

**Empathie als Teil des
Wahrnehmungsprozesses in der
Osteopathie
Teil II**

-qualitative soziologische
Studie mit leitfadengestützten
Interviews-

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
“Master of Science” in Osteopathie
an der **Donau Universität Krems -**
Zentrum für chin. Medizin & Komplementärmedizin

niedergelegt
an der **Wiener Schule für Osteopathie**

von
Irene Christina Fiedler

Wien, Dezember 2009

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
1.1. persönliche Motivation.....	5
1.2. Forschungsfrage und Grundgerüst der Arbeit.....	6
1.3. Relevanz.....	6
2. Empathie.....	8
2.1. Der Begriff Empathie.....	9
2.1.1. Empathie versus Gefühlsansteckung:.....	11
2.1.2. Empathie versus Sympathie oder Mitleid:.....	11
2.1.3. Empathie versus Mitgefühl:.....	12
2.1.4. Empathie versus Projektion:	12
2.2. Empathie und Sympathie im klinischen Kontext.....	13
2.3. Empathie als bewusster emotional-kognitiver Prozess.....	13
2.3.1. Emotionale Empathie:.....	15
2.3.2. Kognitive Empathie:	15
2.4.1. Empathie aus philosophischer Sichtweise.....	16
2.4.2. Empathie aus psychologischer Sichtweise.....	17
2.4.3. Empathie aus gesprächorientierter Sichtweise.....	18
2.4.4. Empathie aus neurowissenschaftlicher Sichtweise.....	20
2.4.5. Empathie aus evolutionärer Sichtweise.....	23
2.4.6. Umlegung auf die Forschungsfrage.....	24
2.5. Mögliche Vorteile von Empathie.....	25
2.6. Mögliche Nachteile von Empathie.....	26
2.7. Körperempathie und Gegenübertragung.....	27
2.8. Empathie in der osteopathischen Literatur.....	28
2.9. Möglichkeiten Empathie zu steigern.....	30
3. Qualitative Studie.....	31
3.1. Methodologie.....	31
3.1.1. Eine qualitative Studie in Form von problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews	32

3.1.2. Durchführung und Auswertung.....	33
3.2. Interview Frau A - "Läsion bleibt Läsion".....	35
3.2.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen.....	35
3.2.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen.....	36
3.2.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung.....	37
3.2.4. Abgrenzung.....	37
3.2.5. Wahrnehmung des Leidens.....	38
3.2.6. Stellenwert der Empathie.....	39
3.3. Interview Frau B - "Tränen in den Augen".....	39
3.3.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen.....	40
3.3.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen.....	41
3.3.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung.....	42
3.3.4. Abgrenzung.....	42
3.3.5. Wahrnehmung des Leidens.....	43
3.3.6. Stellenwert der Empathie.....	44
3.4. Interview Herr C - "auf allen Ebenen und mit allen Sinnen".....	45
3.4.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen.....	45
3.4.2. Ansprechen der außergewöhnlichen Wahrnehmungen.....	47
3.4.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung.....	48
3.4.4. Abgrenzung.....	48
3.4.5. Wahrnehmung des Leidens.....	48
3.4.6. Stellenwert der Empathie.....	49
3.5. Interview Herr D - "Sensum, das sozusagen über die Palpation hinausgeht".....	50
3.5.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen.....	50
3.5.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen.....	51
3.5.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung.....	52
3.5.4. Abgrenzung.....	52
3.5.5. Wahrnehmung des Leidens.....	53
3.5.6. Stellenwert der Empathie.....	54
3.6. Interview Frau E - "meistens brauchen die gar nix sagen".....	55
3.6.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen.....	55
3.6.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen.....	57
3.6.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung.....	58
3.6.4. Abgrenzung.....	58

3.6.5. Wahrnehmung des Leidens.....	59
3.6.6. Stellenwert der Empathie.....	59
3.7. Interview Frau F - “wie jemand von der Wesensart ist”.....	60
3.7.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen.....	60
3.7.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen.....	62
3.7.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung.....	62
3.7.4. Abgrenzung.....	62
3.7.5. Wahrnehmung des Leidens.....	64
3.7.6. Stellenwert Empathie.....	65
3.8. Zusammenführung der Interviews.....	65
3.8.1. Häufigkeit.....	65
3.8.2. “Nur so ein Gefühl”.....	66
3.8.3. Zusammenfassung: Außergewöhnliche Wahrnehmungen.....	67
3.8.4. Zusammenfassung: Ansprechen der außergewöhnlichen Wahrnehmungen.....	68
3.8.5. Zusammenfassung: Beeinflussung der folgenden Behandlung.....	69
3.8.6. Zusammenfassung: Abgrenzung.....	69
3.8.7. Zusammenfassung: Wahrnehmung des Leidens.....	72
3.8.8. Zusammenfassung: Stellenwert der Empathie im Diagnoseprozess.....	73
4. Conclusio.....	75
5. Danksagung.....	81
6. Literaturverzeichnis:.....	81
6. Anhang - Interviewleitfaden.....	85

In dieser Arbeit wurde aus Gründen der Einfachheit und der besseren Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Osteopathinnen und Leserinnen mögen mir dies verzeihen. Ich hoffe, dass wir trotzdem auf eine fairere Welt zugehen.

1. Einleitung

1.1. persönliche Motivation

Ich bin zu diesem Thema gekommen, weil ich mich neben der Osteopathie schon immer sehr für Bereiche wie Psychologie interessiert habe und ich denke, dass gerade in einem Bereich wie der Osteopathie, die sich so sehr auf die Ganzheitlichkeit des Menschen beruft (vgl. Kap. 1.2.), dafür auch genügend Raum und Aufmerksamkeit vorhanden sein müsste (mit ein Grund warum ich die Ausbildung zur Osteopathin antrat). Um es kurz zu machen: Bei der Lektüre der Masterthese von Felder (2007) "Empathy as part of the perception process in osteopathy" wurde mir wieder einmal bewusst, wie spannend ich dieses Themengebiet finde und dass ich sehr gerne die Interviews führen würde, die Felder geplant, aber nicht durchgeführt hat. Das würde mir die Möglichkeit geben mich weiterhin mit Büchern und Studien auseinanderzusetzen, die mich interessieren, die bisherige Arbeit von Herrn Felder zu nutzen und auszubauen, Fragen zu stellen, die mich von Haus aus beschäftigen, und diese in einen nachvollziehbaren theoretischen Rahmen zu stellen.

Dass zum Thema Empathie eifrig geforscht und geschrieben wird, zeigt die Tatsache, dass bei einer PubMed Suche mit dem Schlüsselwort "empathy" 10983 Artikel, erschienen zwischen 1950 und 2009, aufscheinen. Es scheint an der Zeit diesem Begriff auch in der osteopathischen Ausbildung und dem osteopathischen Denken Raum zu geben.

Der Empathie werden viele positive Attribute zugeschrieben (Goleman, 2007; Hess-Liebers, 1999; Hojat, 2007; Rogers, 2006), doch was ist sie genau?

Kann man sich in einen anderen hinein fühlen? Wieviel vom anderen kann man wahrnehmen – seine Gefühle, Gedanken, Wertsysteme?

Und gibt es auch negative Folgen oder zuviel an Empathie?

"der überzeugendste Beweis für eine erfolgreiche Einfühlung ist das Auftreten jener Gefühle in unserem Körper, die der Patient als seine eigenen beschrieben hat" (Havens 1979 zitiert in Schore, 2007, S.119)

Heißt das, dass wir all die Schmerzen in Kreuz, Nacken, Beinen, etc., die unsere Patienten empfinden, auch selbst nachempfinden müssen? Tun wir es? Oder zumindest ihre Gefühle der Verzweiflung und Not? Tun wir das? Ist es uns bewußt? Kann man diese Informationen für die Behandlung nutzen? Und wie kann man damit umgehen? All diese Fragen haben mich veranlasst diese Arbeit zu schreiben.

1.2. Forschungsfrage und Grundgerüst der Arbeit

In dieser Arbeit soll der Frage auf den Grund gegangen werden inwieweit Osteopathen Empathie nutzen um Informationen über den Patienten und die Wahl der Behandlung zu gewinnen und inwieweit sie sich dessen bewusst sind. Dazu ist es erst nötig den Begriff der Empathie zu definieren, abzugrenzen und aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten um einen möglichst umfassenden Einblick in das Phänomen der Empathie zu ermöglichen. Hierfür wird die Arbeit von Felder “Empathy as part of the perception process in osteopathy” (2007) genutzt und die Theorie durch neuere Forschungsergebnisse und weitere Literatur untermauert.

Der nächste Teil besteht aus der Analyse von leitfadengestützten Interviews. Hierfür wurden sechs Osteopathen mit mindestens 5-jähriger Erfahrung als fertig ausgebildete Osteopathen befragt.

Die Ergebnisse dieser Interviews werden anschließend mit der Theorie in Verbindung gesetzt, mit dem Ziel herauszufinden, ob und in welchem Maße Empathie bei der osteopathischen Arbeit eine Rolle spielt und inwiefern bewusst davon Gebrauch gemacht wird.

1.3. Relevanz

Osteopathie wird als ein ganzheitliches oder holistisches Therapiekonzept gesehen.

*“Das Ziel der osteopathischen Diagnostik ist, die gefundene somatische Dysfunktion im Zusammenhang mit der **ganzen** Person zu sehen. Dann erst kann man die totale, osteopathische Läsion des Patienten verstehen. Dies ist die traditionelle Beschreibung von >Holismus<. Mit*

dieser Herangehensweise betrachtet der Osteopath medizinische Pathologie, primäre und sekundäre Dysfunktionen, psychosoziale Aspekte und emotionale Faktoren in seiner Diagnostik.” (Liem et Dobler, 2002, S.55)

Es ist also notwendig über die körperliche Ebene hinaus auch psychosoziale und emotionale Aspekte in die Diagnose miteinzubeziehen, um den Patienten in seiner Gesamtheit verstehen zu können. Über Empathie wäre dies möglich. Durch einen Spiegelungsmechanismus in unserem Gehirn kommt es zu einer innerlichen Nachahmung und Nachempfindung von Handlungen und Gefühlszuständen des Gegenübers (vgl. Rizzolatti et Sinigaglia, 2008 in Kap. 2.4.4.). Um aber diese über Spiegelneurone erhaltenen Informationen auch nutzen und sich vor einer lediglichen Gefühlssteckung (vgl. Kapitel 2.1.) schützen zu können, ist es nötig, ein Bewusstsein über den Begriff und die Wirkungsweise von Empathie zu haben und die Aufmerksamkeit in diese Richtung zu steigern. Sollte sich Empathie tatsächlich als ein wesentlicher Faktor im Wahrnehmungsprozess in der Osteopathie herausstellen, dann wäre es empfehlenswert, in der osteopathischen Ausbildung vermehrt Wert auf die Vermittlung von Wissen über Empathie und empathische Fähigkeiten, wie eine ausgeprägte Selbstwahrnehmung, zu legen.

“Die Grundlage der Empathie ist Selbstwahrnehmung; je offener wir für unsere eigenen Emotionen sind, desto besser können wir die Gefühle anderer deuten.” (Goleman, 2007, S.127)

Eine empirische Studie von Hähn-Jakobs (2008) über Empathie und Osteopathie wies nach, dass alle befragten Osteopathen Empathie einen hohen Stellenwert beimaßen und für eine vermehrte Vermittlung von sogenannten “soft skills” in der Ausbildung plädierten. Die Umfrage ergab allerdings auch, dass es unter den Osteopathen keine eindeutige Definition des Begriffs Empathie gab. Das scheint daran zu liegen, dass Empathie ein recht komplexer Vorgang ist, der aus mehreren Komponenten besteht und über den es verschiedenste Theorien gibt (Hojat, 2007). Ein besseres Verständnis des Phänomens Empathie könnte helfen auch etwas Klarheit diesbezüglich ins Behandlungszimmer zu bringen.

In dieser Arbeit wird zwar ebenfalls die Frage, welchen Stellenwert die Osteopathen Empathie beimessen, gestellt, aber es wurde anhand der Interviews vor allem herauszufinden versucht, was gespürt und wahrgenommen wird und wie die Osteopathen bewusst mit diesen Empfindungen umgehen.

Empathie könnte des Weiteren viele Vorteile bringen, wie die Forschung laut Hojat indiziert:

“ Research indicates that empathy has been linked, theoretically or empirically, to a number of attributes, such as dutifulness, prosocial behavior, moral reasoning, good attitudes toward elderly patients, a reduction in malpractice litigation, competence in history taking and performance of physical examinations, patient satisfaction, physician satisfaction, better therapeutic relationships, and good clinical outcomes.” (Hojat, 2002, S. 1564)

Demnach würde Empathie für jeden Therapeuten hohe Relevanz haben und neben dem Gewinn relevanter Informationen zu einem besseren Patienten-Therapeuten-Verhältnis, größerer Zufriedenheit auf beiden Seiten und letztendlich zu besseren Behandlungsergebnissen führen. Ein Grund mehr, dass sie gerade in der Osteopathie, die sich der ganzheitlichen Sichtweise verschrieben hat und durchaus auch Rücksicht auf psychoemotionale und psychosoziale Belange nehmen will (vgl. Liem, 2006), einen wichtigen Platz einnehmen sollte.

Um dieses Ziel zu erreichen ist es nun nötig den Begriff Empathie zu erklären und mittels verschiedener Theorien unterschiedliche Blickweisen dazu aufzuzeigen.

2. Empathie

In diesem Kapitel wird der Begriff Empathie erörtert und es werden mehrere Definitionen dazu aufgeführt. Anschließend wird Empathie von ähnlichen Begriffen wie Gefühlsansteckung, Sympathie und Projektion abgegrenzt.

Es wird speziell auf die Unterscheidung zwischen Empathie und Sympathie im klinischen Kontext eingegangen, da dies interessante Aspekte für die Arbeit aufwirft.

Als nächstes werden unterschiedliche Komponenten des Prozesses Empathie beleuchtet. Auch hier wird deutlich, dass verschiedene Konzepte und Theorien zur Empathie bestehen, die sich nicht unbedingt decken.

Um eine vielseitige Sicht auf den Begriff Empathie zu ermöglichen, wird dieser aus philosophischem, psychologischem, gesprächsorientiertem, neurowissenschaftlichem und

evolutionärem Blickwinkel beleuchtet. Mögliche Vor- und Nachteile von Empathie werden aufgezeigt und es wird in eigenen Kapiteln speziell auf Körperempathie und Empathie in der osteopathischen Literatur eingegangen.

Anschließend werden einige Möglichkeiten zur Steigerung von Empathie angeführt.

Das Ziel dieses Teils der Arbeit ist einen möglichst umfassenden Einblick in das Phänomen der Empathie zu ermöglichen und den Begriff der Empathie klarer werden zu lassen.

2.1. Der Begriff Empathie

Nachdem es bis zum heutigen Zeitpunkt keine einheitliche Definition für Empathie gibt und das Konstrukt der Empathie recht komplex und subjektiv ist, wird kurz auf die Ursprünge zurückgegangen: "Empathy" wurde erstmals 1909 vom amerikanischen Psychologen E.B. Titchener, als Übersetzung des deutschen Wortes "Einfühlung" in der angloamerikanischen Literatur gebraucht. (Hojat, 2007) Titchener versteht darunter eine Art physischer Nachahmung der Emotionen anderer, die dann in einem selbst die entsprechenden Gefühle hervorrufen (Lindon, 2007), was eine offensichtliche Voraussicht auf heutige neurophysiologische Erkenntnisse zeigt (vgl. Kapitel 2.4.4.).

In der Stanford Encyclopedia of Philosophy steht zu lesen, dass Empathie als Phänomen der *"'inner imitation', where my mind mirrors the mental activities or experiences of another person based on the observation of his bodily activities or facial expressions."* (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2009, S.3) zu verstehen ist.

Viel verwendet - und dadurch populärer - wurde der Begriff von den bedeutenden Psychologen C.Rogers und H.Kohut in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts (Kohut, 1987; Rogers, 2006).

Rogers definiert Empathie folgendermaßen:

"Die private Welt des Klienten verspüren, als wäre sie die eigene, ohne jedoch diese 'Als-Ob'-Qualität außer acht zu lassen: das ist Empathie und scheint für die Therapie wesentlich zu sein." (Rogers, 2006, S.277)

Für Rogers war die Qualität der Patienten-Therapeuten-Beziehung eines der wichtigsten Elemente zum Erfolg. Diese Tatsache scheinen viele der neueren Studien zu bestätigen (vgl. Hojat, 2007).

Felder (2006) verwendet folgende Empathiedefinition als Arbeitsdefinition:

“Empathie [...] erfordert als tieferes Verstehen ein Sichhineinversetzenkönnen in Situation und Gefühlslage eines anderen und geht damit deutlich über ein verbales Verstehen von Mitteilungen hinaus. Empathie bedeutet letztlich, die Perspektive eines anderen übernehmen zu können, sein inneres Bezugssystem erfassen zu können. Empathie ist folglich eine Frage der Wahrnehmungsfähigkeit” (Zwick, 2004, S.90)

Damit wird verdeutlicht, dass Empathie ein sich Hineinversetzenkönnen in eine andere Person erfordert und dass durch Empathie Informationen gewonnen werden können, die sich über ein lediglich verbales Verstehen nicht erschließen würden. Felder ist es wichtig mit dieser zitierten Aussage zu verdeutlichen, dass Empathie als Wahrnehmungsfähigkeit gewertet werden kann und deshalb auch in der osteopathischen Diagnose eine Rolle spielt.

Der Begriff Empathie soll nun verdeutlicht werden, indem er von ähnlichen Begriffen wie Gefühlsansteckung, Sympathie oder Mitleid, Mitgefühl und Projektion abgrenzt wird. Da die uneinheitliche Deutung und Verwendung dieser Begriffe bis jetzt für einige Verwirrung gesorgt hat und dadurch auch die Forschung in diesem Bereich behindert, wird immer wieder auf Mohammadreza Hojat's Auffassung zurückgegriffen. Dieser hat sich viele Jahre mit Empathieforschung beschäftigt und die Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) entwickelt, einen Test, der die Empathiefähigkeit von Mediziner*innen und Medizinstudenten zu evaluieren versucht (Hojat, 2007).

Die Unterscheidung der Begriffe Empathie, Sympathie, Mitleid und Mitgefühl wird erschwert durch die Tatsache, dass Unterschiede im deutschen und englischen Sprachgebrauch zu finden sind. “Empathy” (engl.) wird mit “Empathie” oder “Einfühlung” übersetzt. Sucht man im Wörterbuch nach “Mitgefühl” so kommen die Begriffe “compassion” und “sympathy”. “Sympathy” bedeutet aber auch “Mitleid”, “Sympathie” oder “Zuneigung”. (LEO-Dictionary) Die ohnehin schwierige Trennung der Begriffe “empathy”, “sympathy”, “compassion” und “pity” wird also durch die Übersetzung ins Deutsche erschwert. In dieser Arbeit wird “sympathy” und “pity” als “Mitleid” und “compassion” als “Mitgefühl” übersetzt.

Es wird nun versucht die Begriffe möglichst klar zu trennen und zu definieren:

2.1.1. Empathie versus Gefühlsansteckung:

Bei der Gefühlsansteckung nimmt der Betroffene sehr wohl die Gefühle des Gegenübers wahr, insofern ist sie als eine Grundvoraussetzung der Empathie zu betrachten (Liekam, 2004). Er ist sich dessen aber nicht bewusst und kann sich dadurch auch nicht davon abgrenzen und zwischen eigenen und fremdinduzierten Gefühlen unterscheiden. Das Gefühl wird also nachempfunden, aber das Bewusstsein, dass das Gefühlte vom Gegenüber kommt, fehlt. Auf diesen Aspekt wird diese Arbeit auch später noch eingehen, wenn sie aufzeigen will, wie wichtig Bewusstheit in der osteopathischen Behandlung ist. Es wird angenommen, dass Gefühlsansteckung ein automatisch und sehr schnell ablaufender Prozess ist, der bei jeder zwischenmenschlichen Begegnung stattfindet (Nummenmaa et al., 2008).

2.1.2. Empathie versus Sympathie oder Mitleid:

In Eislers “Wörterbuch der philosophischen Begriffe” (1904) steht zu lesen:

*“**Sympathie** (sympatheia): Mit-Leiden, Miterleben von Gefühlen und Affecten anderer durch unwillkürliche Nachahmung und durch >Einfühlen< in den Gemütszustand anderer; was um so leichter möglich, je verwandter wir mit jenen sind. Der Anblick oder Gedanke fremden Leidens erweckt unmittelbar analoge Gefühle, wie die des Leidenden. Dazu kommt noch unter Umständen die Trauer über das Leiden des anderen, bezw. die Freude über das Glück des andern. Sympathie ist auch die allgemeine, oft nicht klar motivierte Zuneigung zu jemand (Gegenteil: Antipathie). Die Sympathie als Mitgefühl mit verwandten Wesen ist ein Grundfactor in der Entwicklung der Sittlichkeit.”* (Eisler, 1904, S.468)

Diese Definition zeigt die starke begriffliche Nähe zur Empathie und die Unklarheit der Definition an. Auch bei Sympathie werden die Gefühle des anderen nachempfunden und analoge Gefühle geweckt. Andererseits wird auch das Wort “Mit-Leiden” verwendet.

Im deutschen Sprachgebrauch wird Sympathie meist im Sinne der Zuneigung zu jemandem gebraucht. In dieser Arbeit wird Sympathie jedoch mit Mitleid übersetzt.

Vergleicht man die Einfühlungsvorgänge von Empathie und Sympathie, oder Mitleid, so ist für Hojat Empathie ein überwiegend kognitiver Prozess, während Sympathie ein überwiegend emotionaler Prozess ist. Trotzdem bestehen beide aus kognitiven und emotionalen Komponenten. Selbstbewußtsein und -wahrnehmung sind erhöht bei Empathie, aber verringert bei Sympathie. Das Ziel von Empathie ist die Gefühle des Gegenübers zu verstehen, das von

Sympathie die Gefühle des Gegenübers zu fühlen. (Hojat, 2007)

Hojat hat deshalb folgende Definition für Empathie vorgeschlagen:

“Empathy is a predominantly cognitive (rather than an emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to communicate this understanding.” (Hojat, 2007, S.80)

Dies soll die Differenzen zwischen Empathie und Sympathie verdeutlichen. Empathie ist im Gegensatz zu Sympathie vermehrt kognitiv und mehr auf das Verstehen, als auf das Fühlen von Erfahrungen, Bedenken und Perspektiven des Patienten ausgerichtet. Außerdem zählt für Hojat auch das Kommunizieren von Verständnis zu Empathie. Trotz der Unterschiede kann man die Begriffe Empathie und Sympathie jedoch nicht vollständig trennen. (Hojat, 2007)

Da die Unterscheidung der Begriffe für das Arbeiten in sozialen Berufen jedoch wesentlich ist, wird darauf in Kapitel 2.2. noch näher eingegangen.

2.1.3. Empathie versus Mitgefühl:

Empathie kann nicht mit Mitgefühl gleichgesetzt werden, da Mitgefühl als affektive Komponente sowohl bei Empathie, als auch bei Sympathie oder Mitleid vorhanden ist (Hojat, 2007). Auch Gassner (2006) schreibt, dass Mitgefühl eine eher unspezifische Voraussetzung für unterschiedliche emotionale Reaktionen zu sein scheint. Mitgefühl kann demnach als ein Bestandteil von Empathie gesehen werden.

2.1.4. Empathie versus Projektion:

Bei Empathie wird der Gefühlszustand des Gegenübers erfasst, bei Projektion nimmt man an, dass das Gegenüber den gleichen Gefühlszustand hat, wie man selbst. Das heißt dass bei Empathie der Zustand des anderen auf mich übergeht, während ich bei Projektion meinen eigenen Zustand dem anderen zuschreibe. In gewissem Sinn gibt es jedoch keine Empathie ohne Projektion, da das Subjekt immer eigene Zustände oder Repräsentationen (vgl. Kapitel 2.4.4.) zum Einfühlen verwendet. Doch wenn sich die Zustände ähneln und dadurch zu Verständnis führen, ist es Empathie. (Preston, 2007)

2.2. Empathie und Sympathie im klinischen Kontext

Im Falle einer Patienten-Therapeuten-Beziehung ist die Unterscheidung zwischen Sympathie und Empathie, wie sie im vorigen Kapitel gemacht wurde, wichtig. Denn das Teilen der Emotionen des Patienten, das den wesentlichen Anteil der Sympathie ausmacht, kann in diesem Kontext zu emotionalem Aufruhr führen und dadurch das professionelle Urteil beeinträchtigen. Hojat (2007) vergleicht dies mit der Korrelation zwischen Angst und dem Erfolg bei Prüfungen. Ein wenig Angst kann hilfreich sein. Zuviel Angst ist hemmend. Ebenso verhält es sich mit Sympathie. Ein wenig davon kann gut für die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut sein, zuviel kann die klinische Objektivität und das professionelle Urteil negativ beeinflussen und die Leidensfähigkeit des Therapeuten strapazieren.

Wohingegen es bei Empathie, laut Hojat, kein Zuviel geben kann und ein Mehr davon immer zu besseren Ergebnissen führt.

Hojat (2007) führt aus, dass ein Verstehen der Gefühle des anderen zu vermehrtem altruistischen Helfen führt, wogegen ein vermehrtes sympathisches Teilen der Gefühle des anderen zu einem physiologischen Aufruhr führt und dadurch die Wahrscheinlichkeit von Egoismus und Hilfsverweigerung steigert.

Für Hojat ist es deshalb gerade im Kontext der Klinik wichtig zwischen Empathie und Sympathie zu unterscheiden. Empathie sollte vom Verstand und nicht von den Emotionen geleitet sein, auch wenn diese selbstverständlich vorhanden sind. Kliniker sollten die Gefühle ihrer Patienten nur bis zu dem Punkt fühlen, dass sie diese verstehen können, aber ihre professionelle Urteilsfähigkeit nicht beeinflusst wird. Emotionale Überbeteiligung sollte laut Hojat vermieden werden, stattdessen sollte man die Perspektive des Patienten sehen können, ohne seine eigene Sichtweise, seine professionelle Rolle und professionelle Verantwortung zu verlieren.

2.3. Empathie als bewusster emotional-kognitiver Prozess

Über die verschiedenen Komponenten der Empathie herrscht noch kein klarer Konsens.

Manchmal wird Empathie als kognitiver Prozess beschrieben, in dem man die Erfahrungen des Gegenübers zu verstehen versucht, manchmal als emotionaler Prozess, in dem es ums "Teilen"

von Gefühlen geht, wieder andere Konzepte beinhalten beide Komponenten. (Hojat, 2007)

Morse hat laut Lindon (2007) 4 Komponenten der Empathie beschrieben:

- eine moralische Komponente (die altruistische Kraft, die einen überhaupt veranlasst den Zustand eines anderen erfassen zu wollen)
- eine kognitive Komponente (die Perspektivenübernahme)
- eine Verhaltenskomponente (Verständnis kommunizieren)
- eine emotionale oder affektive Komponente (das Gefühl wahrnehmen und teilen)

Dies deckt sich nicht mit den neurowissenschaftlichen Erkenntnissen (vgl. Kap. 2.4.4.) bzw. zeigt an, dass Morse unter Empathie mehr versteht als die alleinige Wahrnehmung des inneren Zustands eines anderen. So beinhaltet Empathie für ihn auch altruistische Motive und das darausfolgende verständnisvolle zwischenmenschliche Verhalten. Dies führt zu der schwierigen Frage, ob Empathie als reine Wahrnehmung gesehen werden soll, oder auch das Kommunizieren dieser Wahrnehmung und verständnisvolles Verhalten beinhaltet.

Auster und Weiner (2007) bemerken, dass Empathie nicht notwendigerweise auch das Kümmeren um die andere Person inkludiert. So kann man durchaus jemanden verstehen und sich in die Lage des anderen hineinversetzen können, aber diesem kein Verständnis kommunizieren und nicht helfen wollen. Für sie bedeutet Empathie also nicht einmal das Kommunizieren von Verständnis. Für andere Autoren, wie Rogers (2006), ist die Kommunikation von Verstehen und Akzeptanz wesentlich.

