hindering to empathic, patient-centred behaviour (Deutsches Ärzteblatt 2004).

A study by Mercer et al. (2001) also indicates that 118 of 200 patients assess the care provided in a homeopathically-oriented hospital much more positively than the care provided by conventional doctors and bases this assessment on the perceived empathy of the doctor.

This suggests that the existing framework conditions applicable to medical doctors and osteopaths influence their use of emotional competences.

In this respect we osteopaths are fortunate as we are self-responsible in terms of organizing our time, workload and billing.

The results of the study at hand give the WSO graduates excellent marks with regard to their emotional competence. However, even though urgent action may not be needed and in spite of the spirit of our time, which puts science and research at the top of the list of priorities, it would be desirable to pay attention to the further development of our emotional competence, as this is essential to the satisfaction of our patients and improves the treatment results.

11.4 Reference

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. (1974). Die Interaktion zwischen Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz. In Grossmann K.E./Grossmann K. (Hrsg.) Bindung und menschliche Entwicklung (2009) (2.Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bauer, J. (2009). Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (12. Auflage). München: Heyne Verlag.

Bischof-Köhler, D. (1989). Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition. Bern: Hans Huber Verlag.

Büssing, A., Glaser, J. (2003). Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. (S 131-148). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Damasio, A. R. (2009). Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. Berlin: List Verlag.

Deutsches Ärzteblatt. (2004). 101:A 2232-2234 Heft33.

Di Blasi, Z. et al. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. (The Lancet 2001; 357: 757-62).

Erikson, E. H. (1966). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Friedlmeier, W., Trommsdorff, G. (1992). Entwicklung von Empathie. In Frühförderung. Zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie. (S 238-150) Freiburg i. Br.: Lambertus.

General Osteopathic Council (2000). Standard 2000. Standard of proficiency. London: General Osteopathic Council.

Goleman, D. (1996). Emotionale Intelligenz. München: Hanser.

Hähn-Jakobs, Ch. (2008). Empathie und Osteopathie. Eine Begriffsbestimmung der Empathie und eine Untersuchung der Empathiefähigkeit und deren Bedeutung im Therapeuten-Patienten-Verhältnis derzeit tätiger Osteopathen. College Sutherland: München.

Hess-Liebers, W. (1999). Erfahrungen mit Körperempathie: Ein Bericht aus der psychoanalytischen Praxis. Forum Psychoanal 15: 312-326. Springer Verlag.

Hojat, M., et al. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. (Am J Psychiatry 2002; 159: 1563-1569).

Keating, N.L., et al. (2002). Patients' Experiences with Ambulatory Care. (JGIM Volume 17. January 2002; 29-39).

Keppler, A. et al. (2002). Kindliche Bindungserfahrungen und Repräsentation von Partnerschaften im jungen Erwachsenenalter. In Salisch, M. (Hrsg.), Emotionale Kompetenz entwickeln. (S 157-178). Stuttgart: Kohlhammer.

Liem, T. (2006). Morphodynamik in der Osteopathie. Grundlagen und Anwendung am Beispiel der kranialen Sphäre. Stuttgart: Hippokrates.

Little, P. , et al. (2001). Primary care. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001;323:908-911.

Mercer, St. W., et al. (2001). Empathy is important for enablement. BMJ 2001;322:865.

Novy, R. (2007). Die Patient-Therapeut-Beziehung in der Osteopathie. Wie gestalten OsteopathInnen die Beziehung zu ihren PatientInnen? Krems: Masterthesis. Donauuniversität Krems.

Physiopraxis, (2008). Was Patienten zufrieden macht. (S 40-43). Juni 2008
Stuttgart: Thieme Verlag.

Rindermann, H.(2009). Emotionale-Kompetenz-Fragebogen. Einschätzung emotionaler Kompetenzen und emotionaler Intelligenz aus Selbst- und Fremdsicht. Manual. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2008). Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Rogers, C. R. (1983). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.

Saarni, C. (2002). Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In Salisch, M. (Hrsg.), Emotionale Kompetenz entwickeln. (S 3-30). Stuttgart: Kohlhammer.

Schmitz, G. S. (2002). Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für emotional kompetentes Verhalten. In Salisch, M. (Hrsg.), Emotionale Kompetenz entwickeln. (S 207-225). Stuttgart: Kohlhammer.

Stern, E. & Guthke, J. (2001). Perspektiven der Intelligenzforschung. Lengerich: Pabst.