Studien über die Relevanz von Empathie in der Klinik und positivere Behandlungsergebnisse bei empathischen Ärzten und Therapeuten (Hojat, 2002) lassen vermuten, dass es um beides, um Wahrnehmung des Patienten und empathische Kommunikation, geht. Tatsächlich definiert Hojat (2007) Empathie als überwiegend kognitiv, mit einer affektiven Komponente, kombiniert mit der Fähigkeit, das Verstehen zu kommunizieren. Für ihn sind dies drei Schlüsselpunkte der Empathie: Kognition, Verstehen und Kommunikation.

Empathie besteht sowohl als emotionalen, als auch aus kognitiven Komponenten (Hakansson, 2003; Hojat, 2007; Liekam, 2004). Trotzdem werden Begriffe wie emotionale und kognitive Empathie benutzt, um zwischen zwei unterschiedlich ablaufenden Empathiemöglichkeiten zu unterscheiden:

2.3.1. Emotionale Empathie:

Emotionale Empathie beschreibt einen Prozess, bei dem ein Subjekt den Zustand einer anderen Person wahrnimmt und in sich einen Zustand generiert, der diesem ähnelt. Dieser wird anschließend kognitiv interpretiert. Nachdem hierbei die Emotionen zuerst kommen und erst dann die Gedanken dazu, ist dies ein aufsteigender Vorgang. Das heißt, die vom Körper gefühlten Emotionen werden in einem zweiten Schritt vom Gehirn analysiert und bewertet. (Preston et al, 2007)

2.3.2. Kognitive Empathie:

Kognitive Empathie beschreibt einen Prozess bei dem das Subjekt willkürlich versucht, sich in die Situation und Gefühlslage des anderen zu bringen und dessen Perspektive zu übernehmen. Hier kommt zuerst der willkürliche Denktakt und erst in einem zweiten Stadium werden Emotionen dazu generiert. Dies ist daher ein absteigender Prozess. Für Preston et al (2007) ist hierbei das erste Stadium, das der Perspektivenübernahme, und erst das zweite Stadium ist dann kognitive Empathie. Wie sehr wir hierbei andere Gefühlszustände nachempfinden können, hängt sehr stark davon ab, ob wir bereits eigene entsprechende Erfahrungen gemacht haben und ist somit von unserem persönlichen Hintergrund abhängig (Hojat, 2007). Natürlich besteht die Gefahr, wenn wir eigene gemachte Erfahrungen zu Rate ziehen, dass wir viel mehr Eigenes projizieren als Tatsächliches nachempfinden, andererseits basiert jegliche Wahrnehmung auf einer persönlichen subjektiven Erfahrung (Damasio, 2004).

Um auf Morses Konzept der Empathie zurückzukommen, so beinhaltet dieses die Theorie, dass es sich bei Empathie um eine bewusste und willentliche Zuwendung handelt, was mit Hojats Auffassung insofern übereinstimmt, dass ein Großteil bewusst und vom Verstand beeinflusst (kognitiv) funktioniert, aber sehr wohl auch ein emotionaler, affektiver Anteil dabei ist. Soziale Wahrnehmung scheint sowohl unwillkürlich und automatisch abzulaufen, als auch kognitiv beeinflussbar und willkürlich steuerbar zu sein (Adolphs, 2009, Preston, 2007).

Als "Theory of Mind" wird die Fähigkeit bezeichnet, sich in das Denken eines anderen hineinzuversetzen und abstraktere Konzepte wie Glauben oder Wünsche des anderen

nachzuvollziehen (Frith und Singer, 2008). Dies wird als bewusster, willkürlicher, mentaler Prozess beschrieben.

Dem gegenübergestellt ist das Konzept der Simulation, auf den Spiegelneuronen basierend (vgl. Kapitel 2.4.4.), also ein großteils unbewusster, automatisch ablaufender Vorgang.

Das Ausmaß, in dem diese zwei Konzepte bei sozialer Wahrnehmung zum Tragen kommen, scheint von Fall zu Fall verschieden zu sein. (Adolphs, 2009)

Da in dieser Arbeit zwischen Gefühlsansteckung und Empathie unterschieden wird (vgl. Kapitel 2.1.1.), ist es wichtig noch einmal anzumerken, dass Empathie nur dann gegeben ist, wenn die eingefühlten Wahrnehmungen als vom Gegenüber kommend erkannt werden. Zumindest diesbezüglich muss Bewusstheit bestehen.

Empathie wird nun aus verschiedenen Blickrichtungen beleuchtet und jeweils in Bezug zur Osteopathie gesetzt, um einen möglichst umfassenden Einblick in die verschiedenen Empathietheorien zu ermöglichen und ihre möglichen Konsequenzen für die osteopathische Arbeit aufzuzeigen.

2.4.1. Empathie aus philosophischer Sichtweise

Der Münchner Psychologe und Philosoph Theodor Lipps (1878-1934) hat den Begriff der Einfühlung erstmals umfassend und systematisch dargelegt (Zwick, 2004). Für ihn gab es drei wichtige Erkenntnisquellen. Als erste versteht er die sinnliche Wahrnehmung, als zweite Quelle die innere Wahrnehmung, also die Wahrnehmung vom eigenen inneren Erleben und als dritte Erkenntnisquelle nennt er die Einfühlung. Er beschreibt den Prozess der Einfühlung als ein inneres Nachahmen oder Imitieren eines Gegenübers oder auch Objektes, denn zuerst geht es ihm um Kunstwerke und erst später um zwischenmenschliche Beziehungen.

Für Lipps ist Einfühlung ein bewusster Prozess und ein sehr wesentlicher Aspekt der zwischenmenschlichen Wahrnehmung. Sie wird mittels des Körpers durchgeführt und es ist Lipps wichtig, die empfundenen Inhalte auch mit dem Verstand zu hinterfragen und zu bedenken, dass das Gefühlte stark von eigenen Erfahrungen und Erlebnissen geprägt ist. (Lipps, 2006/1906)

Auch die deutsche Philosophin Edith Stein (2008/1917) kommt in ihrer phänomenologischen

Dissertation “Zum Problem der Einfühlung” auf die Wichtigkeit des Körpers bei der Wahrnehmung durch Einfühlung zu sprechen. Sie ist ebenfalls der Meinung, dass Einfühlung ein bewusster Prozess ist. Aber sie glaubt, dass man regelrecht eintaucht ins Gegenüber und kritisiert Lipps Nachahmungstheorie, weil Nachahmung kein fremdes Erleben, sondern eigenes Erleben betrifft.

Für sie ist nur eine Einfühlung eines Menschen in einen anderen Menschen möglich und man kann sich nicht in Objekte einfühlen. Durch Einfühlung kann eine andere Person in ihrem ureigenen Wert, mit ihrem körperlichen, psychoemotionalen und geistigem Erleben und mit ihrer eigenen Wertewelt wahrgenommen werden. Jedoch können sich nur Menschen einfühlen, die sich selbst als sinnvolles Ganzes erleben. Je mehr ein Mensch sein Selbst gefunden hat, desto besser kann er sich einfühlen und verstehen. (Stein, 2008/1917)

Sowohl Lipps als auch Stein betonen die Wichtigkeit des Körpers für den Einfühlungsprozess. Lipps glaubt an eine innerliche Nachahmung des Gegenübers, während Stein von einem regelrechten Eintauchen in den anderen spricht, was aus neurowissenschaftlicher Sicht (vgl. Kapitel 2.4.4.) schwer zu untermauern ist.

Nach Lipps (2006/1906) ist Einfühlung als ein wesentlicher Bestandteil zwischenmenschlicher Wahrnehmung zu betrachten und dürfte deshalb auch in der Interaktion zwischen Osteopath und Patient zu finden sein. Laut Lipps ist es aber auch wichtig Erfühltes mit dem Verstand zu hinterfragen und zu bedenken, dass das Wahrgenommene durch eigene Erfahrungen geprägt ist, was ebenfalls auf die osteopathische Tätigkeit umgelegt werden kann.

Stein (2008/1917) betont hingegen die Wichtigkeit sich selbst gut zu kennen, um das Gegenüber erfassen zu können. Demnach wären auch Osteopathen aufgefordert ihre Selbstwahrnehmung zu schulen und an persönlicher Reife zu arbeiten.

2.4.2. Empathie aus psychologischer Sichtweise

Der Psychologe und Psychoanalytiker Heinz Kohut beschreibt Empathie als stellvertretende Introspektion unter Beibehaltung der Position des objektiven Beobachters. Dadurch kann der Therapeut wesentliche Informationen über psychoemotionale Inhalte des Patienten gewinnen. (Kohut, 1987)

Introspektion und Empathie sind für ihn die essentiellen Aspekte der psychoanalytischen Beobachtung und er ist mitverantwortlich für die Etablierung des modernen Empathiebegriffes in der Psychoanalyse (Hakansson, 2003).

Für Kohut ist es bei der empathischen Behandlung wesentlich, fortwährend auf das nonverbale Verhalten und die Änderung der Gefühle, sowohl bei sich selbst als auch beim Patienten, zu achten (Schore, 2007).

Umgelegt auf die Osteopathie bedeutet das, dass es durch stellvertretende Introspektion möglich sein müsste Informationen über den Patienten zu gewinnen. Notwendig dafür ist die Fähigkeit die Position des objektiven Beobachters beizubehalten und eine ausgereifte und konstante Selbstwahrnehmung.

Die Gesellschaft für integrative Primärtherapie versteht unter Einfühlung den psychischen Vorgang, Bewusstseinsinhalte eines anderen Menschen zu erfassen. Einfühlung ist nicht nur in selbst bereits Erlebtes möglich, da es durch Phantasie auch möglich ist, Erlebnisqualitäten zu empfinden, die nicht auf realen Erlebnissen beruhen. (Sponsel, 2009)

Demnach müsste ein Osteopath die Möglichkeit haben, nicht nur die Gefühle des Gegenübers, sondern auch andere Bewusstseinsinhalte zu erfassen und zwar sogar dann, wenn er selbst noch keine diesbezüglichen Erfahrungen gemacht hat, vorausgesetzt er bringt genug Phantasie auf, um sich in eine fremde Lage hineinzuversetzen.

2.4.3. Empathie aus gesprächorientierter Sichtweise

Der US-amerikanische Psychologe und Psychotherapeut Carl Rogers hat die klientenzentrierte Gesprächstherapie entwickelt und sich ausführlich mit dem Thema Empathie beschäftigt. Für ihn war eine vorurteilsfreie, wertschätzende und aufmerksame Wahrnehmung des Klienten, die Voraussetzung für eine gelingende Behandlung. Nur so kann der Klient Wertschätzung für sich selbst entwickeln, sich seinen inneren Konflikten zuwenden und sich aus sich selbst heraus konstruktiv wandeln. Der empathisch wahrgenommene Klient kann Selbstverantwortung für sein Fühlen, Denken und Handeln übernehmen, darüber reflektieren und sprechen und so auch seine eingefahrenen Muster durchbrechen.

Rogers (2006) postuliert drei wesentliche Bedingungen für eine therapeutisch heilsame Beziehung:

1. Kongruenz: Damit ist gemeint, dass der Therapeut Zugang zu seinen Gefühlen hat und dass er seine Gefühle leben und mitteilen kann. Der Therapeut soll sich nicht verstellen und nichts vormachen, was nicht ist, sondern in Übereinstimmung mit sich selbst handeln.

“Je authentischer und kongruenter der Therapeut in der Beziehung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß eine Veränderung der Persönlichkeit des Klienten stattfinden wird.” (Rogers, 2006, S.75)

2. Bedingungslose positive Zuwendung

3. Empathisches Verstehen: *“ Wenn der Therapeut die Gefühle und persönlichen Sinngebungen erfaßt, die der Klient in jedem Augenblick erfährt, wenn er diese von 'innen', so wie sie den Klienten erscheinen, wahrnehmen kann, und wenn es ihm gelingt, etwas von seinem Verständnis dem Klienten mitzuteilen, dann ist diese dritte Bedingung erfüllt.” (Rogers, 2006, S. 75)*

Rogers stellt fest, dass Empathie ein wichtiger Aspekt der therapeutischen Wahrnehmung ist und betont die Wichtigkeit Zugang zu seinen Gefühlen zu haben und sich ihrer nicht nur bewusst zu sein, sondern sie auch ausdrücken und kommunizieren zu können.

Der Therapeut sollte jedoch nie die “Als-ob”-Position verlieren und immer zwischen sich und dem Klienten unterscheiden können. (Rogers, 2006)

Folgt man den Ausführungen Rogers, so hat ein wertschätzender, vorurteilsfreier und einfühlsamer Dialog zwischen Osteopath und Patient positive Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung und Selbstverantwortung des Patienten und fördert dessen psychoemotionale Gesundheit.

Auch Liem (2006) behauptet, dass die Behandlungsergebnisse durch empathische Kommunikation verbessert werden können.

Novy (2007) schreibt, dass die Sprache bei körperorientierten Therapieformen sehr hilfreich eingesetzt werden kann, um den therapeutischen Prozess zu kommunizieren und Angst und

Selbstwahrnehmung zu regulieren. Weiters hilft die Sprache, empathisch oder intuitiv Wahrgenommenes zu bestätigen oder zu widerlegen und so den Sachverhalt und den Patienten vollständiger zu erleben.

Auch Bauer schreibt: *“ nur Sprache versetzt uns in die Lage, uns explizit über intuitive Wahrnehmungen zu verständigen ”* (Bauer, 2005. S.35)

2.4.4. Empathie aus neurowissenschaftlicher Sichtweise

Die zufällige Entdeckung der Spiegelneurone durch Giacomo Rizzolatti 1992 hat einen bedeutenden Fortschritt für die Neurowissenschaften und die Empathieforschung gebracht. Um die neurologische Basis der Empathie zu verstehen, wird nun der Mechanismus der Spiegelneurone näher erklärt. Rizzolatti entdeckte, dass bei einem Affen diese Neuronen nicht nur aktiv werden, wenn er eine aktive Bewegung (z.B.: Erdnuss aufheben) macht, sondern auch, wenn er diese Handlung lediglich bei jemandem anderen beobachtet. Dasselbe konnte dann auch beim Menschen erforscht werden: Das Beobachten einer Handlung führt zu einer inneren Reproduktion derselben, ohne sie allerdings auch wiederholen zu müssen, und wir können so das Verhalten anderer in uns selbst nachempfinden und verstehen. Dies gilt auch für Emotionen, also nicht nur für grobmotorische Handlungen, sondern auch für feinste, kaum bewusst wahrnehmbare körperliche und mimische Veränderungen. Durch den Spiegelungsmechanismus werden in unserem Gehirn dieselben neuralen (motorischen bzw. viszeromotorischen) Strukturen, die für unsere Handlungen oder Emotionen verantwortlich sind, aktiviert und ermöglichen uns so das Verhalten des Gegenübers nachempfinden und verstehen zu können (Rizzolatti et Sinigaglia, 2008). Es kommt also zu einer innerlichen Nachahmung und Nachempfindung (vgl. Lipps in Kapitel 2.4.1.) .

Laut Bauer (2005) funktioniert auch Sprache auf diesem Weg. Durch die Sprache werden Handlungs- und Vorstellungsbilder aus unserem Erleben im Gegenüber wachgerufen und so ein gegenseitiges Verstehen ermöglicht. Weiters erklärt Bauer, dass Spiegelungsvorgänge simultan, unwillkürlich und ohne jegliches Nachdenken passieren, wobei eine interne neuronale Kopie im Gehirn des Beobachters angelegt wird und so ein intuitives, unmittelbares Verstehen der Empfindungen der wahrgenommenen Person entsteht. Angst, Anspannung und Stress reduziert jedoch die Signalrate der Spiegelneurone massiv.

Auch das von Preston und de Waal (2002) entwickelte Perception-Action Model (PAM) der Empathie geht von einer innerlichen Nachahmung des gesehenen Gefühlszustandes aus. Laut PAM ist Empathie definiert *“ as a shared emotional experience occurring when one person (the subject) comes to feel a similar emotion to another (the object) as a result of perceiving the other’s state.”* (Preston, 2007, S. 428)

Dieser Nachahmungsprozess kommt zustande, weil das Subjekt Repräsentationen des emotionalen Zustands des Objekts automatisch aktiviert. Wenn also eine Handlung oder emotionale Regung wahrgenommen (perception) wird, führt dies automatisch zur Aktivierung (action) derselben Gehirnregionen, die für die Ausführung verantwortlich wären. Wahrnehmung und Aktion teilen sich die gleichen Repräsentationen im Gehirn (Preston und de Waal, 2002). Es reicht sogar lediglich die Vorstellung einer Handlung oder eines Zustands, um diese zu aktivieren.

Beim PAM der Empathie muss der Zustand des Subjekts allerdings nur ähnlich (similar) dem des Objektes sein, da es unwahrscheinlich und außerdem empirisch nicht nachweisbar wäre, wenn die Zustände sich hundertprozentig gleichen würden.

Inwieweit sich die Zustände ähneln hängt stark davon ab, ob das Subjekt bestehende Repräsentationen für den Zustand des Objekts hat.

Die Empathiefähigkeit steigt mit passenden früheren Erfahrungen, mit Ähnlichkeit und Vertrautheit zwischen Subjekt und Objekt. Denn ob das Subjekt Empathie empfindet oder eigene Empfindungen auf das Objekt überträgt (projiziert) hängt davon ab, wie ähnlich sich die Repräsentationen sind. In gewissem Sinn jedoch gibt es jedoch keine Empathie ohne Projektion, da das Subjekt immer die eigenen Repräsentationen verwendet, doch wenn sich die Zustände ähneln und dadurch zu Verständnis führen, ist es Empathie. (Preston, 2007)

Obwohl die Aktivierung von Repräsentationen automatisch passiert, heißt das nicht, dass wir den Stimmungen anderer ausgeliefert sind. Das Subjekt kann sich dem Objekt zuwenden oder auch abwenden. Der Grad der Aktivierung hängt von der Aufmerksamkeit ab, die dem Objekt geschenkt wird und die emotionale Resonanz kann willkürlich moduliert und reguliert werden. (Preston, 2007)

Das Prinzip der Spiegelneurone und das PAM liefern eine Erklärung für das Zustandekommen der Empathie. Allerdings soll nochmals betont werden, dass Empathie nur dann vorliegt, wenn

die Empfindungen als vom Gegenüber kommend zugeordnet werden können und es sich nicht um Gefühlsansteckung handelt (vgl. Kapitel 2.1.1.).

Wie wichtig unser Körper ist, nicht nur um andere zu verstehen, sondern sogar für alltägliche Entscheidungen, betont Damasio (2004).

Für Damasio ist es wesentlich, Körper und Geist oder auch Gefühle und Gedanken nicht getrennt zu betrachten, sondern als zwei sich ständig gegenseitig beeinflussende Faktoren. So analysiert und bewertet das Gehirn permanent die Zustände des Körpers und der Körper ist ein unentbehrliches Bezugssystem für neuronale Prozesse. Entscheidungen werden getroffen, indem das Gehirn die verschiedenen Möglichkeiten durchspielt und aufgrund der aufkommenden Emotionen dann eine Entscheidung zugunsten des besten Gefühls trifft (die „Als-ob-Schleife“ nach Damasio). Empfindungen beeinflussen nicht nur unser gesamtes Denken und Tun, sondern bereits die (diesem Denken und Tun zugrunde liegende) Wahrnehmung und Konstruktion der Realität.

Empfindungen sind nach Damasio kein Luxus, sondern dienen als innere Orientierung und prägen jeden Moment unseres Lebens. Auch wenn wir empathisch fühlen, ist es der Körper der die Emotionen nachahmt und uns so den Zustand des anderen zu Bewusstsein bringt. Ohne den Körper könnten wir gar nichts fühlen und deshalb auch nichts denken.

Wir erhalten laufend Wahrnehmungen aus der Außenwelt und können uns ihnen zuwenden oder nicht. *“Egal, ob wir aufmerksam sind oder nicht, erfassen wir emotional besetzte Reize.*

Anschließend haben wir die Möglichkeit, unsere Aufmerksamkeit und Gedanken auf diese Reize zu richten.” (Damasio, 2003, S. 76)

Fragt man sich, welche Bereiche des Gehirns bei Empathie aktiv sind, so ist zu sagen, dass die rechte Gehirnhälfte bei der Einschätzung von emotionalen Gesichtsausdrücken ungleich schneller ist als die linke und dass sie ein „nonverbales Affekt-Lexikon“ für Mienenspiel, Gestik, vokale Intonation, Körperhaltung, Bewegungstempo und Handlungsansätze enthält. Sie verarbeitet Informationen auf holistische Weise und kann mimische Ausdrücke innerhalb von weniger als 30 Millisekunden einschätzen – weit unterhalb der bewussten Wahrnehmung.

(Schore, 2007) Und unsere emotionale Zustände werden besonders durch unsere Mimik, aber auch durch den Klang der Stimme, Körperhaltung, etc. ständig der Umwelt mitgeteilt. (Goleman, 2008)

Empathie kann jedoch keinem spezifischen Gehirnnareal zugeordnet werden, da sie je nach Anforderung verschiedene Gehirnstrukturen aktiviert. (Preston, 2007)

Auch der Osteopath müsste aufgrund der automatisch ablaufenden Spiegelungsaktivitäten die Möglichkeit haben Rückschlüsse auf Gefühle und Empfindungen sowie auf Absichten und Einstellungen des Patienten zu ziehen. Jedoch erst durch die bewusste Reflektion der Informationen kann er diese dann auch nutzen und als Teil eines bewussten Wahrnehmungsprozesses einsetzen und sich so vor einer lediglichen Gefühlsansteckung (vgl. Kap. 2.1.1.) schützen.

Allerdings sind empathische Wahrnehmungen, so wie alle Wahrnehmungen, immer als subjektive Erfahrungen und von eigenen früheren Erlebnissen gefärbt zu betrachten.

2.4.5. Empathie aus evolutionärer Sichtweise

Evolutionäre Empathietheorien besagen, dass die Fähigkeit zur Empathie genetisch angelegt ist. Sie ermöglicht es dem Einzelnen nicht nur eventuelle Gefahren frühzeitig wahrzunehmen (wenn beispielsweise jemand Schrecken ausdrückt), Informationen über die Umwelt zu gewinnen und so sein Tun steuern zu können, sondern macht auch die Entstehung und Festigung von ersten interindividuellen Bindungen möglich. So können Neugeborene schon nach drei Tagen zufriedene von traurigen Gesichtsausdrücken unterscheiden und entwickeln um den zweiten bis dritten Lebensmonat einen “affektiven Gleichklang” mit der Mutter (Rizzolatti und Signigaglia, 2008).

Die affektive Synchronisierung erfolgt hierbei vollkommen nonverbal und die Resonanz bezieht sich nicht so sehr auf den mentalen (kognitiven) Zustand, sondern auf den psychobiologischen (affektiv-körperlichen) Zustand (Schore, 2007). In der Mutter-Kind-Diade wird hierbei besonders die rechte Gehirnhälfte angesprochen, die sich vor der linken, sprachlichen Hemisphäre entwickelt. Durch die emotionale Verbindung und durch Interaktionen lernt das Kind mit Emotionen umzugehen und sie zu regulieren. Die Fähigkeit sich in einen anderen einzufühlen, Emotionen zu regulieren und innerliche Zustände abzugleichen, wird also durch die erste Bindung erworben und diese erste Bindungserfahrung bleibt uns ein Leben lang erhalten,

beeinflusst jede weitere Bindung und ist Vorreiter für unsere Empathiefähigkeit im Erwachsenenalter. (Hähn-Jakobs, 2008)

Die Anlage der Empatie ist also vorhanden, die Übung und Perfektionierung der Spiegelungsaktivitäten erfolgt durch die jeweiligen Bezugspersonen in der Kindheit, kann jedoch auch später noch geschult werden (Bauer, 2005).

Aus dieser Theorie kann geschlossen werden, dass auch der Osteopath automatisch versucht Rückschlüsse auf das innere Erleben des Patienten zu ziehen um mit ihm in Beziehung treten zu können.

In jeder Patienten-Therapeuten-Beziehung wird, wie bei der Mutter-Kind-Beziehung, die rechte Gehirnhälfte mit ihrem nonverbalen, auf Affekten beruhenden Wortschatz, aktiviert.

Die Fähigkeit zur Empathie ist angeboren, kann jedoch auch später noch trainiert und perfektioniert werden.

Es gilt auch zu bedenken, dass der Therapeut ebenfalls einen Einfluss auf die Emotionen und die Empathiefähigkeit des Patienten ausübt (Hähn-Jakobs, 2008).

2.4.6. Umlegung auf die Forschungsfrage

Umgelegt auf die Forschungsfrage ob und inwieweit Osteopathen Empathie nutzen um Informationen über ihre Patienten zu gewinnen und ob dies ihre weitere Behandlung beeinflusst, würde dies vom dargestellten philosophischen Standpunkt aus bedeuten, dass es über eine bewusste Einfühlung möglich sein müsste eine andere Person in ihrem ureigenen Wert, mit ihrem körperlichen, psychoemotionalen und geistigem Erleben und ihrer eigenen Wertewelt wahrzunehmen. Allerdings setzt dies einen bewussten Einfühlungsvorgang und eine gewisse innere Reife voraus.

Aus psychologischer Sicht wäre Empathie als ein wichtiges diagnostisches Werkzeug zu betrachten und man könnte mittels stellvertretender Introspektion fremde Bewusstseinsinhalte erfassen. Allerdings müsste man Augenmerk auf die Beibehaltung einer Beobachterposition legen.

Aus gesprächsorientiertem Blickwinkel könnte man durch einen einfühlsamen, wertschätzenden

und vorurteilsfreien Dialog zwischen Patient und Therapeut positive Auswirkungen auf Selbstwahrnehmung und Selbstverantwortung des Patienten erzielen.

Folgt man der angeführten neurowissenschaftlichen Sichtweise, so werden laufend über innerliche Nachahmung Gefühle und Absichten der Mitmenschen wahrgenommen. Der Grad der Aktivierung hängt jedoch unter anderem von der Aufmerksamkeit ab, die dem Objekt geschenkt wird und ob man selbst schon ähnliche Erfahrungen gemacht hat.

Aus evolutionärer Sicht dient Empathie dem Überleben und ist genetisch angelegt. Die Fähigkeit sich einzufühlen und Emotionen zu regulieren wird durch die erste Bindungserfahrung geprägt, kann aber auch später noch geschult werden. Empathische Wahrnehmung müsste demnach auch bei einer Osteopath-Patient-Beziehung ablaufen.

2.5. Mögliche Vorteile von Empathie

Soziale Isolation verdoppelt das Risiko zu erkranken bzw. zu sterben (Goleman, 2007).

Aufgrund dieser Tatsache kann man annehmen, dass ein empathisches Patienten-Therapeuten-Verhältnis als Prototyp eines sozialen und unterstützenden Umfelds an sich schon therapeutisch wirksam ist und als Substitut für fehlende positive zwischenmenschliche Beziehungen dienen kann (Hojat, 2007).

Sich-verstanden-fühlen ist ein menschliches Bedürfnis. Auch deshalb ist eine positive und empathische Patienten-Therapeuten Beziehung ein wesentlicher Faktor, der zur Gesundung beitragen kann. Weiters ermöglicht eine derartige Beziehung dem Patienten Vertrauen aufzubauen, sich dem Therapeuten zu öffnen, und eventuell wichtige Informationen zu liefern, die der Therapeut andererseits wiederum besser verstehen und verwerten kann. Der Patient wird sich außerdem eher an die Ratschläge des Arztes oder Therapeuten halten und die Wahrscheinlichkeit von gerichtlichen Klagen von Seiten des Patienten sinkt. (Hojat, 2007)

“In the practice of medicine, an empathic physician-patient relationship is regarded as the royal road to optimal care. Illness cannot be understood without understanding the patient, and healing begins, not when medicine is administered, but how it is administered.” (Hojat, 2007, S. 120) Hojat hebt mit diesem Zitat hervor, dass es in der Medizin nicht nur um fachliches Wissen, sondern auch um Zwischenmenschliches geht.

Auch dem Therapeuten kann eine positive Patienten-Therapeuten-Beziehung, gestärkt durch Empathie, helfen Stress zu reduzieren und sich so positiv auf seine eigene Gesundheit auswirken (Hess-Liebers, 1999; Hojat, 2007).

2.6. Mögliche Nachteile von Empathie

Ein möglicher Nachteil von Empathie wäre, dass man nicht mehr hinterfragt, was man zu spüren vermeint. Man könnte zu falschen, eventuell durch eigene Erfahrungen gefärbten oder voreiligen Annahmen gelangen und die Neugierde zu hinterfragen verlieren.

“Once we think we understand what another is experiencing, we perceive less need to ask, listen, and learn.” (Auster et Weiner, 2007, S.123)

Auster et Weiner empfehlen deshalb, den Begriff der Empathie im klinischen Kontext durch den Begriff “caring” zu ersetzen, um dieser Gefahr aus dem Wege zu gehen.

“The expression of caring in the clinical context is close observation, precise listening, and responsive questioning, in concert with committed engagement and actions directly addressing the patient’s problem, stripped of any assumptions about what the other might or might not be experiencing.” (Auster et Weiner, 2007, S.123)

Um voreiligen und falschen Schlüssen vorzubeugen, ist es also nötig, aufmerksam zu bleiben und immer wieder nachzufragen, um seine Wahrnehmungen abzugleichen.

Rogers zeigt die Schwierigkeiten auf sich in eine andere Person hineinzusetzen: *“Wenn ich mich einen anderen Menschen wirklich verstehen lasse, riskiere ich, durch das Verständnis verändert zu werden. Und alle fürchten wir die Veränderung. Es ist also, wie gesagt, keine leichte Sache, sich zu erlauben, ein Individuum zu verstehen, in sein Bezugssystem völlig und vollständig und mitfühlend einzutreten. Und – es ist außerdem selten.”* (Rogers, 2006, S. 34)
Es ist also kein Leichtes, sich auf sein Gegenüber wirklich einzulassen.

Preston und de Waal (2002) beschreiben, dass mitempfundene negative Gefühlszustände des Gegenübers eigene negative Zustände verstärken können, was zu Missverständnissen und Streit führen kann.

Der Therapeut muss fähig sein, seine Affekte bewusst wahrnehmen, regulieren und aushalten zu können, um dem vorzubeugen (Schore, 2007).

Weiters bleibt die Frage bestehen, inwiefern man schon selbst erlebt haben muss, was der andere erlebt, um es nachempfinden zu können. Sponzel (2009) schreibt, dass auch Einfühlung in nicht selbst Erlebtes möglich ist, da man ja auch durch Phantasie nicht reale Erlebnisqualitäten nachempfinden kann (vgl. Kap. 2.4.2.). Nach dem Perception-Action-Modell der Empathie (vgl. Kap. 2.4.4.) steigt die Empathiefähigkeit jedoch mit ähnlichen früheren Erfahrungen, da nur dann passende Repräsentationen vorhanden sind.

2.7. Körperempathie und Gegenübertragung

Die Psychoanalytikerin Waltraud Hess-Liebers versteht unter Körperempathie *“die reflektierte Wahrnehmung der körperlichen Prozesse und Erscheinungen, die im Therapeuten auftreten im Wege der Einfühlung in den Patienten.”* (Hess-Liebers, 1999, S. 314)

So können Gefühle aus dem Bereich der Propriozeption, Orgengefühle, Stechen, Druck, Schmerzen, vegetative Symptome wie Schwitzen, Niesen, Husten, Jucken, etc., aber auch Veränderungen der Körperhaltung und Bewegungsimpulse auftreten. Für Hess-Liebers sind derartige Reaktionen im Bereich der körperlich erlebten Gegenübertragung anzusiedeln und für Diagnose und Therapie von großem Nutzen. Der Therapeut kann daraus neue Erkenntnisse gewinnen und Wahrgenommenes in Worte fassen und dadurch dem Denken des Patienten zugänglich machen.

Ihrer Meinung nach ist es besonders wichtig auf die Atmung zu achten, denn die Atmung steht in naher Verbindung zur Gefühlsebene. Außerdem plädiert sie dafür, empathisches Wahrnehmen zu trainieren um es in der Therapie anwenden zu können. Der Therapeut braucht eine gute Körpereigenwahrnehmung und muss seine Selbstzustände gut regulieren können. Möglichkeiten zum Training wären z.B: körpertherapeutische Verfahren wie Konzentrative Bewegungstherapie, Funktionelle Entspannung oder Analytische Bewegungs- und Tanztherapie.

Die Arbeit mit Einfühlung ist anspruchsvoll und kann belastend sein, doch bringt die vertiefte Wahrnehmung andererseits ein Mehr an Lebendigkeit und wirkt dadurch der Gefahr eines “Burn-Out-Syndroms” entgegen. (Hess-Liebers, 1999)

Dass Hess-Liebers den Empathiebegriff mit dem Begriff der Gegenübertragung gleichsetzt, ist ein Zeichen für die Unklarheit des Empathiebegriffs.

Es wird für das allgemeine Verständnis kurz vermerkt, dass man in der Psychologie folgendes unter “Übertragung” versteht:

Es kann sein, dass der Patient in der Therapie den Therapeuten mit einem früheren, signifikanten Anderen gleichsetzt und in alte, gelernte Verhaltensmuster zurückfällt, also eine Reproduktion eines infantilen Konfliktes vornimmt (Novy, 2007). Gegenübertragung ist, wie der Therapeut auf dieses Verhalten wiederum reagiert.

Wenn es gelingt mit der Übertragung gut umzugehen und dem Patienten eine sichere und zuverlässige Basis zu bieten, auf der er vergangene Frustrationen und Konflikte bewältigen kann und die negativen Affekte zu regulieren lernt (Schoe, 2007), ist das eine sehr positive Voraussetzung für eine gelungene Patienten-Therapeuten Beziehung (Hojat, 2007). Dazu ist es nötig, dass der Therapeut die belastenden Gefühle der Gegenübertragung erspürt, erkennt, überwacht und reguliert (Schoe, 2007).

Eine osteopathische Behandlung könnte eine Regression in kindliche Verhaltensweisen aufgrund des therapeutischen Settings begünstigen, da der Patient liegt und vom Osteopathen berührt wird (Novy et Sommerfeld, 2009).

“Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die eigenen Projektionen – die sogenannte Gegenübertragung – von wahrer Empathie zu unterscheiden. In dem Maße, in dem der Therapeut sich bewusst ist, welche seiner Gefühle die seines Klienten widerspiegeln und welche aus seiner eigenen Geschichte herrühren, kann er herausbekommen, was der Klient tatsächlich fühlt. ” (Goleman, 2008, S.178) Wieder wird hier hervorgehoben, wie wichtig es für den Therapeuten ist, sich selbst zu kennen und seine Wahrnehmungen unterscheiden zu können.

2.8. Empathie in der osteopathischen Literatur

Empathie findet in der Osteopathie meist nur am Rande Erwähnung, wie bei Liem (2006), der sich in seinem Buch “Morphodynamik in der Osteopathie” mit noch wenig erforschten und beschriebenen Randgebieten der Osteopathie auseinandersetzt. Andere Autoren, wie Fryman (1998) oder Krause (2008), schreiben über “compassion” oder “Mitgefühl”. Die Überschneidung und Differenz zum Empathiebegriff wurde in Kapitel 2.1. beschrieben.

Für Fryman (1998) ist es sehr wichtig, dass sich der Osteopath ganz für den Patienten öffnet und sein gesamtes Sein als diagnostisches und therapeutisches Instrumentarium einsetzt, um den Patienten in seinem gesamten Sein wahrzunehmen und zu behandeln.

“Doch wo ist der Schlüssel, um die Tür zu öffnen, damit eine stärkere diagnostische Wahrnehmung erschlossen werden kann? Es handelt sich um das Mitgefühl.” (Fryman, 1998, S. 461)

Für Fryman ist Mitgefühl ein wesentlicher Faktor der diagnostischen Wahrnehmung. Sie führt aus: *“Mitgefühl meint nicht, dass wir von den Problemen des Patienten absorbiert werden. Andererseits dürfen wir nicht nur auf intellektuelle Art wissen, was er erfährt, sondern aufgrund unseres Verständnisses von ihm.” (Fryman, 1998, S. 461)*

Auch Fryman betont hiermit, dass eine emotionale Überbeteiligung (vgl. Kapitel 2.2.) vermieden werden sollte und es ihr um ein tieferes Verstehen (vgl. Zwick, 2004, in Kapitel 2.1.) des Patienten geht. Das zeigt an, dass sie unter Mitgefühl das zu verstehen scheint, was in dieser Arbeit als Empathie beschrieben wird.

Fryman weist darauf hin, Vorgänge im Patienten zwar mitzuerleben, aber den Beobachterstandpunkt nicht zu verlieren. So wie Rogers (2006) und Kohut (1987) empfiehlt sie die “Als-ob”-Position nicht aufzugeben.

Auch Liem (2006) spricht davon sich möglichst bedingungslos und empathisch dem Patienten gegenüber zu öffnen, um den Patienten ganzheitlich zu erfassen.

“Ganz besonders ist die Fähigkeit des Behandlers zu fördern, sich möglichst bedingungslos und empathisch dem Patienten gegenüber zu öffnen, sowie seine Intuition und sein gesamtes Bewusstseinspektrum in Beziehung zum Patienten zu setzen, um die vielfältigen, teils divergierenden Aspekte des Patienten zu erfahren.” (Liem, 2006, S.202)

“Nicht nur die bewusste körperliche Berührung, sondern die Integration aller Sinneswahrnehmungen führen in der Osteopathie zur differenzierten Diagnose und Behandlung.” (Liem, 2006, S.157)

Je mehr Wahrnehmungen der Osteopath integrieren kann, desto differenzierter wird das Bild vom Patienten und dadurch auch Diagnose und Behandlung.

Um die Offenheit für Wahrnehmungen zu steigern empfiehlt Liem die Aufmerksamkeit anfangs nicht zu fokussieren: *“Bei der ersten Berührung ist eine möglichst nicht fokussierte Aufmerksamkeit nützlich, eine bewusste Unschärfe der Aufmerksamkeit, um für möglichst alle Informationen des Organismus offen zu bleiben. Im zweiten Schritt kann es dann nötig sein, die Aufmerksamkeit auf bestimmte Regionen und schließlich lokale Stellen zu fokussieren.”*

(Liem, 2006, S. 266)

Fryman (1998) und Liem (2006) sind sich darin einig, dass es ratsam ist, die Aufmerksamkeit für die eigene Verfassung und für emotionale und intuitive Wahrnehmung zu schulen.

Krause schreibt: *“Das Mitgefühl hilft der Heilung auf vielfältige Weise. Es ermöglicht eine vom Alltag abgegrenzte, heilende Atmosphäre zu schaffen und unterstützt die Heilungsabsicht des Therapeuten.”* (Krause, 2008, S.93) Auch Krause verwendet das Wort Mitgefühl, das in dieser Arbeit nicht als Empathie gewertet wird, aber Überschneidungen zur Empathie aufweist (vgl. Kap. 2.3.).

Er beschreibt in seinem Übungsbuch *“Palpation-Wahrnehmung-Heilung”* viele Übungen, die helfen, die Selbstwahrnehmung zu steigern, beispielsweise die Wahrnehmung für den eigenen Körper zu eichen. Er betont die Wichtigkeit einer ausgeprägten Wahrnehmungsfähigkeit und Selbstwahrnehmung des Therapeuten. *“Das Resultat jeder diagnostischen und therapeutischen Methode beruht auf der Wahrnehmung des jeweiligen Therapeuten. Darum ist, neben dem Erlernen unserer Diagnose- und Therapiegriffe, auch die Kultivierung unserer Wahrnehmung wichtig.”* (Krause, 2008, S.44)

2.9. Möglichkeiten Empathie zu steigern

Die Fähigkeit zur Empathie lässt sich steigern (Hojat, 2007, Bauer, 2005, Goleman, 2007). Möglichkeiten hierfür wären Rollenspiele, gezieltes Übernehmen von Perspektiven, Imagination, das Studium von Literatur und Künsten und die Verbesserung von Erzähl- und Kommunikationsfähigkeiten. Weiters ist das gemeinschaftliche Erforschen von Gefühlen und Erlebnissen und das Trainieren der Aufmerksamkeit für nonverbale Zeichen sehr hilfreich. Auch scheinen eine lange Lebensgeschichte und Kindererziehung die Empathiefähigkeit zu steigern (Preston, 2002).

Mögliche Übungsfragen zu Perspektivenübernahme und Einfühlung wären: In welcher Situation oder Lage befindet sich X? Wie geht es X? Was fühlt X gerade? Wie würde X das sehen? Diese Fragen kann man für sich beantworten und die Vermutungen vorsichtig prüfen. Mit zunehmender Bestätigung der eigenen Vermutungen wächst die Einfühlungsfähigkeit. (Sponsel, 2009)

Da der Körper bei der Einfühlung eine wesentliche Rolle zu spielen scheint (vgl. Kapitel 2.4.1. und 2.4.4.) scheint es ratsam eine gute Körpereigen- oder Selbstwahrnehmung zu entwickeln, um die Empathiefähigkeit zu steigern. Dazu bieten sich körpertherapeutische Verfahren an (Hess-Liebers, 1999).

Es folgt nun der empirische Teil.

3. Qualitative Studie

In diesem Teil der Arbeit wird die Methode vorgestellt, mit der die sechs Interviews vorbereitet, durchgeführt und analysiert wurden.

Darauf folgt eine Auswertung der Interviews und eine Zusammenführung der herausgearbeiteten wesentlichen Punkte.

3.1. Methodologie

Es wurde eine qualitative Studie in Form von problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews durchgeführt. Sechs Osteopathen mit Berufserfahrung wurden befragt. Anschließend wurden die Interviews transkribiert und mittels der Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert, um wesentliche Punkte herauszuarbeiten.

Es folgt nun die Erklärung warum diese spezielle Methode gewählt und wie vorgegangen wurde.

3.1.1. Eine qualitative Studie in Form von problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews

Um herauszufinden, ob Osteopathen Empathie benutzen um Informationen über ihren Patienten zu gewinnen und inwieweit sie sich dessen bewusst sind, habe ich beschlossen eine qualitative Studie in Form von sechs problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews durchzuführen. Diese Methode eignet sich gut für eine theoriegeleitete Forschung, in der eine dezidierte, spezifische Fragestellung im Vordergrund steht. Die teilweise Standardisierung der Interviews durch den Leitfaden erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews. (Mayering, 2002)

Im Gegensatz zu quantitativen Studien, werden in qualitativen Studien Hypothesen generiert, die die Basis für weitere Forschung in einem noch unzureichend erforschten Gebiet, wie Empathie im osteopathischen Diagnoseprozess, bilden sollen. Daher ist auch die geringe Anzahl der Interviewpartner zulässig. (Lamnek, 2005)

Aus dem theoretischen Konzept wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, mit dem Ziel Einblicke in die Arbeitsweise der Osteopathen zu gewinnen. Die Forschungsfrage, ob Osteopathen über Empathie Informationen gewinnen, diese bewusst wahrnehmen und verarbeiten und ob dies für ihre weitere Behandlung eine Rolle spielt, soll dadurch beantwortet werden. Weiters interessierte mich, ob es auch zu körperlichen Wahrnehmungen im eigenen Körper kommt (im Sinne von Körperempathie, vgl. Kapitel 2.5.) und wie es den Osteopathen gelingt, zwischen eigenen und fremdinduzierten Wahrnehmungen zu unterscheiden und sich vom Leiden generell abzugrenzen. Auch ob die Osteopathen ihre Wahrnehmungen ansprechen und welchen Stellenwert sie der Empathie im Diagnoseprozess beimessen wurde gefragt.

Die Perspektiven und Sichtweisen der einzelnen Interviewpartner wurden herausgearbeitet und zentrale Aspekte zueinander in Beziehung gesetzt.

Diese Studie kann nur herausarbeiten, welche empathischen Wahrnehmungen die befragten Osteopathen bewusst verarbeiten und ob sie glauben, dass dies ihre Diagnose und Therapie beeinflusst. Sie kann weder herausfinden wieviel Empathie sie tatsächlich ihren Patienten gegenüber aufbringen, noch wie sehr ihnen diese in Diagnose und Therapie weiterhilft, da durch die Methode des Interviews gewonnene Informationen immer Erlebtes aus der aktuellen Sicht des Interviewpartners darstellen und somit nicht mit der vergangenen Realität an sich gleichzusetzen sind (Rosenthal, 1995).

Die Interviewpartner wurden zwar auch gefragt, ob sie die erspürten Wahrnehmungen

ansprechen, aber eher um herauszufinden, wie sie mit diesen umgehen und ob sie Wert auf eine Verifizierung legen bzw. ob diese auch gegeben ist. In dieser Studie wird das Augenmerk nicht auf empathische Kommunikation gelegt, da es um diese zu eruieren geeignetere Methoden als das einseitige Interview gibt, wie z.B. die Methode der teilnehmenden Beobachtung (Lamnek, 2005). Vor allem soll sich diese Arbeit mit Empathie im Zusammenhang mit Wahrnehmung und Diagnose beschäftigen.

Trotzdem ist es ein wichtiger Aspekt, ob die Therapeuten ihre Gefühle und Eindrücke nicht nur bewusst wahrnehmen, sondern auch ausdrücken und kommunizieren können (vgl. Kapitel 2.4.3.).

3.1.2. Durchführung und Auswertung

Mit Hilfe der problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews ist nicht herausfindbar, wieviel Empathie vonseiten der Osteopathen tatsächlich verwendet wird und inwiefern diese genutzt wird (siehe Kapitel 3.1.1.). Es kann aber herausgefunden werden, wie viele und welche Wahrnehmungen, über Sprache und Palpation von Strukturen und Bewegungen hinaus, den Interviewpartnern momentan bewusst sind und mitgeteilt werden können. Sollten Aussagen über das psychische Befinden der Patienten, deren Charakter oder Wünsche, gemacht werden, könnte man davon ausgehen, dass Empathie im Spiel ist, da es durch die stellvertretende Introspektion der Empathie möglich sein müsste, wesentliche Informationen über psychoemotionale Inhalte (vgl. Kohut in Kapitel 2.4.2.) des Patienten zu bekommen und sein inneres Bezugssystem zu erfassen (vgl. Kapitel 1.3.). Sollten die befragten Osteopathen berichten, dass sie aus Körpersprache oder Reaktionen des Patienten Schlüsse ziehen, ist dies als empathische Wahrnehmung zu verstehen, da sie durch innerliches Nachahmen mithilfe ihres “nonverbalen Affektlexikons” zum Verständnis des Patienten gelangen. Zum Deuten des nonverbalen Ausdrucks ist ein gewisses Hineinversetzen oder Nachvollziehen der präsentierten inneren und äußeren Haltung oder Handlungsabsicht nötig. (vgl. Kapitel 2.4.4.)

Es handelt sich um eine offene, teilstandardisierte Befragung. Es wurden sechs Osteopathen mit mindestens fünfjähriger Berufserfahrung befragt. Alle sind Absolventen der Wiener Schule für Osteopathie. Es wurden erfahrene Osteopathen gewählt, da angenommen wurde, dass diese in Befundung und Behandlung bereits routiniert sind und dadurch einerseits möglicherweise ausgereifter in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit sind und andererseits über ein größeres

Erfahrungsrepertoire verfügen. Ursprünglich wurden drei Männer und drei Frauen gewählt. Nachdem ein Interview aufgrund eines Tonbanddefektes wiederholt werden musste und sich kein weiterer männlicher Osteopath zum Interview finden ließ, fiel die Verteilung letztlich auf zwei Männer und vier Frauen.

Mit dem ersten Probeinterview zeigte sich der entwickelte Leitfaden als geeignet für die Fragestellung. Die qualitativ wertvollen Daten dieses Interviews wurden daher in diese Arbeit aufgenommen.

Den Interviewpartnern wurde als Thema der Masterthese “Wahrnehmung und Diagnose in der Osteopathie” mitgeteilt, um eine inhaltliche Beeinflussung in Richtung Empathie zu vermeiden. Das heißt die befragten Osteopathen wussten nicht, dass es in dieser Arbeit um Empathie geht. Die erste Frage wurde bewusst sehr offen und unspezifisch gehalten (die Frage nach dem üblichen Ablauf einer Anamnese oder Behandlung anhand eines speziellen Falles), um den Interviewten zum freien Sprechen zu bewegen und eventuell auch in dieser weitläufig formulierten Frage schon Antworten auf das Vorhandensein von empathischer Wahrnehmung zu gewinnen (Lamnek, 2005).

Ziel war es, dass sich der Interviewte möglichst frei äußert und dadurch einen Einblick in seine Relevanzstruktur und Erfahrungshintergründe gewährt. Dies wurde durch aufmerksames und aktives Zuhören unterstützt. (Rosenthal, 1995)

Der Interviewleitfaden diente als Orientierung und lenkte die Interviewten auf bestimmte Fragestellungen hin (Mayring, 2002).

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, wörtlich transkribiert und anschließend getrennt analysiert, um die wesentlichen Inhalte zu eruieren und miteinander vergleichen zu können. Da besonders thematisch-inhaltliche Informationen interessieren und um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten, wurden in einer zweiten Überarbeitung der Transkripte Sprechpausen, “Ahs” und sonstige, den Inhalt nicht verändernde, überflüssige Äußerungen und Wiederholungen weggestrichen und der Dialekt großteils in normales Schriftdeutsch übertragen, wie es in der Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) vorgeschlagen wird.

Als Auswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Dazu wird das Material in sogenannte Kodier- und Kontexteinheiten zergliedert und schrittweise bearbeitet. Im ersten Analyseschritt der Paraphrasierung wird der Textkorpus zusammengefasst. Auf der Ebene der Generalisierung wird dieser auf ein höheres Abstraktionsniveau gebracht. Im dritten Schritt der Reduktion werden Kategorien herausgearbeitet und miteinander in Beziehung gebracht.

“Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten

bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.” (Mayring, 2003, S. 58)

Die entstandenen komprimierten Aussagen können als Kategoriensystem verstanden werden. Dieses wird im Zusammenhang der Fragestellung interpretiert und die einzelnen Interviews werden untereinander verglichen. (Mayring, 2003)

Ich möchte dies vorwegnehmen: Es wurde versucht Wahrnehmungen, die über das direkt Gesagte und über das Erfühlen von Struktur und Bewegung hinausgehen, zu eruieren, da diese am ehesten Rückschlüsse auf empathisches Empfinden zulassen. In Folge werde ich diese oft als “außergewöhnliche Wahrnehmungen” bezeichnen, nicht weil sie tatsächlich außergewöhnlich sind, sondern um die lange Wendung “Wahrnehmungen, die über das Sprachliche und über Struktur und Bewegung hinausgehen”, zu vermeiden. Es geht also nicht um jene Informationen, die üblicherweise im osteopathischen Anamnesebogen aufscheinen, wie Patientendaten, Status, Beweglichkeit, etc.

Der nun folgende Teil beschäftigt sich mit der Analyse der Interviews.

3.2.Interview Frau A - “*Läsion bleibt Läsion*”

Ich habe den Satz “*Läsion bleibt Läsion*” als prägnanten Satz von Frau A herangezogen, da Frau A eine recht rationale Sicht der Dinge an den Tag legt. Es fällt ihr schwer zu beschreiben, wie sie zu manchen Eindrücken gelangt ist und sie glaubt nicht, dass ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen ihre Behandlung beeinflussen.

Nichtsdestotrotz achtet sie durchaus auf Körpersprache und Reaktionen ihrer Patienten, reflektiert sich selbst und legt ihren Patienten gegenüber eine empathische Haltung an den Tag.

3.2.1.Außergewöhnliche Wahrnehmungen

Auf die Frage was Frau A bei einem speziellen Patienten über das Sprachliche hinaus noch in der Anamnese wahrgenommen hat, antwortet sie:

“eigentlich, wie er auf die Frage reagiert, also nicht nur was er dann sagt, sondern wie reagiert er, was weiß ich, wenn ich jetzt frag 'Beruf?', dann überlegen manche, was sie jetzt sagen sollen oder jetzt bei Schmerzen, wie genau sie's angeben können oder ob sie herum...also von der Körperhaltung und der Körpersprache, wie sie's ausdrücken, das sagt mir auch ein bisserl von der Lebensenergie her, also wie sie sprechen oder wie's emotional aussieht.” (Interview A, Zeile 16-20)

Frau A bestätigt hier, dass sie sehr wohl auch auf die Körperhaltung und Körpersprache des Patienten achtet und dass sie nicht nur aus dem Gesagten, sondern auch aus der Art und Weise, wie der Patient reagiert und sich ausdrückt, Rückschlüsse auf dessen Emotionen und “Lebensenergie” macht.

Auf die Frage, wie sie das wahrnimmt, kann sie nur schwer antworten:

“mmm, ja, ich registrier es einfach einmal und inwieweit quasi auch emotional, wie viel da emotional auch dabei ist, wieviel emotionalen Stress er hat, wie viel da körperlich ist oder sehr viel auch emotional dahinter steht und ja.....aber das ist so irgendein... mehr Intuition.

(Interview A, Zeile 25-28)

Dieses Phänomen des Einfach-fühlens, nicht in Worte fassen und beschreiben können oder von Intuition zu sprechen, habe ich bei fast allen Interviews gefunden und möchte es deshalb im Anschluß (siehe Kapitel 3.8.2.) noch getrennt besprechen. Auch an späterer Stelle wiederholt Frau A: *“spüren tut man so den Eindruck, dass manche Läsionen eher emotional sind, wobei ich gar nicht so sagen kann, was jetzt ist....”*(Interview A, Zeile 37-38)

Frau A kann nicht beschreiben wo und wie sie erfühlt, dass eine Läsion einen emotionalen Hintergrund hat, noch kann sie sagen, was genau dahinter steht, trotzdem gewinnt sie den Eindruck.

3.2.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen

Frau A nimmt auch manchmal Farben wahr. Dies taucht bei insgesamt zwei Interviews auf. Sie spricht dies gegenüber ihren Patienten jedoch niemals an, selbst wenn sie denkt, es steht etwas Emotionales dahinter. (Interview A Zeile 49-52)

Generell gibt sie an, dass es auf den Patienten ankommt, ob sie ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen ausspricht (Interview A, Zeile 54). Wenn sie diese allerdings nicht anspricht, weiß sie nicht, ob ihre Empfindungen richtig waren (Interview A, Zeile 62-63). Wenn sie sie

verbalisiert, werden ihre Wahrnehmungen manchmal bestätigt, manchmal nicht. In letzterem Fall hat sie die Vermutung, dass es sich vielleicht eher um ein älteres Trauma handelt, das für den Patienten nicht an der Oberfläche und ihm daher nicht bewusst ist. (Interview A, Zeile 67-68). Dies deutet an, dass ein Ansprechen der außergewöhnlichen Wahrnehmungen sowohl Sicherheit geben, als auch bei Nicht-Bestätigung möglicherweise irritieren kann. Allerdings hilft das Ansprechen laut Novy (2007) Wahrgenommenes zu bestätigen oder zu widerlegen und so den Sachverhalt und den Patienten vollständig zu erleben (vgl. Kapitel 2.4.3.). Vielleicht würde es Frau A leichter fallen ihre Wahrnehmungen anzusprechen, wenn sie diese besser in Worte fassen könnte. Für Rogers (2006) ist es wichtig nicht nur Zugang zu seinen Gefühlen zu haben, sondern diese auch ausdrücken zu können (vgl. Kapitel 2.4.3.).

3.2.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung

Frau A glaubt nicht, dass ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen ihre weitere Behandlung beeinflussen. *“Läsion bleibt Läsion”* (Interview A, Zeile 45)

Die Aussage, dass ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen ihre weitere Behandlung nicht beeinflussen, wirkt ambivalent, bezogen auf ihre vorangehende Aussage, dass sie bewusst auf Reaktionen, Körpersprache und Ausdruck ihrer Patienten achtet, um Rückschlüsse auf Emotionen und *“Lebensenergie”* machen zu können.

3.2.4. Abgrenzung

Auf die Frage, wie sie wahrnimmt, ob eine Empfindung von ihr selbst oder vom Patienten kommt, antwortet sie mit:

“Das ist schwierig zu sagen, ja (lacht),...ja, das ist schwierig. Man kann’s, glaub ich, nie wissen, wie viel jetzt auch von einem selber mitkommt, man kann nur schauen, dass man sich selber so gut wie möglich kennt und auch irgendwie drauf schaut, dass man so stabil ist, dass man auch eine neutrale Haltung einnehmen kann, ja, wenn man selber irrsinnig aufgewühlt ist und selber mehrfach belastet ist,... und da denk ich mir... wenn so ein Eindruck kommt, dann muss ich mir einfach überlegen, ist der jetzt vom Patienten oder von mir. Wenn ich mir aber denk, ja, ich bin quasi neutral, so denk ich mir ist die Abgrenzung vielleicht.” (Interview A, Zeile 78-84)

Sie empfiehlt also, sich selbst möglich gut zu kennen, darauf zu achten stabil zu sein, um eine neutrale Haltung einnehmen zu können und gewonnene Empfindungen zu reflektieren. Sie versucht neutral zu bleiben. Ihr ist bewusst, dass das Einordnen der Wahrnehmungen schwierig ist (vgl. Damasio, 2004, in Kapitel 2.3.2.) und wie Herr D, dessen Interview an späterer Stelle folgt, versucht sie daher rational zu ergründen, woher die Wahrnehmung kommen könnte. Diesbezüglich geht sie mit Hojat (2007) konform, der betont, dass Empathie vom Verstand geleitet sein sollte (vgl. Kapitel 2.2.).

Auf die Frage, wie sie sich vom Leiden an sich abgrenzt, antwortet sie, dass sie sich nicht mehr alleine verantwortlich für den Schmerz fühlt, dass sie versucht eine Grenze zwischen dem Patienten und sich zu ziehen und dass sie Schmerz als dazugehörig und nicht mehr nur negativ wahrnimmt. (Interview A, Zeile 100-106)

Frau A hat also einerseits ihre Einstellung zum Schmerz geändert und andererseits versucht sie Distanz zu wahren, um eine emotionale Überbeteiligung, die ihr Urteilsvermögen beeinflussen könnte und ein Mitleiden verursacht (vgl. Kapitel 2.2.), zu verhindern. Man könnte diese Grenze zwischen sich und dem Patienten als ein Beibehalten der “Als-ob”-Qualität (vgl. Rogers, 2006, in Kapitel 2.4.3.) werten.

3.2.5. Wahrnehmung des Leidens

Frau A gibt an, dass sie das Leiden ihrer Patienten über deren verbalen Ausdruck und die Körpersprache, über den Gesamteindruck des Patienten, wahrnimmt. (Interview A, Zeile 86-89)

Frau A nutzt also ihre Empathiefähigkeit und ihr “nonverbales Affekt-Lexikon” (vgl. Kapitel 2.4.4.), um sich einen Eindruck vom Leiden des Patienten zu machen.

Sie sagt, dass sie früher, wenn sie viel von Schmerzen erzählt bekam, dies schon nicht mehr hören konnte und es ihr fast selber körperlich wehgetan hat, aber dass ihr das schon lange nicht mehr passiert (Interview A, Zeile 93-98). Vielleicht weil sie gelernt hat, sich besser davon abzugrenzen (siehe 3.2.4.).

Dem Patienten in seinem Leiden gegenüber nimmt sie eine sehr empathische Haltung ein, denn sie versucht ihn mit seinem Problem ernst zu nehmen, ihm dies auch zu vermitteln und ihm zu zeigen, dass er in guten Händen ist, was für sie unter Umständen auch bedeutet, ihm Alternativen zur Osteopathie aufzuzeigen (Interview A, Zeile 109-117). Dieses Ernstnehmen, Verständnis vermitteln und kongruent bleiben (also Alternativen aufzeigen, wenn sie nicht weiterhelfen kann)

kann als empathische Kommunikation im Sinne von Rogers (2006, vgl. Kapitel 2.4.3.) gewertet werden.

3.2.6. Stellenwert der Empathie

Befragt, welchen Stellenwert Empathie im Diagnoseprozess einnimmt, antwortet Frau A mit:

“Ich glaub, Empathie ist sowieso dabei. Ja. Im Diagnoseprozess...hm....naja, kann ich jetzt gar nicht sagen...ja...also ich find’s schon wichtig, dass der Patient vor mir sitzt und ich ihn gspür. Wenn ich jetzt nur einen Fall lese, also Befunde und Krankengeschichte und hin und her, das alleine wär mir irgendwie zu wenig, also von dem her find ich’s schon wichtig im Diagnoseprozess. Ja.” (Interview A, Zeile 119-124)

Frau A teilt die Auffassung von zitierten Neurowissenschaftlern (vgl. Kapitel 2.4.4.), dass Empathie ein automatisch ablaufender Prozess ist. Dass es ihr wichtig ist, den Patienten sich gegenüber zu haben, um ihn sehen und “gspürn” zu können, zeigt an, dass sie Empathie tatsächlich nutzt, um Informationen über den Patienten im Rahmen der Diagnosestellung zu bekommen.

3.3. Interview Frau B - *“Tränen in den Augen”*

Das Auffällige an Frau Bs Interview ist, dass sie viele Informationen über Empathie zu gewinnen scheint, diese bewusst einordnen kann und sie ihre Behandlung lenken. Allerdings gibt sie auch an, manchmal *“Tränen in den Augen”* zu haben und dass ihr manches weh tut und ans Herz geht, was ihrer Aussage, dass sie versucht neutral zu bleiben, widerspricht. Der Literatur folgend kann dies als emotionaler Aufruhr durch ein Zuviel an Sympathie (vgl. Kapitel 2.2.) eingeordnet werden.

3.3.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen

Auf die Frage, was Frau B bei der Anamnese über das Sprachliche hinaus noch auffällt, gibt sie an, dass sie bemerkt, wenn eine Frage sehr schnell beantwortet wird. Dann nimmt sie an, dass nicht ganz die Wahrheit gesagt wurde bzw. etwas dahinter versteckt ist. Sie schließt also aus den Reaktionen ihrer Patienten, was als empathischer Vorgang gewertet werden kann. Denn folgt man dem Perception-Action-Modell der Empathie (vgl. Kapitel 2.4.4.), so aktiviert eine schnelle Reaktion des Patienten ihre Repräsentation für schnelles Antworten und ermöglicht ihr dadurch ein Verstehen seines Verhaltens.

Weiters beobachtet sie genau den Umgang der Eltern miteinander und mit dem Kind genau (Frau B ist auf Kinder spezialisiert) und zieht Rückschlüsse daraus, wie sich das Kind in der Familie fühlt. Das kann als empathischer Vorgang bezeichnet werden, da sie die Lage des Kindes aus Sicht des Kindes nachzuvollziehen versucht. Sie versucht zu erspüren, ob es da Spannungen gibt und ob sich das Kind geborgen fühlt (Interview B, Zeile 60-73). Sie beschreibt hiermit kognitive Empathie (vgl. Kapitel 2.3.2.), die sich dadurch auszeichnet, dass das Subjekt willkürlich versucht, sich in die Situation und Gefühlslage des anderen zu bringen und dessen Perspektiven zu übernehmen.

Frau B gewinnt auch viele Informationen über eine Methode, bei der sie den craniosacralen Rhythmus des Kindes erspürt und dann den Eltern gezielt Fragen über Schwangerschaft, Konzeption u.ä. stellt und die Reaktionen des craniosacralen Systems erspürt (Interview B, Zeile 77-88), was wiederum nicht unbedingt in den Bereich der Empathie fällt, da sie die Reaktionen über ihre Hände anhand des craniosacralen Rhythmus erspürt.

Anders schaut es mit dieser Wahrnehmung aus: *“wenn ich zum Beispiel merk, dass im Familiensystem was nicht stimmt, kann ich sehr wohl das kleine Familiensystem spüren und spüren, ob ein vermehrter Druck da ist, oder ein Loch da ist, ob etwas fehlt”* (Interview B, Zeile 107-109).

Hier scheint sie mittels emotionaler Empathie vorzugehen (vgl. Kapitel 2.3.1.). Das heißt sie hat zuerst körperliche Wahrnehmungen und versucht diese in einem zweiten Schritt kognitiv zuzuordnen.

Frau B gibt an, dies über die Schwingungen des Therapieraums zu fühlen:

“ich kann dann wahrnehmen, wenn sozusagen die Anamnese eine längere Zeit dauert, dass der Therapieraum, der verändert sich natürlich. Jedes Betreten eines Menschen verändert den Therapieraum, aber wenn dann eine längere Zeit die Eltern bereits da sind, oder die Kinder da

sind, kann ich sehr wohl einen Unterschied wahrnehmen, ob sich der Raum sozusagen wieder mit diesen Schwingungen füllt oder auch nicht. Wenn ich einfach merk, das ist nicht der Fall, dann muss ich mal spüren, ist das im Familiensystem irgendwas, wo sozusagen das System etwas braucht und sich zum Beispiel das Kind nicht wohlfühlt, so dass es schreit.” (Interview B, Zeile 114-120)

Diese Schwingungen kann Frau B im ganzen Körper spüren (Interview B, Zeile 123). Dies scheint ein empathischer Vorgang zu sein, da Frau B sich in ein anderes System hineinversetzt. *“Empathie [...] erfordert als tieferes Verstehen ein Sichhineinversetzenkönnen in Situation und Gefühlslage eines anderen [...]. Empathie bedeutet letztlich, die Perspektive eines anderen übernehmen zu können, sein inneres Bezugssystem erfassen zu können.”* (Zwick, 2004, S.90) Auch das Hineinversetzen in ein Familiensystem und das Erfassen dieses Bezugssystems kann demnach als Empathie gewertet werden.

Frau B gibt weiters an, vergessene bzw. nicht erzählte Unfälle zu erspüren, sowie Reisen in der frühen Schwangerschaft und kürzliche Impfungen (Interview B, Zeile 142-152, 187-193, 169-170).

Auch Herr D und Frau E geben an, vergessene Unfälle zu erspüren. Da dies mit den Händen, über die Gewebequalität und das craniosacrale System, erspürt wird, werde ich es nicht also empathische Wahrnehmung und gehe nicht näher darauf ein. Auch Impfungen scheinen über die Qualität des Gewebes fühlbar zu sein. Um zu erfahren, wie man Reisen in der frühen Schwangerschaft erspüren kann, hätte es einer Nachfrage bedurft, die leider versäumt wurde.

Weiters erspürt Frau B, ob während der Schwangerschaft ein Zwilling da war (Interview B, Zeile 154-156), was sie nicht nur mit ihren Händen, sondern auch im Körper spürt (Interview B, Zeile 162-163) und nachdem eine Zwillingsschwangerschaft meines Wissens nach nicht an der Qualität des Gewebes festgestellt werden kann, ist das wahrscheinlich wieder ein Beispiel für empathisches Erspüren.

Auch gibt Frau B an, Verunsicherung oder Aggression der Eltern wahrzunehmen (Interview B, Zeile 181-184), also den emotionalen Zustand der Eltern nachempfinden zu können.

3.3.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen

Da Frau B hauptsächlich mit Kleinkindern arbeitet, hat sie oft nicht die Möglichkeit ihre Wahrnehmungen direkt mit diesen zu besprechen. Wenn sie die nicht erzählten Unfälle, die Reisen in der frühen Schwangerschaft, die Impfungen, aber auch die

Zwillingsschwangerschaften anspricht, so werden diese von den Eltern bestätigt (Interview B, Zeile 152, 154-156, 187-193). Leider wurde nicht nachgefragt, ob sich auch die Wahrnehmungen über das Familiensystem bestätigen. Es ist denkbar, dass diese Wahrnehmungen, wegen ihrer intimen Brisanz, besonders schwierig anzusprechen sind.

3.3.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung

Frau B gibt an, dass ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen durchaus die Art und Weise der folgenden Behandlung beeinflussen, da sie anhand dieser entscheidet in welcher Zone sie das Kind behandelt und ob sie auch die Mutter in die Behandlung miteinbezieht (Interview B, Zeile 130-142). Auch geht sie anders mit den Patienten oder Eltern um, wenn sie deren Aggression oder Verunsicherung spürt. Die außergewöhnlichen Wahrnehmungen haben also unmittelbaren Einfluss, nicht nur auf die zwischenmenschliche Interaktion, sondern auch auf die Art und Weise der Behandlung.

3.3.4. Abgrenzung

Frau B bemerkt, dass eine Empfindung vom Patienten und nicht von ihr kommt, daran, dass sie vorher nicht da war und dass es sich bei jedem Patienten anders anfühlt (Interview B, Zeile 176-179). Außerdem weiß sie, was sie irritiert und *“aus der Mitte bringt”* und damit ihr Wahrnehmungsvermögen beeinträchtigt (Interview B, Zeile 225-236).

Das spricht dafür, dass Frau B eine gute Körpereigenwahrnehmung besitzt und dadurch die “fremden” Wahrnehmungen gut wahrnehmen und einordnen kann. (vgl. Kapitel 2.7.)

Vom Leiden der Patienten grenzt sie sich ab *“indem ich einmal tief durchatme oder dass ich mir sag, das ist halt nun einmal so, das gehört zum Leben dazu. Ich grenz mich oft dadurch ab, dass ich relativ viele Patienten hab und dadurch dass ich alle halben Stunden einen neuen Patienten hab ist das relativ schnell wieder....bin ich beim Nächsten. Und am Abend besprech ich das dann mit Kollegen oder geh laufen oder so”* (Interview B, Zeile 252-256)

Diese Art der Normalisierung des Schmerzes (“das ist halt nun einmal so”, “weh tut bald einmal

irgendwem irgendwas”) verwendet auch Frau F, um mit dem Leiden der Patienten umzugehen. Fraglich ist, ob die Tatsache alle halben Stunden einen neuen Patienten zu behandeln, sodass keine Zeit zum Nachdenken bleibt, eine gute Abgrenzungsmöglichkeit darstellt.

Auch gibt Frau B an, *“soweit als möglich schau ich, dass ich neutral bleib”*. Das kann als Abgrenzungsstrategie gewertet werden.

3.3.5. Wahrnehmung des Leidens

Frau B sagt aus, dass sie das Leiden ihrer Patienten am verbalen (Geschrei) und nonverbalen Ausdruck des Kindes abliest. Weiters *“kann man [das] auch von den Geweben her unterschiedlich wahrnehmen. Wenn Schocksituationen sind, ist es meistens der Nabelbereich und der Brustkorbbereich. So einen tiefen seelischen Schmerz fühlt man dann so insgesamt im Flüssigkeitsbereich, dass sich der kaum bewegt und ich selber spür das schon an mir, dass es ans Herz geht oder dass ich Tränen in den Augen hab, vor allem so diese frühgeburtlichen Geschichten oder vor-der-Geburt-Geschichten, sind oft sehr schmerzhaft, auch für die Familie und das tut halt weh. Ich hab halt für mich die Philosophie: Das gehört einfach dazu”* (Interview B, Zeile 240-248)

Sie scheint also den Schmerz auch auf einer körperlichen Ebene nachzuempfinden und rettet sich durch eine Normalisierung des Schmerzes.

Dies wirft die Frage auf, warum sie hier zum Mitleiden gezwungen ist und den Schmerz so unmittelbar und körperlich erfährt.

Hojat (2007) postuliert, dass das Teilen der Emotionen des Patienten, das den wesentlichen Anteil der Sympathie ausmacht, zu einem emotionalen Aufruhr führen, die Leidensfähigkeit des Therapeuten strapazieren und das professionelle Urteil beeinträchtigen kann. Emotionale Überbeteiligung sollte deshalb im klinischen Kontext vermieden werden. Statt dessen sollte man die Perspektive des Patienten sehen können, ohne die eigene Sichtweise und seine professionelle Rolle und Verantwortung aus den Augen zu verlieren. (vgl. Kapitel 2.2.)

Möglicherweise widersprechen sich bei Frau B auch Theorie und Praxis, denn auf die Frage, welche Haltung sie dem Leiden gegenüber einnimmt, sagt sie: *“Soweit als möglich schau ich, dass ich neutral bleib. Ich schau, von wo das Leiden herkommt, von welcher Struktur das*

kommt, ich schau was die Ursache ist, wie ich unterstützen kann, verbessern oder erklären, weil oft hilft es den Eltern, einmal zu erklären warum das Kind schreit. Das nimmt so viel Druck weg und dann schreien die Kinder schon automatisch weniger.”(Interview B, Zeile 259-263). Hier gibt sie also an, dass sie versucht neutral zu bleiben und professionell und rational zu handeln, was den *“Tränen in den Augen”* widerspricht. Frau B erzählt, dass es ihr nur ein einziges Mal wirklich schlecht gegangen ist, das war als sie einen Fall von Kindermißhandlung hatte und in diesem Fall führte es sie dazu, dass sie deshalb sowohl die Pflegepersonen, als auch die zuständige Kinderärztin darauf ansprach (Interview B, Zeile 263-274).

Eine andere Erklärungsmöglichkeit dafür, dass Frau B angibt *“ich selber spür das schon an mir, dass es ans Herz geht oder dass ich Tränen in den Augen hab”* und zugleich aussagt *“soweit als möglich schau ich, dass ich neutral bleib”* wäre, dass gerade frühgeburtliche und vor-der-Geburt-Geschichten an eine persönliche Problematik rühren und es ihr deshalb hier nicht möglich ist neutral zu bleiben.

3.3.6. Stellenwert der Empathie

Danach befragt, welchen Stellenwert Empathie, ihrer Meinung nach, im Diagnoseprozess einnimmt, sagt Frau B: *“Also, jetzt einfach mal bei der Anamnese ist Empathie nicht so wichtig, aber um es zu verstehen, wie etwas so läuft, wenn so eine kleine Familie kommt, wo’s Kinder gibt, ist Empathie das Wichtigste, auf einer Seite auch wichtig einmal selber Mutter gewesen zu sein oder Vater gewesen zu sein, um das alles auch besser zu verstehen. Auch von dieser Seite her, denk ich, dass das wichtig ist, aber um die Diagnose herauszufinden ist es nicht so wichtig. Aber um das Kind wirklich allumfassend unterstützen zu können und sozusagen nicht nur die Struktur mitzunehmen, sondern alles, was zur Struktur dazugehört, die Flüssigkeiten oder das Leben im Fruchtwasser, wenn da jetzt die Problematik ist, ist Empathie sehr wichtig. Aber ich glaub nicht, dass es wichtig ist, dass man Empathie mit dem Schmerz hat. Das seh ich auch bei den Erwachsenen. Es ist wichtig sich nicht empathisch zu verhalten oder irgendwie symbiotisch zu verhalten zum Schmerz. Ich glaub, dass das sehr wohl hemmend sein kann.”* (Interview B, Zeile 282-292)

Frau B nimmt hier eine in der Literatur unübliche Trennung vor. So meint sie, dass Empathie in der Anamnese und im Diagnoseprozess nicht so wichtig ist, aber um die volle Problematik und

Familiensituation verstehen und unterstützen zu können ist Empathie sehr wichtig. Diese Trennung erscheint insofern schwer nachvollziehbar, weil das Verstehen der vollen Problematik mit allen Aspekten und im Zusammenhang mit der ganzen Person das Ziel von Anamnese und Diagnose in der Osteopathie ist (vgl. Liem et Dobler, 2002 in Kapitel 1.3.).

Frau B scheint es wichtig zu sein, selbst einmal Mutter oder Vater gewesen zu sein, um sich besser von der elterlichen Seite her in ein Familiensystem einfühlen zu können. Damit untermauert sie die Theorie, dass das Einfühlungsvermögen mit passenden früheren Erfahrungen steigt (vgl. Kapitel 2.4.4.).

Sie betont, dass es wichtig sei, keine Empathie oder Symbiose mit dem Schmerz zu haben, da dies hemmend sein kann und auch hier deckt sich dies mit den Aussagen von Hojat (2007), der postuliert, dass ein Teilen der Gefühle zu einem emotionalen Aufruhr führen und die Urteils- und Handlungsfähigkeit beeinträchtigen kann (vgl. Kapitel 2.2.). Allerdings scheint sie sich selbst zu widersprechen indem sie sagt: *“ich selber spür das schon an mir, dass es ans Herz geht oder dass ich Tränen in den Augen hab”* und *“das tut halt weh”*.

3.4. Interview Herr C - *“auf allen Ebenen und mit allen Sinnen”*

Herr C versucht seine Patienten so vielschichtig und präzise wie möglich *“auf allen Ebenen und mit allen Sinnen”* wahrzunehmen. Dass ihm dies auch gelingt, zeigen die vielen Informationen, die er von den Patienten sammelt. Empathie ist für ihn eine der Wahrnehmungsquellen.

Herr C ist der einzige Interviewpartner, der angibt, die Schmerzen seiner Patienten manchmal auch körperlich in der betreffenden Region nachzuempfinden.

3.4.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen

Herr C fällt dadurch auf, dass er auf die erste Frage, die Frage nach der Schilderung eines speziellen Falles, mit einer sehr ausführlichen Schilderung des Aussehens und des Zustandes des

Patienten antwortet. Außerdem gibt er an, dass dieser sehr nervös war. Allerdings bezieht er diesen Rückschluss auf den inneren Zustand aus der Kaltschweißigkeit und dem schnellen Puls des Patienten (Interview A, Zeile 6-17), was also noch kein direkter Hinweis auf ein empathisches Empfinden ist.

Auf die Frage, was er über die Sprache hinaus noch von den Patienten wahrnehmen kann, antwortet er mit: *“man kann Patienten in allen möglichen Befindlichkeiten spüren [...] und wenn man die Patienten angreift und sie spürt, dann kann man spüren, wie ist sein Energielevel, wie ist sein Selbstwertgefühl, ist er streng oder wie viel Liebe gibt er sich selbst, und was für einen Platz hat die Liebe, man kann manchmal spüren, dass jemand aktuell sehr verliebt ist, man kann spüren, wo die Liebe irgendwie sitzt, wie weit sie rauskommt oder ob sie zurückgehalten wird,....man kann die Kommunikationsfähigkeit des Patienten spüren, man kann das nicht nur übers Akustische, sondern auch energetisch wahrnehmen, man kann seine Emotionsfähigkeit spüren, seine Konzentrationsfähigkeit.....”* (Interview C, Zeile 61-69)

Herr C gibt an die Patienten zu berühren, um auf diese Informationen zu kommen. Allerdings können die wahrgenommenen Qualitäten nicht mithilfe einer normalen Palpation erfüllt werden, weshalb Rückschlüsse auf empathische Wahrnehmungen zulässig sind.

Auf die Frage, wie er dies wahrnimmt antwortet er: *“Also, das passiert eigentlich auf allen Ebenen und mit allen Sinnen. Wenn jemand bei der Tür reinkommt, nimmt man zuerst einmal die Gestalt als Ganzes wahr und vielleicht auch seine Ausstrahlung, und die Farbe der Haut, die Beschaffenheit der Haare, dann das Gewebe, den Glanz der Augen, die Körperhaltung, das Alter, das Geschlecht, etc. [...]in der Anamnese, da erfährt man ja wieder was, da erfährt man was übers Leben des Patienten, man hört ihn, wie er spricht, man kann daraus schließen, was er für einen Kulturstatus hat, was er für eine Ausbildung hat, aus welcher sozialen Schachtel er kommt, was er beruflich macht, wieviel er verdient, was er für ein Weltbild hat, das nimmt man weiters wahr, also man bekommt wieder hunderte von Informationen [...] dann spürt man den Tonus der Haut, dann die Feuchtigkeit oder Trockenheit der Haut, die Beschaffenheit des Gewebes, Muskel- und Bindegewebsanteil, naja gut, alles, man riecht ihn [...]und das ist alles noch im materiellen Bereich und dann ist noch diese Möglichkeit der energetischen Diagnose, da greif ich den Körper ab und dann spür ich einmal ganz banal Wärme und Kühle [...]Aber dann gibt's noch sowas, dann gibt's noch eine andere Qualität, die man nicht beschreiben kann, das ist nicht Wärme, das ist nicht Kälte, das ist wie, das ist wie ein.....also mich erinnert's ein bisschen, an das Gefühl das ich hatte, als ich als Kind mit Magneten gespielt habe, die sich*

abstoßen, [...] und in diesem Bereich kann man dann leicht Fülle oder Leere spüren oder mangelnde Durchgängigkeit oder das sind schon Dinge, wo ich keine Möglichkeit hab das sprachlich zu beschreiben.” (Interview C, Zeile 72-117)

Herr C scheint also tatsächlich auf allen Ebenen und mit allen Sinnen (optisch, akustisch, taktil, olfaktorisch, energetisch, empathisch) sehr aufmerksam wahrzunehmen. Rückschlüsse aus der Körperhaltung und der Art, wie der Patient spricht, sowie Aussagen über das Weltbild des Patienten scheinen eindeutig empathisch gewonnene Wahrnehmungen zu sein (vgl. Kapitel 3.1.2.).

Weiters äußert er sich: *“Ja, während der Behandlung, spüre ich sehr oft emotionale Zustände der Patienten und spüre sehr häufig etliche Sekunden oder Minuten [...]spür oft emotionale Ausbrüche der Patienten im Vorhinein, also am häufigsten passiert Weinen, im Sinne von Spannungslösung oder weil eine Emotion, meistens irgendwas Trauriges, sich aktiviert im Laufe der Therapie und das spür ich schon im Vorhinein, wenn das kommt, aber es sind auch andere Formen des Ausdrucks möglich, es gibt auch Patienten, die lachen, wenn ein Release stattfindet, ja, die dann lachen. Oder....ja, mit der Zeit hab ich das Gefühl, dass die Fähigkeit der Empathie bei mir größer geworden ist und ich habe eigentlich das Gefühl, oft sehr rasch einen Kontakt mit dem Patienten zu haben und spüre, was bei denen los ist, man kann sich natürlich auch mal irren, aber im Großen und Ganzen stimmt das meistens.*“ (Interview C, Zeile 120-130)

Herr C spürt also emotionale Befindlichkeiten und emotionale Ausbrüche der Patienten im Vorhinein, was dafür spricht, dass er dies mittels Empathie erfühlt. *“Empathie [...] erfordert als tieferes Verstehen ein Sichhineinversetzenkönnen in Situation und Gefühlslage eines anderen”* (Zwick, 2004, S.90).

Außerdem ist er der Einzige, der Empathie erwähnt, bevor die letzte Frage, die dieses Wort beinhaltet, gestellt wurde. Er gibt an, dass sich seine Empathiefähigkeit mit der Zeit gesteigert hat und er dadurch sehr rasch Kontakt mit dem Patienten hat und spürt, was bei diesem los ist. Empathie hilft ihm nicht nur zu erspüren, wie es dem Gegenüber geht, sondern auch schnell eine zwischenmenschliche Verbindung herzustellen.

3.4.2. Ansprechen der außergewöhnlichen Wahrnehmungen

Leider blieb diese Frage im Laufe des Interviews unerwähnt. Allerdings erzählte mir Herr C im Anschluß an das Interview noch einiges. In den Erzählungen schilderte er den Patienten seine

außergewöhnlichen Wahrnehmungen durchaus und wurde darin bestätigt. Außerdem sagte er bereits im letzten Absatz: *“man kann sich natürlich auch mal irren, aber im Großen und Ganzen stimmt das meistens.”*

3.4.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung

Herr C bestätigt, dass das Wahrgenommene sein weiteres Vorgehen beeinflusst (Interview C, Zeile 150).

3.4.4. Abgrenzung

Herr C erklärt, dass er seine eigenen Empfindungen von denen des Patienten abgrenzt, indem er in dem Moment selbst leer ist (Interview C, Zeile 152-153). Dies könnte man mit dem Zustand der Neutralität vergleichen, die auch Frau A und Frau B verwenden, um sich abzugrenzen und ihre Empfindungen deutlicher einordnen zu können.

Von den Wahrnehmungen des Leidens der Patienten (und wie in Kapitel 3.4.5. beschrieben, nimmt er dieses manchmal auch körperlich wahr) versucht er sich so abzugrenzen: *“dann stell ich mir vor, dann schütz ich mich irgendwie, dann stell ich mir vor, dass ich im Zentrum eines Energiefeldes bin oder dass mich Energie durchströmt. Weil das will ich eigentlich nicht, ich will nicht die Beschwerden der Patienten sammeln.”* (Interview C, Zeile 162-165)

Er versucht also leer zu sein, um Informationen vom Patienten wahrnehmen zu können. Wenn Wahrnehmungen in Form von Schmerz auftreten, schützt er sich durch Visualisierungen. Dies könnte man als Versuch werten, eine Überbeteiligung und Mitleiden zu verhindern, indem Herr C sich auf sich selbst und seine eigene Sichtweise konzentriert (vgl. Kapitel 2.2.).

3.4.5. Wahrnehmung des Leidens

Auf die Frage, wie er das Leiden der Patienten wahrnimmt antwortet Herr C mit: *“Distanziert. Aber in letzter Zeit passiert’s mir öfter, wenn ich behandle, dass ich in der selben Region, irgendwie eine Art Sensation bekomme, in der Region, wo die Patienten ihre Beschwerden*

beschreiben.

I: Dass Sie es selber auch spüren?

Herr C: Ja.

I: Als Schmerz?

Herr C: Ja. Aber ich bin mir nicht sicher, ob das gut ist.” (Interview C, Zeile 156-162)

Havens schreibt dies betreffend: *“der überzeugendste Beweis für eine erfolgreiche Einfühlung ist das Auftreten jener Gefühle in unserem Körper, die der Patient als seine eigenen beschrieben hat”* (Havens 1979 zitiert in Schore, 2007, S.119)

Es gelingt Herrn C sich sehr genau und weit einzufühlen, da er die Schmerzen seiner Patienten körperlich nachempfindet. Allerdings ist er nicht sicher, ob dies gut ist und versucht sich, wenn dies auftritt, durch Visualisierungen, wie im vorigen Kapitel beschrieben, zu schützen.

Hier möchte ich wieder auf Hojat (2007) verweisen, der die Ansicht vertritt, dass Kliniker die Gefühle ihrer Patienten nur bis zu dem Punkt fühlen sollten, bis sie diese verstehen können, aber ihre professionelle Urteilsfähigkeit nicht beeinflusst ist (vgl. Kapitel 2.2.). Ein Nach- und Mitfühlen des Schmerzes mag zwar ein sehr genaues Bild vom Schmerz vermitteln, aber auch Angst und Vermeidungsverhalten auf Seiten des Therapeuten auslösen und dessen Leidensfähigkeit strapazieren.

3.4.6. Stellenwert der Empathie

Herr C misst Empathie im Diagnoseprozess folgenden Stellenwert bei: *“Ja, ist sicher nicht der, aber ist ein Bestandteil. Es ist eine Gesamtwahrnehmung, wie wir am Anfang gesagt haben: der Patient kommt bei der Tür herein und man fängt schon an wahrzunehmen. Das führt dazu, dass die Arbeit beginnt ganzheitlich zu werden.*” (Interview C, Zeile 169-171)

Herr C konnte im Laufe des Interviews sehr erfolgreich ausführen, dass er tatsächlich die Patienten auf allen Ebenen und mit allen Sinnen zu erfassen versucht und auch über Empathie einige Informationen bekommt. Es ist nachvollziehbar, dass er Empathie als einen, aber nicht den Bestandteil des Diagnoseprozesses sieht und es ihm auf eine Integration aller Sinne und Wahrnehmungsebenen und somit auf eine ganzheitliche Gesamtwahrnehmung ankommt.

3.5. Interview Herr D - *“Sensum, das sozusagen über die Palpation hinausgeht”*

Herr D beschreibt ein *“Sensum, das sozusagen über die Palpation hinausgeht”*. Zu diesem Sensum, das auf einer Synthese aller Sinne beruht, zählen auch empathische Wahrnehmungen und es gelingt Herrn D mit dessen Hilfe Wissenswertes über seine Patienten zu erfahren.

3.5.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen

Herr D erzählte von der Behandlung eines Kindes. Nach außergewöhnlichen Wahrnehmungen befragt, antwortete er: *“es ist an und für sich ein sehr waches, aufgeschlossenes Kind, sehr interessiert an Kommunikation, mehr an Kommunikation, als an Spielzeug und.....es hat an sich eine sehr positive, freundliche Grundstimmung, mit einer Lust zum Ausprobieren und einer Lust zum Kommunizieren und Lachen.”* (Interview D, Zeile 30-33)

Auf die Frage, wie er dies wahrnimmt, sagt er: *“Mmmm...es ist einerseits die Kommunikation, die Antwort des Kindes auf mein Kommunikationsangebot, bzw. die ganz spontane Lust des Kindes auf Kommunikation, ein Teil ist das Gefühl der Gewebequalität, ist die, ich sag jetzt einmal offen oder eher zu, verschlossen, gibt’s Regionen, wo man das Gefühl hat, da sitzt überhaupt noch so ein Schreck drinnen von Seiten der Geburt oder nachgeburtlich...”* (Interview D, Zeile 37-41). Auf die Frage, ob er dieses Gefühl mit den Händen wahrnimmt, antwortet Herr D: *“Ja, ja, es ist ein Sensum, das sozusagen über die Palpation hinausgeht”* (Interview D, Zeile 43). An späterer Stelle führt er aus: *“es ist etwas, was übers Palpieren hinausgeht und was man als Sensum oder Erfühlen bezeichnen kann, was aber letztlich doch irgendwo auf einer Synthese aller Sinne beruht. Primär sind’s sicher die Hände, aber es kommt sehr wohl dazu, was meine Augen wahrnehmen, was meine Ohren wahrnehmen, das Klangbild der Stimme oder die Form der Bewegung, der Haltung, ja, das sind alles Dinge, die oft eine unbewusste, intuitive Synthese ergeben.”* (Interview D, Zeile 59-64)

Herr D gibt somit an, dass er Eindrücke über Innenleben, Interessen und Charakter des Gegenübers aus der Kommunikation, aber auch aus den Reaktionen bekommt. Weiters benützt er den Begriff *“Sensum”* für ein Erfühlen, das über das reine Palpieren hinausgeht und letztlich zu einer oft unbewussten, intuitiven Synthese aller Sinne führt. Dies führt zu einer Überschneidung mit der Aussage von Herrn C, der angibt, dass er auf allen Ebenen und mit allen Sinnen

wahrnimmt. In diesem Sensus scheint Empathie ebenfalls eine Rolle zu spielen, da Herr D auch aus Körpersprache und Klangbild der Stimme liest (vgl. Kapitel 3.1.2.).

Mit diesem Sensus erspürt Herr D des Weiteren: *“oft dann alte traumatische Erlebnisse, vor allem wenn es ums Unausgesprochene geht sind es oft psychische Erlebnisse und damit verbundene Ängste, damit verbundener Rückzug in sich selber und....ja, was sich dann recht deutlich in unterschiedlichen Regionen bemerkbar machen kann.”* (Interview D, Zeile 53-56)

Da Herr D hier psychosoziale Aspekte und Emotionen erspürt, kann man wieder von einem Vorhandensein empathischer Wahrnehmung ausgehen.

Auch erzählt Herr D von einem Patienten mit einer larvierten Depression, die dieser aber nicht sehen wollte. (Interview D, Zeile 94-97)

Auf die Frage, wie er zum Schluß einer larvierten Depression gekommen sei, antwortet er damit, dass er bei Verdacht spezielle Fragen stellen würde (Interview D, Zeile 105-112). Auf Nachfrage wie er zum Verdacht einer larvierten Depression gekommen sei, sagt er: *“Da bin ich schon wieder ganz am Anfang, wie jemand bei der Tür hereinkommt schon, es beginnt schon wie jemand bei der Tür hereinkommt, wie er begrüßt und in welcher Stimmlage das Gespräch verläuft, wie affizierbar er für Stimmungen ist, ganz einfach im Gespräch auch, ob jemand ...mitschwingt, wenn, ich sag jetzt mal so ein bisschen was Witziges im Raum steht, ob er da mitlacht. Ja.”* (Interview D, Zeile 115-119)

Er zeigt also wieder Körpersprache, verbalen Ausdruck und Reaktionen auf, um seine Einsichten ins Innenleben des Patienten zu begründen, was als ein Hinweis auf Empathie zu deuten ist (vgl. Kapitel 3.1.2.).

3.5.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen

Herr D versucht seine Wahrnehmungen in einer *“nicht aufoktrozierenden”, “unverfänglichen Form”* zu formulieren und meistens fällt den Leuten dazu etwas ein. (Interview D, Zeile 74-77) Manchmal kommen die Antworten dazu nicht ganz unmittelbar, sondern erst beim zweiten oder dritten Mal (Interview D, Zeile 79-80). Hierbei dreht es sich jedoch meistens um alte oder vergessene Vorfälle wie Stürze. In Fällen wie dem, mit der larvierten Depression, spricht Herr D

seine Wahrnehmungen zwar vorsichtig an, insistiert aber nicht, falls der Betroffene nicht darüber sprechen will (Interview D, Zeile 96-97).

Herrn D scheint wichtig zu sein, seine Wahrnehmungen akzeptierend, rücksichts- und verständnisvoll, ganz im Sinne von empathischer Kommunikation (vgl. Kapitel 3.4.3.), dem Patienten mitzuteilen.

3.5.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung

Herr D meint, dass das von ihm Erspürte selbstverständlich seine Art der Behandlung ändert (Interview D, 83-88) bzw. ihn dazu veranlasst spezielle Fragen zu stellen (Interview D, Zeile 115-119) und er dann die Behandlung je nach Erfordernis durchführt.

3.5.4. Abgrenzung

Auf die Frage, wie es ihm gelingt abzugrenzen, was vom Patienten kommt und was von ihm selbst, antwortet Herr D: *“Ich würde sagen, ich kenn meine Schwachstellen und ich weiß was meins ist. Ja. Und wenn da etwas nicht so ganz dazu passt, vom Ort, von der Qualität oder Intensität, dann schaut man mal nach, was ist da jetzt los.”* (Interview D, Zeile 174-176)

Eine gute Eigenwahrnehmung und ein Kennen seiner Schwachstellen bringt Herrn D den Vorteil zwischen fremdinduzierten und eigenen Wahrnehmungen unterscheiden zu können. Er kann deshalb bewusst seine Aufmerksamkeit lenken und sich “fremde” Empfindungen näher ansehen. Eine gute Selbstwahrnehmung wird als wichtig erachtet um mit Körperempathie, die als *“reflektierte Wahrnehmung der körperlichen Prozesse und Erscheinungen, die im Therapeuten auftreten im Wege der Einfühlung in den Patienten.”* (Hess-Liebers, 1999, S. 314) beschrieben wird, arbeiten zu können (vgl. Kapitel 2.7.).

Auf die Frage nach der Abgrenzung vom Leiden der Patienten sagt er: *“Für mich ist es so, dass ich mitschwingend wahrnehmen kann, wo und in welchen Ausmaß hier Leid vorhanden ist, aber ich übernehm’s nicht, es ist ganz einfach nicht so, dass es meins ist und dass ich’s jemanden abnimme.”* (Interview D, Zeile 154-156) Es ist Herrn D also wichtig, das Leiden wahrzunehmen,

aber nicht abzunehmen oder zu übernehmen. Herr D bestätigt hiermit die Sichtweise von Hojat (2007), der meint, dass Therapeuten die Zustände ihrer Patienten nur bis zu dem Punkt fühlen sollten, dass sie diese verstehen, aber ihre professionelle Urteilsfähigkeit nicht verlieren (vgl. Kapitel 2.2.). Dass Herr D angibt *“es ist einfach nicht so, dass es meins ist”* weist darauf hin, dass er die Position des objektiven Beobachters beibehält (vgl. Kohut, 1987 in Kapitel 2.4.2.). *“Die Abgrenzung findet letztlich dann so statt, dass ich mich mit der Gesundheit des Patienten verbünde und dadurch auf einer anderen Schwingung bin. Wenn ich diesen Switch dann bewusst mach hab ich Distanz zum Leid.”* (Interview D, Zeile 156-159)

Herr D unterscheidet sich von den anderen Interviewten, indem er der Einzige ist, der angibt sich vom Leiden der Patienten dadurch abzugrenzen, dass er sich auf die Gesundheit des Patienten konzentriert.

3.5.5. Wahrnehmung des Leidens

Nach seiner Wahrnehmung des Leidens der Patienten befragt, gibt Herr D an: *“für uns Osteopathen ist der Mensch eine Einheit und insofern ist es etwas für mich - wenn wir diese Unterscheidung machen zwischen Geist, Körper, Seele - ist es etwas, was sich durchzieht und sicher in all diesen Ebenen eine Entsprechung hat. Es ist nicht nur da oder dort. Wenn es etwas gibt, dass wir das Wort Leid verwenden, dann hat das überall seinen Abdruck sozusagen.”* (Interview D, Zeile 124-128)

Herr D spricht hiermit das holistische Konzept der Osteopathie an (vgl. Kapitel 1.3.).

Herr D gibt an, dass er durchaus auch manchmal während einer Behandlung etwas in seinem Körper spürt (Interview D, Zeile 132). Auf die genauere Nachfrage antwortet er: *“Ich fang mal mit dem Positiven an, weil’s vielleicht auch die negative Seite besser verständlich macht. Das ist gerade beim Behandeln mit Kindern so, grad je kleiner desto weniger gibt’s eine Barriere gegen das Gesundwerden, ja, das heißt Kinder haben einen so starken Willen zur Gesundheit, dass es unglaublich erfrischend ist ihnen zuzuschauen und das ist etwas, das man spürt und das einen unglaublich munter, demütig und auch freudig werden lässt, drum arbeit ich auch so gerne mit Kindern, weil man sich nachher ganz einfach gut fühlt, es ist einfach fein. Es geht ja darum den Punkt zu finden, dass man das Kind ganz einfach wahrnimmt, sozusagen mit einer gewissen Freude einfach teilhat, aber es nicht....es soll kein Ausnützen sein, ja. Es gibt an sich Therapien,*

wo das unter Umständen passiert, dass jemand beim Kinder Behandeln diese Energien für sich selber nutzt. Es ist wichtig, dass man das Kind in seiner Persönlichkeit respektiert und belässt und nicht etwas für sich abzieht, sozusagen, und genauso geht's darum das Leid von jemandem wahrzunehmen, unter Umständen auch mitzuschwingen, in sich selber wahrzunehmen, aber nicht so wahrnehmen, dass man quasi selber den Schmerz spüren kann. Es hilft niemanden, wenn man den Schmerz abzieht und in sich selber spürt. Eine gewisse Distanz ist auf jeden Fall notwendig, bei allem Dranbleiben und den Patienten begleiten. Wenn man nicht aufpasst, kann's einem passieren, dass man nach so einer Behandlung sich ausgepowert und depressiv und unter Umständen sogar mit körperlichen Symptomen wiederfindet.” (Interview D, Zeile 134-152)

In Herr Ds Auffassung ist es anscheinend so, dass man einem anderen sowohl gute Energie, als auch Schmerzen und Leid, “abziehen” kann. Diese Aussage erscheint aus Sicht der angeführten Empathie-Theorie fraglich, da diese nicht davon ausgeht, dass Schmerzen oder “Energie” abgenommen werden können. Man kann mittels Einfühlung die Gefühlslage und Situation eines anderen erfassen (vgl. Zwick, 2004 in Kapitel 2.1.) und nachempfinden (vgl. Kapitel 2.4.4.), aber nichts abnehmen. Herr D scheint jedoch eine gewisse Art des Energie- und auch Schmerzaustauschs zu beschreiben. Da ähnliches auch bei Frau F vorkommt, wird dort nochmals darauf eingegangen (vgl. Kapitel 3.7.4).

Auf jeden Fall empfiehlt Herr D eine gewisse Distanz zu bewahren, um das Leid zwar wahrzunehmen, aber nicht nachzuempfinden.

3.5.6. Stellenwert der Empathie

Auf die Frage welchen Stellenwert Herr D der Empathie im Diagnoseprozess beimisst, antwortet dieser: *“Einen sehr hohen. Und Empathie bedeutet für mich eben auch dieses Mitgehen, Mitschwingen, mit dem Leid, mit der Grenze nicht selber affiziert zu werden.”* (Interview D, Zeile 181-182)

Herr D drückt möglicherweise die Tatsache, dass ein Therapeut die Zustände seines Patienten bis zu dem Punkt fühlen sollte, dass er sie verstehen kann, aber einen physiologischen Aufruhr und emotionale Überbeteiligung vermeiden sollte (vgl. Hojat, 2007 in Kapitel 2.2.), mit den Worten *“Mitgehen, Mitschwingen”, “mit der Grenze nicht affiziert zu werden”* aus.

3.6. Interview Frau E - *“meistens brauchen die gar nix sagen”*

Frau F antwortet auf die Frage, wie sie das Leiden ihrer Patienten wahrnimmt, mit: *“meistens brauchen die gar nix sagen”* und dass sie dies an den Bewegungen und Reaktionen des Patienten erspürt. Weiters gewinnt sie Informationen aus Körpersprache, Mimik und der Art wie ihre Patienten sprechen, lauter Hinweise, die für ein Einfühlen in ihre Patienten sprechen. (vgl. Kapitel 3.1.2.)

3.6.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen

Auf die Frage was Frau E über das Sprachliche hinaus noch bei einem bestimmten Patienten wahrgenommen hat, antwortet sie: *“Ja, dass er irgendwie, also ich hatte das Gefühl, dass er ein bisschen ambivalent war, er hat das Gefühl, es tut ihm gut, wenn er da herkommt, aber er hat auch ein bisschen Angst gehabt, glaub ich (lacht) vor der nächsten Behandlung, eben weil das letzte ein bisschen heftig war, aber, wie gesagt, im Großen und Ganzen merkt er es ist angenehm nachher, es tut ihm gut, und.... ja, ich hatte das Gefühl, er ist auch gerne wiedergekommen.”* (Interview E, Zeile 20-25)

Sie erklärt folgendermaßen wie sie zu dem Eindruck gelangt ist: *“Auch schon die Art wie er hereinkommt, wie er mich begrüßt, also das zeigt mir schon, ob die Patienten, also für mich ist es, das ist ganz unterschiedlich, wie die Patienten auf einen zugehen. Manchmal merkst du total er kommt jetzt zwar, aber irgendwas passt nicht, irgendwas ist, oder hat das letzte Mal nicht gepasst oder er ist nicht zufrieden mit dem Erfolg seit dem letzten Mal. Und in der Art wie er geht, wie er schaut, wie er einem entgegenkommt, ja, da braucht er noch gar nichts sagen, ja, einfach nur, wie dich jemand anschaut.”* (Interview E, Zeile 27-33)

Frau E erklärt hier, dass sie Einsichten in die Einstellungen ihrer Patienten erhält, indem sie lediglich deren Körpersprache und Mimik (sie betont die Aussagekraft der Augen) beobachtet. Das legt nahe, dass sie über ihr “nonverbales Affekt-Lexikon” und über innerliche Nachahmung des Patienten zu einer Einfühlung gelangt und dadurch seine Einstellungen erkennen kann (vgl. Kapitel 2.4.4.).

Diese Einsichten sind wichtig, um die Zufriedenheit des Patienten erkennen zu können und gegebenenfalls etwas am Behandlungsablauf zu ändern.

Aber auch aus dem Gesprochenen liest sie:

“Man muss unterscheiden: Ich glaub, manche Patienten brauchen einfach wirklich nur eine

ganz sanfte Behandlung und das merkt man schon, wenn sie das erste Mal kommen und erzählen [...]also, wenn die Leute erzählen, kommt man dann auch schon drauf, was der jetzt eigentlich braucht, ob der jetzt einfach nur Cranio will oder ob der wirklich eine ordentliche FDM, eine ganz eine tiefe Fasziendehnung, braucht, das spürt man schon meistens raus beim Reden bei der ersten Anamnese. “(Interview E, Zeile 41-50) Es zählt also nicht nur der Inhalt der Worte, sondern auch das, was man “rausspürt”.

Dies deutet ein empathisches Wahrnehmen an wie es Zwick (vgl. Kapitel 2.1.) beschreibt:

“Empathie [...] erfordert als tieferes Verstehen ein Sichhineinversetzenkönnen in Situation und Gefühlslage eines anderen und geht damit deutlich über ein verbales Verstehen von Mitteilungen hinaus.”(Zwick, 2004, S. 90)

“Was häufig - es fällt mir jetzt kein konkretes Beispiel ein - aber was schon häufiger vorkommt, ist, dass ich während dem Arbeiten merk, dass die Patienten extrem angespannt sind. Wenn ich dann frag 'also Sie können irgendwie nicht loslassen, ist da irgendwas?' dann kommen oft so Sachen, die sie dann doch erzählen. Weil wenn ich dann sag 'ja, da sitzen die Emotionen, war irgendwas Emotionales?' dann erzählen die Leute öfters Sachen, die sie von vornherein nicht so erzählen.” (Interview E, Zeile 65-71)

Diese Anspannung könnte auch lediglich über die Palpation und die Augen feststellbar sein und ist deshalb kein eindeutiger Hinweis auf Empathie beim Wahrnehmungsprozess.

Frau E führt auch dieses Beispiel auf: *“Das ist jetzt schon Jahre her, das ist ein Patient, der immer noch zu mir kommt, das ist ein junger Mann [...]Als er das erste Mal gekommen ist, vor Jahren... - er ist prinzipiell einer, der für solche Sachen schon sehr offen ist, aber hat noch nie so eine Art von Therapie vorher gehabt - der hat das erste Mal einen richtigen Lachkrampf gekriegt, also der hat sich gar nicht mehr eingekriegt, eine ganze Stunde, der hat gesagt, er kann nix dafür, er muss jetzt nur lachen, lachen, lachen. Und ich hab eigentlich das Gefühl gehabt, er würde lieber weinen, aber das konnte er nicht zulassen, und dann hat er das Weinen mit Lachen kompensiert und da sind ganz viele Dinge, einfach rausgekommen [...]. Es sind, nachher dann eben, bei ihm ganz viele Sachen hochgekommen, wo er nachher dann traurig geworden ist, aber in dem Augenblick, wo er da war, hat er nur gelacht.*

I: Und wie hat sich das für dich angefühlt?

Frau E: Es war komisch, weil ich dann fast nicht mehr weiterarbeiten hab können (lacht), weil er so von Lachkrämpfen geschüttelt war und ich hab gar nix mehr machen können irgendwie, aber ich hab gemerkt, ich muss noch draufbleiben und das war dann einfach nur mehr ein,

ja,...wie soll ich sagen, ich selber hab dann gar nicht mehr viel gespürt, weil das einfach schwierig war, aber ich hab nur gemerkt, es tut ihm gut und ich muss da jetzt noch was machen.”(Interview E, Zeile 128-145)

Was an diesem Interviewabschnitt auffällig ist, ist das Frau F das Gefühl hatte, er würde lieber weinen als lachen. Danach gefragt antwortet sie, weil der Patient vom Typ her ein melancholischer, trauriger Typ war (Interview E, Zeile 148-149). Dieser Eindruck von den Emotionen des Patienten und der Schluß auf den Charakter deutet eine empathische Wahrnehmung an (vgl. Kapitel 3.1.2.).

Auffallend ist auch der Satz, in dem sie angibt, dass sie merkte, es tut ihm gut und sie muss noch draufbleiben, obwohl sie eigentlich nichts mehr spürte. Dies induziert, dass das Spüren, also Palpieren, etwas anderes ist, als das Spüren, dass es ihm gut tut. Das Spüren, dass es ihm gut tut, kann als empathische Wahrnehmung gewertet werden, da sie nur über ein Hineinversetzen in seine Situation und seinen Zustand zu dieser Information gekommen sein kann (vgl. Zwick, 2004, in Kapitel 2.1.).

3.6.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen

Auf die Frage, ob sie ihre Empfindungen anspricht, antwortet Frau E: *“Nicht immer, aber meistens. Wenn ich merk, der, das ist jetzt besser, das nicht anzusprechen... oder oft, vor allem, während ich am Mediastinum arbeite, dann fangen die Patienten oft zu weinen an, also dann brauch ich gar nicht mehr zu fragen, dann kommt das oft von ganz alleine.*

Und machmal merk ich, da will der einfach nicht, dass man da tiefer geht und dann lass ich’s und vielleicht dann das nächste Mal.

I: Wie merkst du, dass er das nicht will, dass du dann tiefer gehst?

Frau E: Wenn jemand so ganz ganz zu ist und sich irgendwie versteift und gar nix zulässt, dann denk ich mir, okay das....ich kann’s schlecht beschreiben, das musst du einfach spüren, wenn du daneben sitzt und die Hände drauflegst...”(Interview E, Zeile 75-85)

Frau E spricht also ihre Wahrnehmungen abhängig davon an, welchen Eindruck sie von ihrem Patienten bekommen hat und ob ein Gespräch darüber erwünscht ist, was wieder eine empathische Wahrnehmung anzeigt.

Wie sie zu diesem Eindruck des Patienten kommt, kann sie schwer beschreiben (siehe Kapitel 3.8.2.)

3.6.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung

Ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen beeinflussen durchaus die folgende Behandlung von Frau E, da sie aufgrund ihrer Eindrücke entscheidet, welcher Patient welche Art der Behandlung bekommt und wie sie diese modifizieren muss.

3.6.4. Abgrenzung

Frau E thematisiert die Abgrenzung ihrer eigenen Empfindungen von denen, die vom Patienten kommen, folgenderweise: *“Das ist eine gute Frage. Aber weil es bei jedem Patienten anders ist und ich denke, wenn’s von mir käme, dann wäre es immer gleich.”* (Interview E, Zeile 114-115) Diese Aussage legt die Lesart nahe, dass sich Frau E bisher noch keine Gedanken über dieses Thema gemacht hat, aber auch, dass sie ihren normalen Zustand zu kennen scheint und dadurch die Wahrnehmungen differenzieren kann.

Zur Abgrenzung vom Leiden bemerkt sie: *“Ich glaub, ich kann mich recht gut abgrenzen inzwischen, das musst du natürlich auch lernen, also früher war das nicht so, ich kann mich nicht erinnern, das ist schon länger her. Aber ich hab das Gefühl schon, dass ich das in den letzten Jahren schon sehr gut kann, dass ich mich abgrenze und mich nicht mehr so reinfallen lass in jeden Patienten. [...]Das ist gekommen. Also ich kann mich erinnern, in der ersten Zeit, ist das sehr schwer gefallen, aber irgendwie ist das schon auch Gewohnheitssache, also ich hab keine speziellen Strategien aufgestellt oder irgendwas besonderes gemacht.”* (Interview E, Zeile 163-171)

Für Frau E bedeutet erfolgreiche Abgrenzung also einen Lernprozess, etwas worin man mit der Zeit Übung bekommt. Dies wirft die Frage auf, ob man diesen Lernprozess nicht beschleunigen könnte, indem man schon in der Ausbildung vermehrt Aufmerksamkeit darauf lenkt und indem man spezielle Strategien zur Abgrenzung anbietet. In Kapitel 3.8.6. wird konkreter auf diese Frage eingegangen.

3.6.5. Wahrnehmung des Leidens

Auf die Frage, wie Frau E das Leiden der Patienten wahrnimmt, sagt sie: *“Naja, am meisten eher durch die Berührung, also wenn du hingreifst spürst schon oft.... Meistens brauchen die gar nix sagen, weil das ist einfach so eine ganz unwillkürliche Bewegung oder Reaktion des Körpers, dass du merkst, okay, das ist jetzt nicht das Seine oder das will er nicht oder das tut weh.”*(Interview E, Zeile 182-185)

Sie erspürt also die körperlichen Reaktionen des Patienten. In ihrem eigenen Körper gibt sie an noch nie Schmerz oder ähnliches nachempfunden zu haben (Interview E, Zeile 177-180)

An anderer Stelle gibt sie allerdings an: *“Wenn ich das Gefühl hab, jetzt tut sich was, dann muss ich ganz tief seufzen (lacht), der Patient oft nicht, aber ich, und dann merk ich: So, jetzt geht’s besser. Warum immer das so ist? Aber das fällt mir immer wieder auf.”* (Interview E, Zeile 105-107)

Es wäre denkbar, dass Frau E die Spannungslösung in Form von Seufzen in sich wahrnimmt (vgl. Kapitel 2.7.), was induziert, dass sie sich erfolgreich in ihren Patienten eingefühlt hat.

Das Leiden der Patienten belastet Frau E nur, wenn sie das Gefühl hat mit ihrer Therapie nichts ausrichten zu können (Interview E, Zeile 203-207).

3.6.6. Stellenwert der Empathie

Frau E misst der Empathie im Diagnoseprozess folgenden Stellenwert bei: *“Na schon, also ich finde, dass es muss auch passen zwischen dem Patienten und dem Therapeuten und wenn da von vornherein eine absolute Antipathie da ist, kann kann das nicht funktionieren.”* (Interview E, Zeile 209-211)

Sie scheint also das Wort “Sympathie” anstatt “Empathie” zu verstehen.

Noch einmal nachgefragt nach dem Mitgefühl oder Einfühlen in den Patienten, sagt sie: *“Muss schon auch sein, aber wie gesagt auch nur bis zu einem gewissen Grad, weil wenn du es dann zu sehr machst, dann wird’s auch wieder auf dich übertragen und dann ist es nicht gut. Aber natürlich, eine gewisse Empathie muss da sein, weil sonst, wenn du dem absolut neutral gegenüberstehst oder so, dann glaub ich, dann kann’s auch nicht funktionieren.”* (Interview E, Zeile 215-218)

Sie befürwortet also Empathie, aber nur bis zu einem gewissen Grad, weil “es” ansonsten auch

wieder auf sie übertragen wird. Hier stellt sich die Frage, was “es” ist. Ist es Schmerz, Leid, die Problematik?

Höchstwahrscheinlich meint sie “es” im Sinne einer emotionalen Überbeteiligung oder eines Nachempfindens des Schmerzes, was aber nach Hojat (vgl. Kapitel 2.2.) eher bei Sympathie, als bei Empathie, auftritt.

Was ebenfalls irritiert ist, dass sie sagt *“wenn du dem absolut neutral gegenüberstehst...kann’s auch nicht funktionieren.”* Wohingegen Frau A, Frau B und Herr C Neutralität oder Leer-Sein, als positiv betrachten. Wahrscheinlich ist das so zu verstehen, dass sie der Überzeugung ist, dass etwas Empathie, ein gewisses “Mitschwingen” und Mitfühlen, nötig ist, um den Patienten zu verstehen und eine gute Beziehung zu ihm herzustellen. Frau A, Frau B und Herr C nutzen hingegen die Neutralität oder das Leersein, um ihre eigenen Empfindungen von denen des Patienten abgrenzen zu können.

3.7. Interview Frau F - *“wie jemand von der Wesensart ist”*

Frau F erzählt gleich zu Beginn, dass sie bewusst darauf achtet *“wie jemand von der Wesensart ist”* und ihr Verhalten diesbezüglich anpasst. Diese Vorgehensweise hat sich für sie bewährt. Das deutet von Anfang an darauf hin, dass Frau F Empathie nutzt um Informationen über ihre Patienten zu bekommen und dass diese ihr weiteres Vorgehen beeinflussen.

3.7.1. Außergewöhnliche Wahrnehmungen

Frau F schildert schon bei der ersten Beschreibung eines einzelnen Therapieverlaufs: *“Ich achte schon einmal ein bissl drauf, wie jemand von der Wesensart ist, damit ich auch weiß, wie ich mich geben muss, das klingt vielleicht komisch, aber wenn wer sanft und weich hereinkommt, dann bin ich sozusagen auch immer, wie soll ich sagen, sehr angenehm und freundlich und wenn ich merk, es kommen schon welche so,*

I: so resolut oder was?

Frau F: so resolut und so ein bissl mit dem ' Na, was wird das jetzt', dann geb ich mich besonders schulmedizinisch. Das hat sich irgendwie bewährt. Da bin ich dann auch nicht so angreifbar, hab ich das Gefühl.”(Interview F, Zeile 6-13)

Frau F achtet also von Anfang an bewusst auf die Wesensart und den körperlichen Ausdruck ihrer Patienten, um zu wissen, wie sie mit ihnen am besten umgehen soll.

Auf die Frage, was sie über das Sprachliche hinaus noch wahrgenommen hat, antwortet sie:
“Also, sie hat sich, glaub ich, sehr gefreut, dass sie herkommen konnte, weil sie ist von einer Freundin gekommen, und sie war schon sehr positiv eingestimmt auf das Ganze - das hab ich so ihrer Körpersprache entnommen - und nicht irgendwie geschreckt. Grad bei dieser Patientin, die hab ich auch, die hat auch eine vaginale Behandlung bekommen, also sie hat das alles sehr gut..., sie ist auch mit dem Problem gekommen, aber da gibt’s trotzdem welche, denen das nicht so angenehm ist. Ich glaub sie war dem Ganzen gegenüber sehr positiv und offen eingestellt. Obwohl sie nicht sehr viel gesprochen hat, sie war eher eine Stille.” (Interview F, Zeile 35-41)
 Frau F hat also die Einstellungen ihrer Patientin über deren Körpersprache wahrgenommen, was nach angeführter Theorie (vgl. Kapitel 3.1.2.) eindeutig einen empathischen Einfühlungsvorgang beschreibt.

Weiters erzählt sie, dass sie sich bei Patienten, bei denen sie nicht so genau weiß, was zu tun ist, vermehrt auf das Psychische einlässt. Sie macht dazu einen Ecoute-Test (dieser dient dazu Spannungen im Körper zu palpieren; vgl. Liem et Dobler, 2002) und sagt sich ein paar Worte, wie Traurigkeit, Zorn, Trennung, usw. vor und achtet darauf, wie der Ecoute sich verändert. (Interview F, Zeile 49-62) Obwohl sie so Einblicke in das emotionale Befinden ihrer Patienten bekommt, ist es zweifelhaft, ob man das Testen mittels Ecoute als klassische empathische Wahrnehmung werten kann. Allerdings führt sie an späterer Stelle aus: *“Das waren wirklich so schwere Traumen, also nicht gerade Mißbrauch, aber in die Richtung, wo ich mir gedacht hab, irgendwas steckt da drinnen, was ganz was Trauriges, und ich kann’s eigentlich nicht in Worte fassen, aber ich fühl das irgendwie. Da hab ich dann auch das Gefühl, ich komm gar nicht an die Leute heran, weil da so ein Schutzpanzer ist. Und nachdem das dann ausgesprochen war, das hat schon etwas in meiner Behandlung geändert oder es hat an der Patientin einiges geändert, das kann auch sein.* (Interview F, Zeile 77-83)

Frau F erfühlt also auch eine Art Traurigkeit und etwas wie einen emotionalen Schutzpanzer und nicht nur die Qualität des Ecoute. Dass sie eine Emotion erfühlt, die nicht ihre eigene ist, müsste eine empathische Wahrnehmung anzeigen (vgl. Kapitel 3.1.2.).

Nach weiteren Beispielen für außergewöhnliche Wahrnehmungen gefragt, gibt sie an manchmal Farben zu sehen, kann aber dann keine weiteren Vorfälle mehr schildern und bemerkt dazu:
“Wahrscheinlich passt man dann auch immer auf die selben Sachen schon wieder auf, dass man sich auf Neues gar nicht einlässt.” (Interview F, Zeile 110-111)

Dieser Ausspruch untermauert die Theorie, dass eine Aktivierung von Repräsentationen von der

Aufmerksamkeit abhängt, die dem Objekt geschenkt wird (vgl. Kapitel 2.4.4.). Außerdem könnte dies der Grund sein, warum Liem (2006) rät, die Aufmerksamkeit anfangs nicht zu fokussieren und erst in einem zweiten Schritt zu lenken (vgl. Kapitel 2.8.).

3.7.2. Ansprechen des außergewöhnlich Wahrgenommenen

Frau F gibt an nur einen Teil ihrer Patienten auf ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen anzusprechen. Wenn sie es tut, dann werden ihre Empfindungen meistens bestätigt. (Interview F, Zeile 65-66)

Das Ansprechen hängt davon ab, welchen Eindruck sie vom Patienten gewonnen hat: *“Ja, das ist eine persönliche....wie ich den Draht finde, oder wenn ich das Gefühl hab, jemand blockt eh schon so ab, dann frag ich nicht nach. Und bei denen, die leichter reden, da frag ich dann schon nach.”*(Interview F, Zeile 72-74)

Sie benutzt also ihre empathischen Wahrnehmungen um zu entscheiden, ob ein Ansprechen erwünscht ist.

3.7.3. Beeinflussung der folgenden Behandlung

Die psychischen Zustände ihrer Patienten betreffend meint Frau F: *“Die Frage ist, ob man’s überhaupt wissen muss, ja, aber es war für mich leichter, denn wenn ich das Gefühl hab, ich komm da strukturell nicht weiter, dann muss noch was sein.”*(Interview F, Zeile 66-68). Obwohl sie sich also fragt, ob es nötig ist, über emotionale Belange des Patienten Bescheid zu wissen, gibt sie an, dass manches ihr dann leichter fällt und dass sich etwas an ihrer Behandlung ändert (Interview F, Zeile 70).

An früherer Stelle (vgl. Kapitel 3.7.1.) hat sie bereits erwähnt, dass das Ansprechen etwas an der Behandlung oder der Patientin geändert hat (Interview F, Zeile 81-83).

3.7.4. Abgrenzung

Auf die Frage, wie sie unterscheidet, ob eine Empfindung von ihr oder vom Patienten kommt, antwortet sie: *“Ja, ich weiß eh gar nicht ob ich das merk. Ich glaub’s halt, dass es nicht von mir*

kommt.“(Interview F, Zeile 129)

Wie schon Frau A und Frau E bestätigt sie hiermit, dass dies eine schwierige Frage zu sein scheint und drückt aus, dass sie es eher glaubt als weiß.

Zur Abgrenzung vom Leiden der Patienten erzählt Frau F: *“An einen denk ich da gerade, der hat auch psychisch solche Probleme, wo ich fast sag, der ist mir ein bisschen unheimlich. Ja, da grenz ich mich dann schon sehr ab. Und demnach kommt’s gar nicht mehr so oft vor, dass ich so ausgepowert oder ausgesaugt bin. Das war früher öfter.”* (Interview F, Zeile 145-148)

Nachgefragt erklärt sie das Abgrenzen: *“Erstens mal erzähl ich von mir persönlich überhaupt nix, was ich nämlich bei manchen Leuten schon mach [...]und bin auch was den Kontakt angeht, also den Angreifkontakt, sehr konkret,nehm Polster dazwischen manchmal oder so. Wie soll ich sagen, ich fließ da nicht so rein, in die Leute, sondern an ein paar Punkten sozusagen können wir Kontakt haben, aber nicht mehr, weil dass ein Austausch da ist, das ist ja eh klar, da kommt man ja eh nicht drumherum. Aber das sind vielleicht auch die, die man auch gar nicht so gerne angreift, aber die halt trotzdem da sind.”*(Interview F, Zeile 150-157)

Frau F gibt damit an, dass sie sich bei schwierigen Patienten durch einen geringeren physischen Kontakt, durch einen geringeren persönlichen Kontakt (*“ erzähl ich persönlich von mir überhaupt nix”*) und durch ein geringeres Einlassen auf die Person (*“ich fließ da nicht so rein”*) abzugrenzen versucht. Außerdem gibt sie an, diese Patienten nicht so gerne anzugreifen.

Möglicherweise könnte sie entspannter und freudiger mit diesen Patienten arbeiten, wenn sie auch andere Abgrenzungsstrategien zur Hand hätte.

Weiters taucht hier, wie schon im Interview mit Herrn D (vgl. Kapitel 3.5.5.), die Idee des Austauschs auf: *“dass ein Austausch da ist, das ist ja eh klar, da kommt man ja eh nicht drumherum”*. In den in dieser Arbeit vorgestellten Konzepten der Empathie taucht der Gedanke des Austauschs jedoch nicht auf. Man kann sich zwar mittels Empathie in die private Welt des Gegenübers einfühlen (vgl. Rogers, 2006, in Kapitel 2.1.) und dessen Situation, Gefühlslage und Bezugssystem (vgl. Zwick, 2004, in Kapitel 2.1.) und seine Bewusstseinsinhalte (vgl. Sponzel, 2009, in Kapitel 2.4.2.) erfassen, doch es herrscht kein Austausch.

Die mögliche Gefahr des Einfühlens steckt in einer emotionalen Überbeteiligung und einem physiologischen Aufruhr, wenn man sich zu sehr von Emotionen leiten lässt und dadurch die Position des objektiven Beobachters verliert (vgl. Kohut, 1987, in Kapitel 2.4.2.). Deshalb sollte Empathie vom Verstand und nicht von den Emotionen geleitet sein. (vgl. Hojat, 2007, in Kapitel 2.4.2.)

Ein weiterer möglicher Nachteil von Empathie ist, dass mitempfundene negative Gefühlszustände eigene negative Zustände verstärken können (vgl. Kapitel 2.6.). Es kommt aber zu keinem Austausch.

Da in diesem Konzept der Empathie Zustände nachempfunden werden, aber nichts ausgetauscht oder *“abgezogen”* (vgl. Kapitel 3.5.5.) wird, stellt sich die Frage was Herr D und Frau F damit meinen. Möglicherweise sprechen sie ein ganz anderes Phänomen, als das der Einfühlung, an.

3.7.5. Wahrnehmung des Leidens

Zur Wahrnehmung des Leidens befragt, antwortet Frau F: *“Da schau ich schon einmal, wie sie reinkommen, na, eigentlich schau ich schon draussen, wo sie sich hinsetzen, weil es gibt diesen weicheren Sessel und es gibt die harten und viele sitzen im weichen Sessel und denen tut’s, kommt mir vor, manchmal mehr weh, als denen, die sich auf die harten Sessel setzen. Aber das kann auch nur eine gewagte Theorie sein.*

Und dann schau ich, wie sie sich da hersetzen und auch wie, ich weiß nicht, da gibt’s die einen, die vor lauter Leidensdruck schon nur mehr reden und die, die vor Leidensdruck schon ganz still sind. Diese zwei Extreme finde ich, das beobachte ich dann.” (Interview F, Zeile 183-189)

Sie beobachtet also Körpersprache und verbalen Ausdruck, um sich ein Bild vom Leidensdruck des Patienten zu machen, was der angeführten Theorie nach (vgl. Kapitel 3.1.2.) ein Hinweis auf Empathie ist.

Zur Wahrnehmung des Leidens im eigenen Körper sagt sie, dass sie sich nur ganz selten *“wirklich elend”* nach einer Behandlung fühlt. Oft fühlt sie sich danach *“ganz beschwingt”*. Sie glaubt, dass sie empfänglicher für positiven als für negativen Austausch ist. (Interview F, Zeile 140-145)

Sie empfindet das Leid nicht körperlich nach (Interview F, Zeile 196).

Auf die Frage, welche Haltung sie dem Leiden ihrer Patienten gegenüber einnimmt, sagt sie:

“Manches kann ich sehr gut wegschieben, manches beschäftigt mich länger, vor allem wenn mir die Leute sehr sympathisch sind.” (Interview F, Zeile 213-214)

Hier sticht ins Auge, dass Frau F das Wort *“wegschieben”* benutzt, was eine Verdrängung anzeigen kann. Die Patienten, die sie sympathisch findet, beschäftigen sie länger. Dies könnte mit ein Grund zu sein, warum Hojat (vgl. Kapitel 2.2.) im klinischen Kontext Empathie vor Sympathie favorisiert.

Weiters versucht Frau F, wie Frau B, den Schmerz zu normalisieren: *“Insofern kann man sagen:*

'Mein Gott ja, das ist jetzt nicht so tragisch und weh tut bald einmal irgendwem irgendwas''
(Interview F, Zeile 220-221)

3.7.6. Stellenwert Empathie

Nach dem Stellenwert befragt, den Frau F Empathie im Diagnoseprozess beimisst, antwortet sie zuerst damit, dass sie gegenseitige Sympathie, Akzeptanz und Toleranz als wichtige Aspekte der Heilung ansieht (Interview F, Zeile 223-230).

So wie Frau E scheint sie also "Sympathie" zu verstehen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die beiden Wörter ähnlich klingen bzw. dass Sympathie das in unserem Sprachgebrauch häufiger benutzte Wort ist.

Auf die Nachfrage, wie es denn mit dem Mitfühlen, der Empathie, sei, sagt sie: *"Ja, weil Empathie wäre eigentlich: Man ist da, in dem Zeitpunkt, da kann man helfen und danach ist es eigentlich nicht mein Problem, aber während er da ist, bin ich für alles offen, auch, oder?"*
(Interview F, Zeile 232-234)

Das "oder?" verweist darauf, dass Frau F scheinbar keine klare Vorstellung von dem Begriff Empathie hat. Vielleicht ist sie auch deshalb auf Sympathie ausgewichen.

3.8. Zusammenführung der Interviews

In diesem Abschnitt sollen die Interviews nach Themenbereichen gegliedert zusammengeführt werden um einen besseren Überblick zu gewährleisten.

3.8.1. Häufigkeit

Zur Häufigkeit befragt, wie oft solche außergewöhnlichen Wahrnehmungen im Therapiealltag vorkommen, kamen unterschiedlichste Angaben von *"das kann ich nicht sagen...ja, vielleicht ein bis zwei mal die Woche, oder so, manchmal ist es auch häufiger, was weiß ich, sagen wir einmal in der Woche, das ist ganz unterschiedlich"* (Interview E, Zeile 155-157) bis: *"Ja, wahrscheinlich ist es bei jedem. Bei jedem Patienten. Die Frage ist nur, ob man mit der Aufmerksamkeit wirklich da ist, aber an und für sich glaub ich schon, dass jeder immer so kleine Blitzlichter herzeigt und wie man eben selber heute drauf ist, oder wie die Aufmerksamkeit ist,*

nimmt man's wahr oder nicht. Aber ich glaube es ist schon die ganze Zeit da, hab das Gefühl." (Interview F, Zeile 160-164)

Die Befragten schätzen das Auftreten von außergewöhnlichen Wahrnehmungen also sehr unterschiedlich ein. So kamen Aussagen von *"einmal in der Woche"* bis *"wahrscheinlich bei jedem Patienten"*. Aus neurowissenschaftlicher Sicht hängt der Grad der Aktivierung von Repräsentationen von der Aufmerksamkeit ab, die dem Objekt geschenkt wird (vgl. Kapitel 2.4.4.).

3.8.2. "Nur so ein Gefühl"

Was sich durch alle Interviews durchzieht, mit Ausnahme des Interviews mit Frau B, ist die Tatsache, dass die Interviewten irgendwann an einen Punkt zu gelangen scheinen, an dem sie ihre Wahrnehmungen nicht mehr in Worte fassen können. Dann fallen Aussagen wie: *"ich weiß nicht, das ist eigentlich sehr unbewusst, subjektiv, wie man wahrnimmt"*, *"aber das ist so irgendwie....mehr Intuition"*, *"was weiß ich, aber manchmal krieg ich so den Eindruck"* (Interview A, Zeile 22/23; 27/28; 40)

"das sind schon Dinge, wo ich keine Möglichkeit hab, das sprachlich zu beschreiben" (Interview C, Zeile 114-116)

"das sind alles Dinge, die oft eine unbewusste, intuitive Synthese dann ergeben" (Interview D, Zeile 62-64)

"ich kann's schlecht beschreiben, das musst du einfach spüren, wenn du daneben sitzt und die Hände drauflegst", *"eher ein Gesamtgefühl [...] Aber ich merk halt, da ist irgendwas..."*, *"es war nur ein Gefühl, ich kann's nicht beschreiben"* (Interview E, Zeile 83-85; 100-103; 151)

"ich kann's eigentlich nicht in Worte fassen, aber ich fühl das irgendwie" (Interview F, Zeile 79/80)

Das deutet auf die Schwierigkeit hin Gefühle zu verbalisieren. An diesem Hindernis könnte man arbeiten, indem man immer wieder versucht seine Wahrnehmungen in Worte zu fassen. Zudem könnte die Verwendung von Metaphern und Bildern hilfreich sein.

Viele der außergewöhnlichen Wahrnehmungen scheinen aus dem Bereich der Intuition zu kommen und sind somit schwer fass- und einordenbar, da sehr viele Eindrücke unbewusst verknüpft wurden. Krause schreibt dazu: *"Unsere Intuition verarbeitet viele Informationen in ganz kurzer Zeit. Dies ist dem Verstand nicht möglich."* (Krause, 2008, S.101)

3.8.3. Zusammenfassung: Außergewöhnliche Wahrnehmungen

Am häufigsten genannt werden verbaler und nonverbaler Ausdruck des Patienten und die Art, wie die Patienten reagieren, um auf außergewöhnliche Wahrnehmungen wie Emotionen, Einstellungen, Charakter und Interessen des Patienten, seine Bedürfnisse, sowie Lebensenergie und die Zufriedenheit des Patienten mit der Therapie zu schließen (Frau A, Herr D, Frau E, Frau F).

Frau B beobachtet die Reaktionen der Eltern des behandelten Kindes, um abzuschätzen, ob diese etwas verheimlichen und erkennt die Stimmungen der Eltern und reagiert je nachdem.

Weiters versetzt sich in die Lage des Kindes, um herauszufinden, wie geborgen sich dieses in der Familiensituation fühlt. Auch erspürt sie das Familiensystem, um zu erkennen, ob dieses intakt ist oder etwas fehlt. Sie kann erkennen, ob in der Schwangerschaft ein Zwilling da war, was möglicherweise auch eine empathische Wahrnehmung andeutet.

Frau A gibt an, dass sie spürt, dass manche Läsionen eher emotional bedingt sind.

Auch Frau F erspürt bei manchen schweren Traumata eine ganz tiefe Traurigkeit darin.

Herr C sagt, dass es möglich ist den Patienten in allen möglichen Befindlichkeiten zu spüren. Er spürt deren Energielevel, ihr Selbstwertgefühl, ihren Charakter, ihre Liebes-, Kommunikations- und Konzentrationsfähigkeit. Er erkennt emotionale Zustände und emotionale Ausbrüche im Vorhinein und durch seine Empathiefähigkeit gelingt es ihm schnell in Kontakt mit dem Patienten zu treten und zu erfühlen, wie es diesem geht. Er versucht seine Patienten auf allen Ebenen und mit allen Sinnen wahrzunehmen.

Herr D gibt an, alte traumatische Erlebnisse, die mit Ängsten und emotionalen Rückzug verbunden sind, zu erspüren. Er benutzt den Begriff "Sensum", ein Erfühlen, das über das reine Palpieren hinausgeht und eine unbewusste, intuitive Synthese aller Sinne ist. Dazu scheinen auch empathische Wahrnehmungen zu gehören.

Frau A und Frau F geben des Weiteren an, während mancher Behandlung Farben zu sehen. Da dies bei nur sechs Interviews gleich zweimal vorkommt, wäre es womöglich interessant dieses

Phänomen in der Osteopathie noch eingehender zu erforschen. Den Rahmen dieser Arbeit überschreitet das allerdings.

Des öfteren kommen die Interviewten auf vergessene oder verdrängte Unfälle zu sprechen (Frau B, Herr D, Frau E), da sie dies aber aufgrund einer veränderten Beweglichkeit und Qualität der Gewebe feststellen, wird dies nicht als empathisches Empfinden gewertet.

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Befragten sich bewusst sind, dass sie aus Körpersprache, Art und Weise des verbalen Ausdrucks und den Reaktionen des Patienten auf dessen Charakter, Einstellungen und Emotionen schließen. Herr C und Herr D führen aus, dass es sich um eine Wahrnehmung auf allen Ebenen und mit allen Sinnen handelt.

Man kann aus allen Interviews Rückschlüsse auf ein Vorhandensein von Empathie im Rahmen des Diagnoseprozess in der Osteopathie machen. Die Interviewten sind sich bewusst, auf welche Art und Weise sie zu den Eindrücken über das Innenleben ihrer Patienten gekommen sind, selbst wenn sie dies oft schwer in Worte fassen können (vgl. Kapitel 3.8.2.).

3.8.4. Zusammenfassung: Ansprechen der außergewöhnlichen Wahrnehmungen

Die meisten Befragten gaben an, ihre Wahrnehmungen je nach Patienten anzusprechen. Empathie hilft ihnen dabei einen Draht zum Patienten zu finden und zu erspüren, ob ein Ansprechen erwünscht ist und dieser damit umgehen kann. Laut ihren Aussagen werden ihre Wahrnehmungen großteils bestätigt. Das hilft Sicherheit diesbezüglich zu gewinnen. Außerdem gibt Frau F an, dass in einem bestimmten Fall das Ansprechen ihrer Wahrnehmungen etwas an der Behandlung oder der Patientin änderte.

Herr D führt aus, dass er versucht seine Wahrnehmungen in einer nicht aufoktroyierenden und unverfänglichen Form zu formulieren. Diese rücksichts- und verständnisvolle Art der Kommunikation ist vorteilhaft, um dem Patienten ein Sich-Öffnen und Anvertrauen zu ermöglichen und ihn zu Reflektion und Selbstwahrnehmung zu ermutigen (vgl. Kapitel 2.4.3.). Um Wahrgenommenes in Worte fassen zu können, was oft schwierig ist (vgl. Kapitel 3.8.2), ist es nötig, bewusst wahrzunehmen und seine eigenen Empfindungen von denen des Patienten abgrenzen zu können (vgl. Kapitel 3.8.6.).

3.8.5. Zusammenfassung: Beeinflussung der folgenden Behandlung

Ausschließlich Frau A gibt an, dass ihre Wahrnehmungen ihre weitere Behandlung nicht beeinflussen. *“Läsion bleibt Läsion”*. Eine Erklärungsmöglichkeit ihrer Aussage wäre, dass sie sich als Körpertherapeutin sieht und darum die Probleme ihrer Patienten auch lediglich auf dieser Ebene angeht. Dem widerspricht, dass sie durchaus auf Emotionen und Lebensenergie des Patienten aufgrund seiner Körpersprache und seines Ausdrucks, achtet. Es wäre nachvollziehbar, dass sie ihre Behandlung und Umgangsweise diesbezüglich anpasst.

Alle anderen Befragten geben an, dass ihre Wahrnehmungen die folgende Behandlung beeinflussen. Oft entscheiden sie aufgrund dieser Empfindungen, was behandelt werden soll und wie die Behandlung modifiziert wird, welche zusätzlichen Fragen sie ihren Patienten stellen und wie sie mit dem Patienten umgehen.

Frau F stellt sich die Frage, ob man über die emotionalen Belange des Patienten Bescheid wissen muss. Diese Informationen empfindet sie jedoch als Erleichterung, da sie ihre Behandlung darauf abstimmen kann.

Die These, dass Osteopathen über Empathie für die weitere Behandlung relevante Informationen gewinnen, wird durch die geführten Interviews bestätigt.

3.8.6. Zusammenfassung: Abgrenzung

Im Kapitel Abgrenzung wurden immer zwei Aspekte besprochen. Zum Einen die Abgrenzung, die nötig ist um Empfindungen, die vom Patienten kommen, von eigenen unterscheiden zu können. Zum Anderen die Abgrenzung vom Leiden des Patienten, in dem Sinne, dass man nicht emotional überbeteiligt ist und mitleidet bzw. die therapeutische Urteilsfähigkeit beeinträchtigt wird (vgl. Kapitel 2.2.).

Danach befragt, wie die Osteopathen ihre eigenen Empfindungen von denen des Patienten unterscheiden, kristallisierten sich drei wesentliche Aspekte heraus:

Erstens scheint dies eine schwierige (Frau A), *“ich weiß es nicht, [...]ich glaub’s halt”* (Frau F), aber auch gute (Frau E) Frage zu sein. Das induziert, dass sich die Therapeuten noch nicht eingehend bewusst damit auseinandergesetzt haben.

Zweitens empfehlen die Osteopathen sich selbst und ihre Schwachstellen so gut wie möglich zu

kennen, um stabil zu sein, eine neutrale oder “leere” Haltung einnehmen zu können und aufgrund des Kennens des eigenen Zustandes unterscheiden zu können, was von wem kommt. (Frau A, Frau B, Herr C, Herr D)

Drittens unterscheiden manche der Befragten (Frau B, Frau E) dadurch, dass sich ihre Empfindungen bei jedem Patienten anders anfühlen.

Lediglich Herr D und Frau A geben an, ihre Empfindungen, die sie für nicht von sich selbst kommende halten, bewusst zu hinterfragen.

Nur Frau A führt an, dass man nie wissen kann, wie viel von einem selbst mitkommt und trägt damit der Tatsache Rechnung, dass jegliches Eingefühltes auf eigenen Empfindungen basiert (vgl. Kapitel 2.4.4.).

Eine gute Selbstwahrnehmung wird als wesentlich gesehen, um “fremde” Empfindungen gut wahrnehmen und einordnen zu können (vgl. Goleman, 2007; Schore, 2007).

Anscheinend besteht bei einigen der befragten Osteopathen eine Schwierigkeit, zwischen den eigenen und fremdinduzierten Empfindungen unterscheiden zu können.

Die zweite Abgrenzung betrifft die Abgrenzung vom Leiden der Patienten. Hier geben drei Therapeutinnen an, dass sie früher Schwierigkeiten damit hatten und sich oft überfordert fühlten. Sie lernten erst mit der Zeit damit umzugehen.

Frau A macht das, indem sie sich nicht mehr so alleine für den Schmerz verantwortlich fühlt und dadurch, dass sie eine andere Einstellung zum Schmerz gefunden hat. Er ist nicht mehr ausschließlich negativ für sie und gehört einfach dazu. Diese Normalisierung des Schmerzes wendet auch Frau B an, um sich vom Leiden der Patienten abzugrenzen. Weiters atmet Frau B tief durch und bespricht am Abend Vorgefallenes mit Kollegen oder geht laufen. Das spricht dafür, dass Frau B damit zu kämpfen hat einen ungezwungenen Umgang mit dem Leiden ihrer Patienten zu haben. Eine weitere Abgrenzungsmöglichkeit für sie ist, dass sie jede halbe Stunde einen neuen Patienten hat, was jedoch eine fragwürdige Strategie darstellt.

Frau E hatte früher Schwierigkeiten mit der Abgrenzung, glaubt aber mittlerweile recht gut damit umgehen zu können. Sie lässt sich nicht mehr so “reinfließen” in jeden Patienten. Dies lernte sie mit den Jahren. Sie hat keine speziellen Strategien.

Auch Frau F gibt an, früher Probleme mit der Abgrenzung vom Leiden gehabt zu haben. Nun grenzt sie sich ab, indem sie nichts Persönliches von sich erzählt, indem sie geringeren und spezifischeren körperlichen Kontakt zum Patienten hat und sich nicht so sehr einlässt. Außerdem gibt sie an, manche Patienten nicht so gerne anzugreifen.

Herr C hingegen schützt sich durch Visualisierungen, wenn er das Gefühl hat, der Schmerz der Patienten kommt ihm zu nahe.

Herr D versucht “mitschwingend” das Leid wahrzunehmen, aber nichts zu übernehmen. Außerdem grenzt er sich ab, indem er sich mit der Gesundheit des Patienten verbündet.

Es scheint so, als hätten alle Befragten, außer Herr C und Herr D, die für sich spezielle Strategien gefunden haben, Probleme mit der Abgrenzung vom Leiden gehabt oder haben sie noch immer. Frau E und Frau F geben an, sich nicht mehr so weit auf den Patienten einzulassen. Wenn sie damit lediglich eine zu starke emotionale Mitbeteiligung verhindern (vgl. Kapitel 2.2.) ist dies eine gute Abgrenzung. Ein genereller Rückzug vom Patienten, wie die Aussage von Frau F, dass sie manche Patienten nicht so gerne anfasst, vermuten lässt, wäre problematisch und als Vermeidungsverhalten zu sehen. Hojat (2007) führt dazu an, dass ein vermehrtes sympathisches Teilen der Gefühle des anderen zu einem physiologischen Aufruhr und dadurch zu Hilfsverweigerung führen kann (vgl. Kapitel 2.2.).

Insgesamt zeichnet sich ab, dass im Bereich Abgrenzung Schwierigkeiten zu bestehen scheinen. Dies betrifft sowohl die Differenzierung der Wahrnehmungen in eigene und fremdinduzierte, als auch die Abgrenzung gegenüber dem Leiden.

Bei der Unterscheidung zwischen eigenen und fremdinduzierten Empfindungen fällt auf, dass lediglich zwei der Befragten angeben diese bewusst zu hinterfragen. Lipps (2006/1906) ist es jedoch wichtig, die erfüllten Inhalte auch mit dem Verstand zu hinterfragen und zu bedenken, dass das Gefühlte stark von eigenen Erfahrungen und Erlebnissen geprägt ist. Der Ratschlag sich selbst gut zu kennen, stabil zu sein und eine neutrale oder “leere” Haltung einzunehmen, den einige der Osteopathen anführten, kann anhand der Literatur als gut befunden werden. So plädiert auch Hess-Liebers (1999) dafür, dass Therapeuten über eine gute Körpererigenwahrnehmung verfügen sollten und ihre Selbstzustände gut regulieren können sollten (vgl. Kapitel 2.7.). Eine neutrale Haltung hilft Veränderungen der Gefühle, die während einer Behandlung auftreten können, zu registrieren (vgl. Kohut, 1987, in Kapitel 2.4.2.).

Gravierender scheinen die Probleme bei der Abgrenzung vom Leiden an sich zu sein. So geben drei Therapeutinnen an früher Schwierigkeiten damit gehabt zu haben und eine gibt an, dass ihr manches in der Behandlung selbst weh tut und ans Herz geht, was als emotionale

Überbeteiligung nach Hojat (2007, in Kapitel 2.2.) gewertet wird. Herr C gibt an die Schmerzen seiner Patienten manchmal am eigenen Körper nachzuempfinden. Er scheint aber mittels Visualisierungen gut damit umgehen zu können. Zwei der Interviewten geben an, sich nicht mehr so weit auf den Patienten einzulassen, um sich vor einem Mitleiden zu schützen. Liem (2006) hält jedoch die Fähigkeiten des Therapeuten, sich möglichst bedingungslos und empathisch dem Patienten gegenüber zu öffnen für äußerst wichtig, um diesen so vielseitig wie möglich erfahren zu können (vgl. Kapitel 2.8.). Eventuell wäre es ratsam, dieses Thema bereits in der Ausbildung vermehrt anzusprechen und die Beibehaltung der Beobachterposition, die vielfach empfohlen wird (Fryman, 1998; Kohut, 1987; Rogers, 2006), zu trainieren. Es könnten auch weitere Strategien zur Abgrenzung, wie Visualisierungen oder die Verbündung mit der Gesundheit des Patienten, aufgezeigt werden, um den Therapeuten den langwierigen und schmerzhaften Lernprozess des Umgangs mit dem Leiden des Patienten zu verkürzen.

3.8.7. Zusammenfassung: Wahrnehmung des Leidens

Viele der Befragten geben an, aufgrund von verbalem Ausdruck, Körpersprache, Reaktionen und Gesamteindruck des Patienten auf das Leidensausmaß ihrer Patienten zu schließen. Herr D führt aus, dass das Leiden auf allen drei Ebenen (Körper, Geist, Seele) eine Entsprechung hat.

Herr C und Herr D versuchen das Leiden distanziert wahrzunehmen, da es laut Herrn D ansonsten vorkommen kann, dass man sich nach der Therapie ausgepowert, depressiv und eventuell auch mit körperlichen Symptomen wiederfindet.

Es passiert Herrn C in letzter Zeit öfter, dass er den gleichen Schmerz wie seine Patienten empfindet. Er befürwortet dies aber nicht und schützt sich durch Visualisierungen davor. Herr C ist hiermit der Einzige, der angibt, manchmal den konkreten Schmerz, den die Patienten angeben, nachzuempfinden.

Bei Frau B findet sich der schon besprochene Widerspruch, dass sie angibt, möglichst neutral zu bleiben und zu schauen, woher das Leiden kommt, allerdings das Leiden auch körperlich zu empfinden scheint (geht ans Herz, Tränen in den Augen). Möglicherweise fällt es ihr in bestimmten Fällen schwerer als in anderen, neutral zu bleiben.

Das heißt sowohl Frau B, als auch Herr C, versuchen dem Leiden gegenüber neutral bzw. distanziert zu bleiben, was ihnen aber nicht immer zu gelingen scheint.

Frau A erachtet es als wichtig, den Patienten mit seinem Problem ernst zu nehmen, ihm dies auch zu vermitteln und ihm zu zeigen, dass er in guten Händen ist. Dies spricht für eine gute empathische Kommunikation laut Rogers (vgl. Kapitel 2.4.3.).

Frau F gibt an, dass sie sich nur selten nach einer Behandlung wirklich elend fühlt, meist fühlt sie sich eher beschwingt. Zu ihrer Haltung dem Leiden gegenüber befragt, äußert sie, dass sie manches sehr gut wegschieben kann, manches beschäftigt sie länger, vor allem wenn ihr die Leute sehr sympathisch sind. Einerseits macht hier die Aussage "wegschieben" stutzig, da sie einen Verdrängungsprozess andeutet, andererseits können Parallelen zu Hojats (2007) Auffassung, dass Sympathie die klinische Objektivität negativ beeinflusst und die Leidensfähigkeit des Therapeuten strapaziert, gefunden werden.

Frau E wird durch das Leiden ihrer Patienten nur dann belastet, wenn sie das Gefühl hat mit ihrer Therapie nichts ausrichten zu können.

Zusammenfassend kann man sagen, dass mehr als das Wahrnehmen des Leidens der problemlose Umgang damit schwerzufallen scheint.

3.8.8. Zusammenfassung: Stellenwert der Empathie im Diagnoseprozess

Zum Stellenwert der Empathie im Diagnoseprozess befragt, lassen sich die Antworten auf der ganzen Bandbreite von sehr hoch bis nicht wichtig finden.

Herr D misst Empathie einen sehr hohen Stellenwert bei. Für ihn bedeutet Empathie ein Mitgehen und Mitschwingen mit dem Leid, mit der Grenze nicht selber affiziert zu werden. Empathie ist für ihn eindeutig ein Teil des Diagnoseprozesses.

Frau A meint dazu, dass Empathie sowieso immer dabei ist. Ihr ist es wichtig, den Patienten direkt gegenüber zu haben, um ihn spüren zu können.

Für Herrn C ist Empathie ein Teil, aber nicht der wichtigste Teil des Diagnoseprozess. Für ihn ist die Gesamtwahrnehmung wesentlich, um ganzheitlich diagnostizieren und behandeln zu können.

Frau E und Frau F beantworten die Frage zunächst mit einer Antwort betreffend Sympathie. Nachgefragt befürwortet Frau E Empathie, aber nur bis zu einem gewissen Grad, da es ansonsten zu einer Übertragung auf den Therapeuten kommt. Hier entsteht der Eindruck, dass sie wieder von Sympathie spricht (vgl. Kapitel 2.2.).

Dies deutet an, dass keine eindeutige Definition des Begriffs Empathie für die beiden verfügbar ist und dass Empathie in ihrem Sprachgebrauch nicht sehr geläufig scheint.

Frau B gibt an, dass sie Empathie für Anamnese und Diagnose als nicht wichtig erachtet. Für ein allumfassendes Verständnis des Patienten hingegen sei Empathie wesentlich. Dies ist eine in der Literatur unübliche Trennung, da es das Ziel der osteopathischen Diagnose ist *“die gefundene somatische Dysfunktion im Zusammenhang mit der **ganzen** Person zu sehen”* (Liem et Dobler, 2002, in Kap. 1.3.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Aussagen betreffend des Stellenwertes von Empathie im Diagnoseprozess zu variieren scheinen, im Gegensatz zu Hähn-Jakobs Studie (2008, vgl. Kapitel 1.3.), die angibt, dass alle befragten Osteopathen der Empathie einen hohen Stellenwert beimaßen. In vorliegender Studie messen Frau A, Herr C und Herr D der Empathie einen hohen Stellenwert bei, Frau B befürwortet Empathie für ein allumfassendes Verständnis, allerdings nicht als wesentlichen Faktor für Anamnese und Diagnose. Frau E und Frau F weichen auf Sympathie aus, was anzeigen könnte, dass der Begriff Empathie für sie nicht klar ist.

4. Conclusio

Diese Arbeit widmet sich der Frage, ob Empathie als Teil des Wahrnehmungsprozesses in der Osteopathie gesehen werden kann. Dazu wurde zuerst der Begriff der Empathie aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Als sehr hilfreich stellten sich die Forschungen von Hojat (2007) heraus, der für eine Unterscheidung zwischen Sympathie und Empathie plädiert, wobei Empathie als überwiegend kognitiver Prozess und Sympathie als mehrheitlich emotionaler Prozess gesehen wird. (vgl. Kapitel 2.1.). Gerade im klinischen Kontext ist es wichtig, diese Unterscheidung zu treffen, da ein Zuviel an Sympathie zu einer emotionalen Überbeteiligung und einem physiologischen Aufruhr führen kann und dadurch das Urteilsvermögen des Arztes oder Therapeuten beeinträchtigen und zu einem Mitleiden bzw. sogar zu Hilfsverweigerung führen kann. (vgl. Kapitel 2.2.)

Sofern Empathie in der osteopathischen Literatur Erwähnung findet, wird diese gut geheißen und ein empathisches, offenes und ganzheitliches Wahrnehmen des Patienten in allen Aspekten befürwortet (vgl. Kapitel 2.8.).

Um die Frage zu beantworten, ob Empathie als Teil des Wahrnehmungsprozesses in der Osteopathie gesehen werden kann, wurde versucht herauszufinden, ob die Osteopathen über Empathie Informationen gewinnen, diese bewusst wahrnehmen und verarbeiten und ob dies für ihre weitere Behandlung eine Rolle zu spielen scheint.

Dazu sollte erfragt werden, ob es auch zu körperlichen Wahrnehmungen im Sinne von Körperempathie (vgl. Kapitel 2.7.) im eigenen Körper kommt und wie es ihnen gelingt, zwischen eigenen und fremdinduzierten Wahrnehmungen zu unterscheiden und sich vom Leiden generell abzugrenzen.

Weitere erfragte Punkte sind die Kommunikation, also ob die Osteopathen ihre Wahrnehmungen ansprechen und diese bestätigt werden, und welchen Stellenwert sie der Empathie im osteopathischen Diagnoseprozess beimessen.

Es folgt ein Absatz der Reflektion und ein Absatz, der sich mit einer möglichen Zukunft und einer Einbindung der Resultate in die Osteopathieausbildung beschäftigt.

Diese Punkte sollen nun der Reihe nach angesprochen werden.

Aus den Interviews geht hervor, dass alle Befragten bewusst aus Körpersprache, Mimik, verbalem Ausdruck und Reaktionen des Patienten Rückschlüsse auf Einstellungen, Charakter,

Emotionen, Energielevel, Interessen und Zufriedenheit des Patienten ziehen.

Bei Empathie wird durch eine innere Nachahmung des körperlichen Ausdrucks auf mentale Aktivitäten und Erfahrungen des Gegenübers geschlossen (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2009, in Kapitel 2.1.).

Durch dieses Sichhineinversetzen in den anderen können dessen Perspektiven und Bezugssysteme (vgl. Zwick, 2004, in Kapitel 2.1.) und psychoemotionale Inhalte (vgl. Kohut, 1987, in Kapitel 2.4.2.) erfasst werden. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Osteopathen über Empathie zu oben genannten Informationen gelangen.

Dabei kommt sowohl kognitive Empathie (beispielsweise wenn Frau B sich in die Situation eines Kindes hineinversetzt) als auch emotionale Empathie (beispielsweise wenn die Stimmung eines Elternteils erspürt wird) zum Tragen (vgl. Preston et al, 2007, in Kapitel 2.3.).

Die Angaben über Einstellungen, Emotionen und Wesensart der Patienten wurden aus der Körpersprache, aus der Art und Weise, wie der Patient zur Tür hereinkommt und einen begrüßt, aus dem Klangbild der Stimme, seiner Haltung und seinen Reaktionen erspürt. Dies zeigt ein erfolgreiches “Spiegeln” und innerliches Nachahmen an, das es ermöglicht das Verhalten des Gegenübers nachempfinden und verstehen zu können (vgl. Rizzolatti et Sinigaglia, 2008, in Kapitel 2.4.4.).

Herr C gibt an, dass er die Patienten auf allen Ebenen und mit allen Sinnen zu erfassen versucht und macht auch Aussagen über deren Selbstwertgefühl, Liebes-, Kommunikations- und Konzentrationsfähigkeit.

Herr D führt den Begriff des “Sensum” auf, ein Erfühlen, das über das reine Palpieren hinausgeht und eine unbewusste, intuitive Synthese aller Sinne ist.

Auch Liem (2006, vgl. Kapitel 2.8.) befürwortet die Integration aller Sinneswahrnehmungen in der Osteopathie um zu einer differenzierten Diagnose und Behandlung zu gelangen.

Allerdings hängt laut Perception-Action-Modell der Empathie (vgl. Kapitel 2.4.4.) der Grad der Aktivierung von Repräsentationen davon ab, wie viel Aufmerksamkeit dem Objekt geschenkt wird (Preston, 2007). Diesbezüglich gab eine der Interviewten an, dass man wahrscheinlich immer wieder auf die selben Wahrnehmungen achtet und sich auf Neues nicht einlässt. Offenheit bezüglich unerwarteten Wahrnehmungen erscheint ratsam und auch Liem (2006) empfiehlt die Aufmerksamkeit anfangs noch nicht zu fokussieren (vgl. Kapitel 2.8.).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die befragten Osteopathen über Empathie Informationen gewinnen, bewusst wahrnehmen und verarbeiten und mit Ausnahme einer einzigen Interviewten geben alle an, dass ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen ihre weitere

Behandlung beeinflussen und sie ihren Umgang mit dem Patienten, ihre Wahl der Behandlungsart und ihre Adaptation an den Patienten mitbestimmen.

Über körperliche Wahrnehmungen im eigenen Körper machen nur einige der Befragten Angaben. So spürt beispielsweise Frau B im ganzen Körper die Schwingungen des Therapieraums und ob während der Schwangerschaft ein Zwilling da war.

Lediglich Herr C gibt an, dass er manchmal die Beschwerden seiner Patienten körperlich nachempfindet, was auf eine erfolgreiche Einfühlung hindeutet (vgl. Havens in Kapitel 1.1.). Er ist sich allerdings nicht sicher, ob dies gut ist und auch Hojat (2007) empfiehlt, die Gefühle des Patienten nur bis zu dem Punkt zu fühlen, dass sie verstanden werden, aber eine Überbeteiligung, die die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen und die Leidensfähigkeit strapazieren kann, zu vermeiden (vgl. Kapitel 2.2.).

Frau E erzählt, dass sie tief seufzen muss, wenn sich im Patienten etwas löst. Dies wird als Körperempathie (*“die reflektierte Wahrnehmung der körperlichen Prozesse und Erscheinungen, die im Therapeuten auftreten im Wege der Einfühlung in den Patienten.”* (Hess-Liebers, 1999, S. 314) gewertet. (vgl. Kapitel 2.7.)

Die Abgrenzung zwischen eigenen und fremdinduzierten Wahrnehmungen scheint nicht leicht zu fallen (*“schwierige Frage”*; *“ich weiß es nicht [...] ich glaub’s halt”*). Vier der befragten Osteopathen halten es für wichtig, sich selbst und die eigenen Schwachstellen so gut wie möglich zu kennen, um stabil zu sein, eine neutrale oder “leere” Haltung einnehmen zu können und aufgrund des Kennens des eigenen Zustandes unterscheiden zu können, welche Empfindung von wem kommt.

Eine gute Selbstwahrnehmung wird als Grundlage der Empathie gesehen (vgl. Goleman, 2007, in Kapitel 1.3.). Stabilität scheint ratsam, da Stress und Anspannung die Signalrate der Spiegelneurone massiv reduzieren (vgl. Bauer, 2005, in Kapitel 2.4.4.). Und für Kohut (1987) ist es bei einer empathischen Behandlung wesentlich auf eine Änderung der eigenen Gefühle zu achten, wofür eine neutrale Haltung des Therapeuten hilfreich ist (vgl. Kapitel 2.4.2.).

Der Literatur zufolge kann die Empfehlung sich gut zu kennen, stabil und neutral zu bleiben, befürwortet werden.

Zur Vermeidung von Mitleiden empfiehlt Hojat (2007) die Gefühle des Patienten mehr zu verstehen, als zu teilen (vgl. Kapitel 2.1.2.). Dieser Meinung ist auch Fryman (1998, in Kapitel

2.8.). Sie rät dazu, wie auch Rogers (2006, in Kapitel 2.4.3.) und Kohut (1987, in Kapitel 2.4.2.) die Position des objektiven Beobachters nicht aufzugeben.

Die Befragung der Osteopathen zeigt jedoch an, dass viele der Befragten mit der Abgrenzung vom Leiden Schwierigkeiten hatten oder noch haben. So geben mehrere an, sich nach manchen Behandlungen schlecht und elend gefühlt zu haben. Frau B erzählt, dass ihr manches wehtut, ans Herz geht und sie dann Tränen in den Augen hat.

Es scheint so als hätten alle der Interviewten - außer zweien, die sich durch Visualisierung bzw. Verbündung mit der Gesundheit des Patienten schützen - Probleme mit der Abgrenzung vom Leiden gehabt. Sie lernten oft erst mit der Zeit damit umzugehen und verwenden häufig eine Normalisierung des Schmerzes (*“gehört eben dazu”*), um besser damit zurechtzukommen. Eine andere Strategie ist es, sich nicht mehr so sehr auf den Patienten einzulassen, was der Ansicht Liem widerspricht, der sagt: *“Ganz besonders ist die Fähigkeit des Behandlers zu fördern, sich möglichst bedingungslos und empathisch dem Patienten gegenüber zu öffnen”* (Liem, 2006, S.202, in Kapitel 2.8.).

Die Beibehaltung des Beobachterpostens scheint nicht einfach. Deshalb wäre es ratsam schon in der Ausbildung einen bewussten Umgang mit Schmerzen und Leiden zu vermitteln, die Beibehaltung des Beobachterpostens zu schulen und eventuell ein paar Strategien (wie Visualisierung oder Verbündung mit der Gesundheit) zu unterrichten, damit sich die Therapeuten im Falle einer emotionalen Überbeteiligung oder des Auftretens starker negativer Gefühle zu helfen wissen.

Ich habe mich in dieser Arbeit nicht damit befasst, ob empathische Kommunikation als Bestandteil der Empathie zu sehen ist (vgl. Kapitel 2.3.).

Vielfach postuliert wird, dass sie dem Behandlungserfolg sehr zuträglich ist (Hojat, 2007; Liem, 2006; Novy, 2007).

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Wahrnehmungsaspekt der Empathie. Deshalb wurden die Interviewten befragt, ob sie ihre Wahrnehmungen ansprechen, um herauszufinden ob diese bestätigt werden.

Die meisten Befragten gaben an ihre Wahrnehmungen je nach Patienten und ihrer Einschätzung, ob ein Ansprechen erwünscht ist (wiederum ein empathischer Vorgang), anzusprechen. Wenn sie ihre Wahrnehmungen aussprechen, werden diese nach ihren Aussagen großteils bestätigt. Laut Novy (2007) hilft die Sprache empathisch Wahrgenommenes zu bestätigen oder zu widerlegen und so den Sachverhalt und den Patienten vollständiger wahrzunehmen (vgl. Kapitel 2.4.3.).

Es zeigte sich jedoch im Laufe der Interviews, dass fast alle Interviewten irgendwann an einen

Punkt gelangten, an dem sie ihre Wahrnehmungen nicht mehr in Worte fassen konnten (vgl. Kapitel 3.8.2.). Dies könnte daran liegen, dass durch Intuition sehr viele Informationen in sehr kurzer Zeit verarbeitet werden (vgl. Krause, 2008, in Kapitel 3.8.2.). Dadurch fehlt den Befragten aber auch die Möglichkeit ihre Wahrnehmungen zu verbalisieren (vgl. Bauer, 2005, in Kapitel 3.8.2.) und durch Kommunikation abzugleichen.

Zum Stellenwert der Empathie im Diagnoseprozess befragt kamen Aussagen von *“einen sehr hohen”*, über *“Empathie ist sowieso dabei”*, bis Empathie ist *“für Anamnese und Diagnose nicht wichtig”* aber für ein allumfassendes Verständnis und eine Unterstützung des Patienten schon. Zweimal wurde eine Antwort bezüglich Sympathie gegeben, was auf eine schlechte Verankerung des Wortes Empathie im Sprachgebrauch hindeuten könnte.

Die Verordnung des Stellenwertes der Empathie im Diagnoseprozess scheint von Seiten der Befragten ebenso wie der Begriff der Empathie etwas unklar auszufallen.

Lipps (2006/1906) empfiehlt die erfüllten Inhalte auch mit dem Verstand zu hinterfragen und zu bedenken, dass das Gefühlte stark von eigenen Erfahrungen und Erlebnissen geprägt ist (vgl. Kapitel 2.4.1.). Auch Preston (2007) sagt, dass es keine Empathie ohne Projektion gibt, da immer eigene Repräsentationen zur Einfühlung verwendet werden (vgl. Kapitel 2.4.4.). Es geben jedoch nur zwei der Befragten an, Empfindungen, die sie als vom Patienten kommend wahrnehmen, bewusst zu hinterfragen. Es könnte jedoch ein möglicher Nachteil von Empathie sein, nicht mehr zu hinterfragen, was man zu spüren vermeint und falsche Schlüsse zu ziehen (Auster et Weiner, 2007, in Kapitel 2.6.).

Diese Studie kann nur feststellen, dass die außergewöhnlichen Empfindungen selten hinterfragt und oft nicht ausgesprochen und dadurch verifiziert werden. Mithilfe des problemzentrierten leitfadengestützten Interviews kann nicht eruiert werden, wieviel Empathie die befragten Osteopathen tatsächlich aufbringen, wieviel sie zum Informationsgewinn nutzen, wie sie diese kommunizieren und wie oft Gefühlsansteckung (vgl. Kapitel 2.1.1.) oder Projektion (vgl. Kapitel 2.1.4.) zum Tragen kommen (vgl. Rosenthal, 1995, in Kapitel 3.1.1.).

Es kann kritisch angemerkt werden, dass in den Interviews nicht in allen relevanten Punkten ausreichend intensiv nachgefragt wurde. Dies ist der Unerfahrenheit der Interviewerin zuzuschreiben.

Weiters beschäftigt sich diese Arbeit mit der Wahrnehmung durch Empathie. Deshalb wurden einige Phänomene wie das Erspüren, dass manche Läsionen emotional bedingt sind, das Erfühlen einer Traurigkeit im Gewebe oder das Feststellen, dass in der Schwangerschaft ein

Zwilling da war, der Empathie zugeschrieben, da über Empathie zu einem Verständnis von psychoemotionalen und Bewusstseinsinhalten (vgl. Kapitel 2.4.2.) gelangt wird.

Es könnte jedoch sein, dass hierbei noch andere Wahrnehmungsebenen eine Rolle spielen. Auch wird zweimal von “Austausch” von Energie oder Schmerzen gesprochen. Dies kann mittels angeführter Empathietheorien nicht erklärt werden.

Die Fähigkeit sich in einen anderen einzufühlen wird durch die erste Bindung erworben und ist ein Grundlage für unsere Empathiefähigkeit im Erwachsenenalter (Hähn-Jakobs, 2008, in Kapitel 2.4.5.). Allerdings lässt sich die Empathiefähigkeit auch später noch trainieren, beispielsweise durch Rollenspiele, das Übernehmen von Perspektiven, etc. (vgl. Kapitel 2.9.). Da das Resultat jeder diagnostischen und therapeutischen Methode auf der Wahrnehmung des jeweiligen Therapeuten beruht (Krause, 2008, in Kapitel 2.8.) und Selbstwahrnehmung die Grundlage von Empathie ist (Goleman, 2007, in Kapitel 1.3.), sollten Osteopathen auf eine gute Körpererigenwahrnehmung achten und ihre Selbstzustände gut regulieren können (Hess-Liebers, 1999, in Kapitel 2.7.). Des Weiteren empfiehlt es sich, Offenheit und die Fähigkeiten zur Beibehaltung der Beobachterposition, zur Reflektion der Wahrnehmungen, zur Verbalisierung der Empfindungen und zur empathischen Kommunikation zu trainieren bzw. in der Ausbildung vermehrt zu berücksichtigen.

In dieser Arbeit wurde das Thema der empathischen Kommunikation weitgehend ausgespart. Weitere Studien diesbezüglich wären wünschenswert. Auch wäre es interessant die Empathiefähigkeit von Osteopathen mittels der Jefferson Scale of Physician Empathy zu evaluieren (vgl. Kapitel 2.1.) und zu vergleichen, ob höhere Empathiewerte mit größerer Patientenzufriedenheit korrelieren (vgl. Hojat, 2007). Ebenso bleibt näher zu erforschen, inwieweit Empathie hilft eine gute Patient-Therapeut-Beziehung zu etablieren (vgl. Kapitel 2.5.).

Aus dieser Studie geht hervor, dass Empathie eine Möglichkeit ist, um relevante zusätzliche Informationen über den Patienten zu erhalten und Empathie ist somit als Teil des Wahrnehmungsprozesses in der Osteopathie zu sehen.

5. Danksagung

Ich möchte all jenen danken, die mich auf meinem Weg unterstützen und begleiten.

Mein besonderer Dank gilt meinen geliebten Eltern, Mag^a. Sandra Gombotz, auf deren Unterstützung ich immer zählen kann und den Osteopathen, die sich bereitwillig für die Interviews zur Verfügung stellten.

6. Literaturverzeichnis:

ADOLPHS, R. 2009. The social Brain: Neural Basis of Social Knowledge. *Annu Rev Psychol.* 60: 693-716

AUSTER, S. und WEINER, S. 2007. From empathy to caring: Defining the ideal approach to a healing relationship. *Yale Journal of Biology and Medicine.* 80: 123-130

BAUER, J. 2005. Warum ich fühle, was du fühlst. Hoffmann und Campe Verlag. Hamburg

DAMASIO, A. 2004. Descartes' Irrtum: Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. Ullstein. München

DAMASIO, A. 2003. Der Spinoza-Effekt. List Verlag. München

EISLER, R. 1904. Wörterbuch der philosophischen Begriffe. Band 2. Berlin
http://www.textlog.de/eisler_woerterbuch.html

- FLICK, U. 2002. 6. Auflage. Qualitative Sozialforschung. Rowohlt. Hamburg
- FELDER, R. 2007. Empathie als Teil des Wahrnehmungsprozesses in der Osteopathie. Krems
Masterhese: Donauuniversität Krems
- FRITH, C. et SINGER, T. 2008. The role of social cognition in decision making ? London
- FRYMAN, V. 1998. Die gesammelten Schriften von Viola M. Fryman, DO. Jolandos. Pähl
- GASSNER, B. 2006. Empathie in der Pädagogik: Theorien, Implikationen, Bedeutung,
Umsetzung. Heidelberg. Dissertation: Universität Heidelberg
- GOLEMAN, D. 2007. 19. Auflage. Emotionale Intelligenz. DTV. München
- GOLEMAN, D. 2008. Soziale Intelligenz. Knaur. München
- HÄHN-JAKOBS, Ch. 2008. Empathie und Osteopathie. Masterthese: College Sutherland
- HAKANSSON, J. 2003. Exploring the phenomenon of empathy. Stockholm. Doctoral
Dissertation: Stockholm University
- HESS-LIEBERS, W. 1999. Erfahrungen mit Körper-Empathie. Forum Psychoanal. 15: 312-326
- HOJAT, M. et al. 2002. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and
Relationship to Gender and Speciality. AM J Psychiatry. 159: 1563-1569
- HOJAT, M. 2007. Empathy in Patient Care. Springer. New York
- KAUFMANN, J.C. 1999. Das verstehende Interview. UVK. Konstanz
- KOHUT, H. 1987. Wie heilt die Psychoanalyse? Suhrkamp. Frankfurt
- KRAUSE, R. 2008. Palpation-Wahrnehmung-Heilung. Sonntag-Verlag. Stuttgart

LAMNEK, S. 2005. 4.Aufl. Qualitative Sozialforschung. Beltz. Weinheim

LIPPS, T. 1906. Repr. der Originalausgabe v. 1906. Leitfaden der Psychologie. Engelmann.
Leipzig

LEO – Dictionary. Deutsch- Englisch-Wörterbuch. <http://dict.leo.org/>

LIEKAM, S. 2004. Empathie als Fundament pädagogischer Professionalität. München.
Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München

LIEM, T. et Dobler, T.K. 2002. Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken. Urban & Fischer.
München

LIEM, T. 2006. Morphodynamik in der Osteopathie. Hippokrates. Stuttgart

LINDON, D. 2007. Medical students' views regarding the role of empathy in patient-physician
interactions. Oklahoma. Dissertation: Oklahoma State University

MAYRING, P. 2002. 5. Auflage. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz.
Weinheim

MAYRING, P. 2003. 8. Auflage. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz.
Weinheim

MILLER, R.C. 2008. The somatically preoccupied patient in primary care: use of attachment
theory to strengthen physician-patient relationships. Osteopathic Medicine
and Primary Care. 2: 6

NOVY, R. 2007. Therapist-Patient-Relationship in Osteopathy: How do osteopaths form their
relationship to patients? Krems. Masterthesis: Donauuniversität Krems

NOVY,R. et SOMMERFELD, P. 2009. Wie gestalten Osteopathen die Beziehung zu ihren
Patienten? Deutsche Zeitschrift für Osteopathie. 2: 6-9

- NUMMENMAA, L. et al. 2008. Is emotional contagion special? An fMRI study on neural systems for affective and cognitive empathy. *NeuroImage* 43: 571-580
- PRESTON, S.D. et DE WAAL, F.B.M. 2002. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences* 25 : 1-72
- PRESTON, S. D. 2007. A perception-action model for empathy. In: T.F.D. Farrow & P. Woodruff (Eds.), *Empathy in Mental Illness*. pp. 428-447. Cambridge University Press. Cambridge
- PRESTON, S.D. et al. 2007. The neural substrates of cognitive empathy. *Social Neuroscience*. 1-22
- RIZZOLATTI, G. und SINIGAGLIA, C. 2008. *Empathie und Spiegelneurone: Die biologische Basis des Mitgefühls*. Suhrkamp Verlag. Frankfurt
- ROGERS, C. 2006. 16. Auflage. *Entwicklung der Persönlichkeit*. Klett-Cotta. Stuttgart
- ROSENTHAL, G. 1995. *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte*. Campus. Frankfurt
- SCHORE, A.N. 2007. *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Klett-Cotta. Stuttgart
- SPONSEL, R. 2009. *Einfühlung und Empathie*. Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie. Erlangen http://www.sgipt.org/hm/hm_einf.htm
- STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY - <http://plato.stanford.edu>
- STEIN, E. 2008. Repr. d. Dissertation von 1917. *Zum Problem der Einfühlung*. Gesamtausgabe: Bd. 5. Herder. Freiburg
- ZWICK, E. 2004. *Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin*. Band 1. LIT-Verlag. Münster

6. Anhang - Interviewleitfaden

Ich schreibe meine Masterthese über Wahrnehmung und Diagnose in der Osteopathie. Dazu möchte ich sechs Osteopathen befragen. Ich möchte Sie nun darum bitten sich an einen Ihrer letzten Patienten zu erinnern. Können Sie mir anhand dieses Falles erzählen, wie eine Anamnese bei Ihnen abläuft?

Was haben Sie über das Sprachliche hinaus noch wahrgenommen?

.... was noch? ...Wie?...Was dabei empfunden?...

....haben Sie bei der Untersuchung etwas gespürt, das über das Erfühlen von Strukturen und Bewegungen hinausging?

....wo/wie haben Sie etwas gespürt?

...wie hat das Ihre Behandlung beeinflusst?

Haben Sie schon einmal während einer Therapie Dinge wahrgenommen, die nicht ausgesprochen wurden und nicht mit dem Auge ersichtlich waren?

Können Sie mir ein Beispiel dazu geben?

...woran/wie wahrgenommen?...

...wie haben Sie es angesprochen?

...wie haben Sie gemerkt, dass sie richtig liegen?

...wie hat es Ihr weiteres Vorgehen beeinflusst?

...woran haben Sie gemerkt, dass die Empfindung nicht von Ihnen kommt?

Wenn Sie an andere PatienInnen denken, bei welchen war es für Sie noch besonders auffallend, dass sie etwas wahrnehmen, das über das Sprachliche hinausgeht-bitte erzählen Sie mir davon

....

Wie häufig kommt so etwas in Ihrem Therapeutenalltag vor?

Können Sie mir auch ein Beispiel geben wo Ihre Wahrnehmung nicht so deutlich von Ihrem

eigenen Empfinden abgrenzbar war?

...wie sind sie damit umgegangen?

Wie nehmen Sie das Leiden ihrer Patienten wahr?

...haben Sie es schon einmal körperlich nachempfunden? - Beispiel?

...wie grenzen Sie sich davon ab?

...welche Haltung nehmen Sie dem Leiden ihrer PatienInnen gegenüber ein?

Welchen Stellenwert messen Sie Empathie im Diagnoseprozess bei?

Vielen Dank für das Interview!

Empathy as Part of the Perception Process in Osteopathy Part II

A qualitative study

by Irene Christina Fiedler

Introduction

This masterthesis tries to find an answer whether empathy can be assumed to be part of the perception process in osteopathic medicine. Therefore a study with guideline-oriented, problem-centered interviews was conducted with six osteopaths with more than five years of practice since finishing their academic studies.

First it is important to outline the term „empathy“. Therefore Felder's work (2006) on „empathy as part of the perception process in osteopathy“ is used and his theoretical concept is backed up by further literature. Some definitions of empathy are quoted, to clarify the term „empathy“.

Furthermore it seems important to distinguish between empathy, emotional contagion, compassion and projection. Especially in clinical context the difference between empathy and sympathy should be considered. One chapter will both discuss the potential importance of empathy to osteopathic medicine and examine findings in osteopathic literature.

The next part of this paper will deal with the methods and conduction of this qualitative study. The last chapter gives the final results.

Empathy:

The English term 'empathy' was introduced in 1909 by Titchener as an English equivalent for the German word „Einfühlung“ (Hojat, 2007). He thought of it as a kind of physical imitation of the emotions of others. Lipps was the first person who broadly described the concept of „Einfühlung“. For him it is a conscious process and essential for interpersonal perception. He advises to question the felt contents and to consider that the provided information is formed by your own experiences.

Stanford Encyclopedia of Philosophy says that empathy can be considered as an „*inner*“

imitation' where my mind mirrors the mental activities or experiences of another person based on the observation of his bodily activities or facial expressions.“ (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2009, p.3).

This definition is backed up by relatively new neuroscience findings, like the discovery of mirror neurons. In 1992 Rizzolatti found out that these neurons get active not only when a monkey performs an action (like picking up a peanut) but also when he only observes this action done by an other person or monkey. These mirror neurons could be found in humans too and the inner imitation provided can give an explanation of how we can understand the actions and emotions of others (Rizzolatti et Sinigaglia, 2008). In order to understand emotions a kind of „nonverbal affect-lexica“ in our right hemisphere is used, which enables us to evaluate mimic, gesture, posture, vocal intonation, action approaches, etc. in less than 30 milliseconds (Schorer, 2007). Preston et de Waal (2002) designed the perception-action-model (PAM) of empathy which is also based on an inner imitation of the emotional condition of another person. By perceiving a person's state or action the same regions in the brain become active which are responsible for the state or action itself. How far the two conditions resemble each other in the end depends on whether the subject has got matching representations of the state of the object. This kind of inner imitation seems to be a totally automatic process although the degree of activation of representations depends on the attention provided (Preston, 2007) and fear, tension and stress reduce the signal rate of mirror neurons (Bauer, 2005).

The term „empathy“ became more often used and popular in the second half of the last century due to the two psychologists Rogers and Kohut.

For Rogers (2006) „empathy“ means to feel the private world of the client but without losing the 'as-if'-quality. For him empathy is an important factor of therapeutic diagnosis and he underlines that the therapist needs to have access to his feelings and is capable to communicate them. Kohut (1987) describes empathy as a vicarious introspection maintaining the position of the objective observer. Through this the therapist is allowed to get essential information about psychoemotional contents of his patient. For Kohut it is important to pay attention to the changing of the therapist's and the patient's feelings during treatment (Schorer, 2007).

In his paper Felder (2006) uses the definition of Zwick (2004):

„Empathy [...] requires the ability to put oneself in the situation and emotional state of an other person for deeper understanding und therefore goes noticeably beyond a verbal comprehension of messages. Empathy ultimately means the ability to take the perspective of an other person, to

grasp his internal frame of reference. Consequently, empathy is a question of perceptive ability“ (Zwick, 2004, p.90; my own translation)

This means that by empathy it should be possible to understand the perspective and the internal frame of an other person.

The psychoanalyst Hess-Liebers describes body-empathy „*as the reflected perception of bodily processes and occurrences which take place in the therapist on the way of feeling into the patient.*“ (Hess-Liebers, 1999, p. 314, my own translation).

This means that while feeling into the patient the therapist can experience feelings and changings in his own body like itching, pressure, pain or vegetative symptoms. The therapist can get new findings and understanding out of this and through verbalizing he can make this information accessible for the patient. Novy (2007) postulates that language helps to confirm or disprove the empathized sensations which leads to a clearer picture of the patient and his problem.

In order to deal with body-empathy the therapist needs good selfawareness and has to be able to regulate his own states (Hess-Liebers, 1999).

Goleman (2007) too stresses that selfawareness can be seen as the basis of empathy. The more open we are for our own emotions the better we can interpret the feelings of others.

The inconsistent interpretation and use of some terms like „empathy“, „emotional contagion“, „sympathy“, „compassion“ or „projection“ produced some confusion in the past (Hojat, 2007), that is why they should be outlined now:

Empathy and emotional contagion:

With emotional contagion the subject gets to feel the emotional state of the object , which is why it may be considered the basic requirement of empathy (Liekam, 2004). But the subjects are not conscious of this and they are not able to distinguish between their own and foreign-induced feelings (Nummenmaa et al., 2008).

Empathy, sympathy and compassion:

As proposed by Hojat (2007) the degree of cognitive and emotional involvement is different in the two concepts of empathy and sympathy.

“Empathy is a predominantly cognitive (rather than an emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to communicate this understanding.” (Hojat, 2007, p.80)

Compassion, the emotional component, is present in both concepts but the aim of empathy is to *know* another person's concerns whereas the aim of sympathy is to *feel* another person's emotions. Self-awareness is augmented in empathy, but it is reduced in sympathy. In context of patient care this means that by using empathy the clinician should feel the patient's feelings only to the point of understanding the patient without impeding professional judgment. A sympathetic sharing of the patient's emotions may lead to physiological arousal, thus increasing the likelihood of egoistic behavior or withdrawal to reduce emotional arousal. (Hojat, 2007)

Empathy and projection:

In some ways there is no empathy without projection because the subject always uses his own representations to recreate the state of the object.

But projection means that I refer my own state to the other person whereas empathy means that I feel the state of the other person. (Preston, 2007)

Empathy in Osteopathy:

Osteopathy is a holistic concept of treatment:

*„The aim of osteopathic diagnosis is to see the found somatic dysfunction in context with the **whole** person. Not until then the whole, osteopathic lesion of the patient can be understood. That is the traditional description of 'holism'. That is the way an osteopath approaches medical pathology, primary and secondary dysfunctions, psychosocial aspects and emotional factors in his diagnosis.“* (Liem et Dobler, 2002, p.55; my own translation)

So psychosocial and emotional factors need to be included in osteopathic diagnosis to understand the problem in context with the whole person. Through empathy this should be possible. Liem (2006) also says that the competence of the osteopath to open up to the patient as unconditionally and empathically as possible and to use his intuition and his whole awareness to experience the multiple aspects of the patient should be fostered.

As long as we get information through our empathic perception and our mirror neurons, we can use this to get a differentiated picture of our patients.

Furthermore empathy enables the therapist to establish better therapeutic relationships, it allows the patient to put more trust into the therapist, to open and bring up possibly important information, which the therapist on the other side can comprehend and use better. (Hojat, 2007) Liem (2006) is the only author of osteopathic literature found who writes about empathy itself.

Fryman (1998) and Krause (2008) use the term „compassion“. For Fryman compassion seems to be the same that is described as empathy in this work, because she says that compassion doesn't mean to become absorbed by the problems of the patient but to *understand* him while maintaining the viewpoint of an observer. She postulates compassion as the key to greater diagnostic perception.

Fryman (1998) and Liem (2006) agree that osteopaths should train their attention for selfawareness and emotional and intuitive perception.

Krause (2008) says that compassion helps to support healing in many ways. He describes many techniques to increase selfawareness and stresses that the result of every diagnostic and therapeutic method depends on the perceptual abilities of the therapist.

Methods:

The method of guideline-oriented, problem-centered interviews was chosen to answer the research question whether empathy can be considered a part of the perception process in osteopathy. Six osteopaths with more than five years' experience as osteopaths were interviewed.

Out of the theoretical concept a guideline was developed. The matter of interest was whether information achieved through empathy is mentioned. Therefore the question posed was which perceptions the osteopaths could name apart from verbal and obvious information and beyond the normal palpation of structures and movements. These perceptions will subsequently be named as extraordinary perceptions. Not because they are extraordinary indeed but to mark the difference to information osteopaths usually write down during diagnosis like patient data, status, movements and restrictions, etc. The idea behind this is: If the osteopaths mention impressions they gained on behalf of character, psychoemotional contents (cf. Kohut, 1987), perspectives (cf. Zwick, 2004), etc. it can be assumed that empathy has taken place.

Another concern was whether these extraordinary perceptions influence further therapy, whether the osteopaths could report perceptions in their own body through body-empathy (cf. Hess-Liebers, 1999) and how they were able to differentiate between their own and foreign-induced feelings. It was also asked how the osteopaths could demarcate from the patient's suffering and

whether they verbalized their perceptions to find out if their findings could be confirmed. The last question was about the significance they attributed to empathy in the perception process. Only in this question the word 'empathy' was used.

The interviews have been transcribed, analysed and paraphrased according to Mayring (2002). The reduced material has been interpreted, set into context with the research question and compared among each other (Mayring, 2003).

This study could not find out how much empathy the questioned osteopaths really bring up for their patients, nor how this helps them in diagnosis and therapy because the information gained through the method of interview shows always experiences currently presented of the interviewees and not past reality itself (Rosenthal, 1995).

Results:

The interviews showed that all of the questioned osteopaths made conclusions about attitudes, character, emotions, level of energy, interests and satisfaction of the patients out of body language, mimic, verbal expressions and reactions of their patients. Empathy is described as „*an 'inner imitation' where the mind mirrors the mental activities or experiences of an other person based on the observation of his bodily activities or facial expressions*“ (cf, Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2009, p.9). Through this feeling into an other person his perspectives and his internal frame of reference (cf. Zwick, 2004) and psychoemotional contents (cf. Kohut, 1987) can be grasped. That is why it can be assumed that the osteopaths got to their aforementioned information through empathy. They seemed to mirror the way their patients come through the door and greet, their modality of voice, their posture and reactions (cf. Rizzolatti et Sinigaglia, 2008) and could therefore make conclusions about their characters, their emotions and perspectives. Declarations about the patient's self-esteem and his capability to love, to concentrate and to communicate have been made as well.

One of the questioned osteopaths says that he tries to grasp the patient on all layers and with all senses. Another cites the term „*sensum*“ which means for him a feeling beyond palpation and which is an unconscious, intuitive synthesis of all senses including empathy too. Liem (2006) also endorses the integration of all senses to get to a differentiated picture of the patient.

One interviewee mentioned that you probably always pay attention to the same experiences and that you aren't open for new sensations. Openness concerning new perceptions seems to be advisable and Liem (2006) recommends not to focus your attention at the beginning of the examination.

All but one interviewees said that their extraordinary perceptions affect their further way of treating, their interaction with the patient and how they adapt their treatment.

Only few reported sensations in their own body (cf. Hess-Liebers, 1999). One said that she felt the vibrancy of the therapy room in her body and also whether there had been a twin during pregnancy (she treats children). One told that she has to sigh when tensions release in the patient.

Only one declared that he could feel the pain of the patient in his own body.

The differentiation between one's own and foreign-induced perceptions seems to be challenging (*„difficult question“, „good question“, „I don't know [...] I just think so“*; my own translation). Four of the interviewees recommended being aware of yourself and your weak points, trying to be stable and taking a neutral or „empty“ position. The advice that one should be selfaware accords with the opinion of Fryman (1998), Goleman (2007), Hess-Liebers (1999) and Liem (2006). Hess-Liebers (1999) also recommends that a therapist should be able to regulate his emotional state what overlaps with trying to be stable.

Because stress and tension reduces the signal rate of the mirror neurons (cf. Bauer, 2005) there is another reason for trying to stabilize yourself.

To try to be neutral seems to be a good advice too so you can observe the changings of your feelings like Kohut (1987) recommends.

Lipps (2006/1906) advises to question the felt contents and to consider that the provided information is formed by your own experiences. But only two osteopaths told that they consciously question feelings they sense as coming from the patient.

Most of the interviewees have or have had problems to demarcate themselves from the sufferings of the patients. Many tell that they felt bad and distressed after some treatments. One reports that some cases still are painful for her and go to her heart and move her to tears.

Some tell that they have learned to manage these problems better in the course of time. They use some kind of normalisation of the pain (*„it's just part of it“, „it isn't that tragic, everybody has got some pain sometimes“*; my own translation). Two of the osteopaths say that they don't let themselves 'flow into the patient that far' any more. Hojat (2007) postulates that the therapist should feel the feelings of the patient only to the extent that he understands but doesn't become emotionally overwhelmed. If this is what the two osteopaths are trying to do it seems to be alright. But on the other hand Liem (2006) states that the ability of the practitioner should be

fostered, to open up to the patient as unconditionally and empathically as possible to understand the multiple aspects of the patient. From this point of view the posture of not letting yourself 'flow that far into the patient' seems striking. One of the two also tells that she does not like it very much to touch these patients (who have big problems), which can be read as a withdrawal. Only two of the interviewees do not seem to have problems with demarcation from the suffering of the patient and both of them have got their own strategies: One uses visualisation like imagining himself in the center of an energy zone when needed. The other one allies with the aspired good health of the patient.

Fryman (1998), Rogers (2006) and Kohut (1987) advise therapists to maintain the position of an objective observer to keep from suffering with the patient. This does not seem to be easy. As long as so many of the questioned osteopaths seem to have or have had problems with demarcation, the aspect of consciously handling suffering and pain should be outlined in osteopathic education. The maintaining of the observer position could be trained and some strategies (like visualisation or allying with health) could be taught to prevent osteopaths from suffering with their patients.

This study does not deal with the aspect whether empathic communication can be seen as part of empathy but focusses on the perception aspect of empathy. That is why the interviewees were asked if they verbalize their perceptions and assumptions to find out whether they are right or wrong. Most of the questioned therapists tell that they pronounce their extraordinary perceptions according to their appraisal of the patient (again an empathic act). When they address their emphasized impressions they generally prove to be true. Going with Novy (2007) language helps to confirm the felt sensations and to get a clearer picture of the patient and his problem. But nearly all of the interviews showed that the osteopaths get to a point where they cannot put their perceptions into words any more. Thus they might miss an opportunity to communicate their impressions and adjust them.

Asked about the significance they attribute to empathy in the perception process the answers ranged from „*a very high one*“ till „*not important for anamnesis or diagnosis*“. For a total understanding of the patient, however, empathy was considered very important. This statement seems striking as long as osteopathy tries to understand the dysfunction in context with the whole patient (cf. Liem et Dobler, 2002).

One of the people questioned tells that empathy is present anyway, one says that empathy is a part but it is the overall perception that is important and two interviewees give an answer

concerning sympathy. So the ranking of empathy in the perception process by the interviewees seems to be as ambiguous as the term itself seems to be blurry.

The ability to empathize with someone is gained through the first attachment in life and this is a precursor for our empathic competence in adulthood (Hähn-Jakobs, 2008). But empathy can be enhanced throughout life (Hojat, 2007; Bauer, 2005; Goleman, 2007) for example with role plays or by deliberately taking a perspective (Preston, 2002). Since a good selfperception is the basis of empathy (Goleman, 2007), osteopaths are urged to improve their selfperception and the regulation of their own state (Hess-Liebers, 1999) to enhance their empathic abilities. According to the interviews it can be advised that openness for new impressions and the abilities to maintain the position of an observer, to reflect the sensations felt and to verbalize your perceptions should be fostered as well as better incorporated in osteopathic education and training.

It might be critically remarked that this paper focuses only on empathy. That is why phenomena like feeling that some lesions are caused by emotions, the sensation of sadness in tissues or the perception that there was a twin during pregnancy, were attributed to empathy, because an understanding of psychoemotional contents (Kohut, 1987) and experiences (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2009) can be gained by empathizing. Exploring those phenomena more thoroughly would in my opinion be interesting and might lead to further insight.

The main result of this study is that empathy is a possibility to gain further relevant information about the patient and thus empathy can be seen as a part of the perception process in osteopathy.

Literature:

BAUER, J. 2005. Warum ich fühle, was du fühlst. Hoffmann und Campe Verlag. Hamburg

FELDER, R. 2007. Empathie als Teil des Wahrnehmungsprozesses in der Osteopathie. Krems.

FRYMAN, V. 1998. Die gesammelten Schriften von Viola M. Fryman, DO. Jolandos. Pähl

GOLEMAN, D. 2007. 19. Auflage. Emotionale Intelligenz. DTV. München

- HESS-LIEBERS, W. 1999. Erfahrungen mit Körper-Empathie. Forum Psychoanal. 15: 312-326
- HOJAT, M. 2007. Empathy in Patient Care. Springer. New York
- LIEKAM, S. 2004. Empathie als Fundament pädagogischer Professionalität. München.
Dissertation: Ludwig-Maximilians-Universität München
- LIEM, T. et Dobler, T.K. 2002. Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken. Urban & Fischer.
München
- LIEM, T. 2006. Morphodynamik in der Osteopathie. Hippokrates. Stuttgart
- MAYRING, P. 2002. 5. Auflage. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz.
Weinheim
- MAYRING, P. 2003. 8. Auflage. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz.
Weinheim
- NOVY, R. 2007. Therapist-Patient-Relationship in Osteopathy: How do osteopaths form their
relationship to patients? Krems. Masterthesis: Donauuniversität Krems
- NUMMENMAA, L. et al. 2008. Is emotional contagion special? An fMRI study on neural
systems for affective and cognitive empathy. NeuroImage 43: 571-580
- PRESTON, S.D. et DE WAAL, F.B.M. 2002. Empathy: Its ultimate and proximate bases.
Behavioral and Brain Sciences 25 : 1-72
- PRESTON, S. D. 2007. A perception-action model for empathy. In: T.F.D. Farrow & P. Woodruff
(Eds.), Empathy in Mental Illness. pp. 428-447. Cambridge University Press.
Cambridge
- RIZZOLATTI, G. und SINIGAGLIA, C. 2008. Empathie und Spiegelneurone: Die biologische
Basis des Mitgefühls. Suhrkamp Verlag. Frankfurt

ROGERS, C. 2006. 16. Auflage. Entwicklung der Persönlichkeit. Klett-Cotta. Stuttgart

ROSENTHAL, G. 1995. Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Campus. Frankfurt

SCHORE, A.N. 2007. Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Klett-Cotta. Stuttgart

STANFORD ENCYCLOPEDIA OF PHILOSOPHY - <http://plato.stanford.edu>

ZWICK, E. 2004. Gesundheitspädagogik. Wege der Konstituierung einer
erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin. Band 1. LIT-Verlag. Münster