

Achtsamkeit und ihre Relevanz in der osteopathischen Praxis

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Osteopathie MSc

eingereicht von

Isabella Andrejic

Department für Gesundheitswissenschaften und Biomedizin

an der Donau-Universität Krems

Betreuer: Ass. Prof. Jan Porthun, MMSc

Betreuerin und Statistische Auswertung: Mag. phil. Dr. rer. nat. Birgit Senft, M. Eval.

Feistritz im Rosental, Oktober 2016

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Isabella Andrejic, geboren am 27.07.1971 in Klagenfurt erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

Meiner Familie

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: In der Literatur wird Achtsamkeit als eine offene, nicht wertende, auf den Moment bezogene und wertschätzende Haltung sich selbst und seiner Umwelt gegenüber verstanden. Sie gilt als wesentliche Kompetenz in der überwiegend nonverbalen Kommunikation sowie therapeutischen Beziehungsgestaltung, bedarf eines Bewusstseins für eine immer wieder von Neuem beginnende Herangehensweise und ist gleichsam Prozess wie Ergebnis.

Ziel der explorativen Studie war die Erfassung des Verständnisses und der Ausprägung von Achtsamkeit sowie von subjektiven Beschwerden an einer Stichprobe von 215 praktisch tätigen OsteopathInnen in Österreich.

Design: Gewählt wurde die Fragebogenmethode in Paper/Pencil- sowie Online-Version. Das Verständnis von Achtsamkeit wurde offen erfragt. Die Daten wurden statistisch/inhaltsanalytisch nach deduktiver Methode ausgewertet.

Ergebnisse: Das Verständnis der OsteopathInnen von Achtsamkeit im Allgemeinen bezieht sich primär auf die Kategorien „Observing“, „Andere wertschätzen/Empathie“, „Aufmerksamkeit auf sich/andere/Umwelt“ sowie „Unmittelbarer Kontakt“. Im Kontext osteopathischer Praxis hingegen am häufigsten auf die Kategorien „Im Tun achtsam sein“, „Fokussierung auf andere“ sowie „Aufmerksamkeit auf sich/andere/Umwelt“ und „Andere wertschätzen/Empathie“. Hohe Ausprägungen zeigen sich in den Dimensionen „Beobachten“, „Mit Aufmerksamkeit handeln“ und „Akzeptieren ohne bewerten“. Die Ausprägungen korrelieren nicht mit Geschlecht, Alter oder Arbeitspensum. Bei erfahrenen OsteopathInnen ist die Dimension „Beschreiben“ höher ausgeprägt. Bei achtsameren OsteopathInnen zeigen sich geringe Beschwerden in Bezug auf Beruf und eigene Person. Die Ausprägung der Achtsamkeit hängt kaum mit Beschwerden im Bereich Familie und Freunde zusammen.

Diskussion: Die Ergebnisse sprechen für eine achtsame Grundhaltung der befragten OsteopathInnen. Inwieweit sich Achtsamkeit auf den therapeutischen Outcome auswirkt könnte Gegenstand zukünftiger Studien sein.

Stichworte:

Osteopathie, Achtsamkeit, Mitgefühl, Selbstfürsorge

ABSTRACT

Background: Mindfulness has been described as an open-minded, non-judgmental, and appreciative attitude which is strongly tied to the present moment. It is an attitude towards oneself and one's environment. Considered to be an essential competence in predominantly non-verbal communication as well as in therapeutic relationships, it requires awareness for original approaches in every new situation and must be understood as a process as well as a result.

The **aim** of the explorative study was to determine the subjects' understanding of mindfulness and its integration in their lives, as well as the subjective complaints. It was conducted with a random sample of 215 osteopaths in Austria. The design was the questionnaire method (paper/pencil and online) with open questions. The data were analysed statistically and by content analysis following the deductive method.

Results: The osteopaths' understanding of mindfulness in general was primarily related to the categories "observing", "appreciation of others/ empathy", "directing one's attention towards oneself/ others/ the environment", and "direct contact". However, in connection with osteopathic work, the predominant categories were "being mindful in one's actions", "focussing on others", "directing one's attention towards oneself/ others/ the environment", and "appreciation of others/ empathy".

Notably high ratings were given in the dimensions "observe", "act with awareness", and "accept without judgment". The ratings are not associated with sex, age, or workload. The dimension "describe" received higher ratings in more experienced osteopaths.

The more mindful osteopaths had slightly fewer complaints in relation to their job and to themselves. The degree of mindfulness shows hardly any correlation with complaints regarding family or friends.

Discussion: The results reflect a mindful predisposition in the interviewed osteopaths. Future studies could be conducted to explore if mindfulness has an impact on therapeutic outcome.

Keywords:

Osteopathy, mindfulness, compassion, self-care

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	4
1.1	Idee und persönliche Motivation	4
1.2	Osteopathische Relevanz	5
2	Achtsamkeit und ihre Definitionen im Wandel der Zeit.....	5
2.1	Sprachliche Herkunft des Wortes Achtsamkeit	5
2.2	Definitionen von Achtsamkeit	6
2.3	Achtsamkeit in der buddhistischen Lehre	8
2.4	Achtsamkeit in der Psychotherapie	10
2.5	Studien zu Achtsamkeit.....	12
2.6	Achtsamkeit und Gehirnforschung	14
3	Achtsamkeit in der Osteopathie.....	16
3.1	Achtsamkeit als osteopathische Grundhaltung	16
3.2	OsteopathInnen und ihre Beziehung zu sich selbst	17
3.3	OsteopathInnen und ihre Beziehung zu den PatientInnen.....	18
3.3.1	Achtsamkeit in der Kommunikation	18
3.3.2	Achtsamkeit in der Berührung	19
3.3.3	Achtsamkeit in der Stille	20
3.3.4	Nähe durch Mitgefühl	21
3.4	Über die Liebe zum Menschen und zu sich selbst.....	22
4	Methodik	23
4.1	Ziel der Studie und Forschungsfragen.....	23
4.2	Art der Literaturrecherche	23
4.3	Forschungsdesign und Studienablauf	24
4.4	Stichprobenrekrutierung	25
4.5	Beschreibung der Erhebungsverfahren	26
4.5.1	Selbst erstellte Fragen zu Achtsamkeit	26
4.5.2	Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)	26
4.5.3	Burn-out Screening Skala (BOSS I)	27

4.6	Statistische Methoden	27
4.7	Qualitative Methoden	28
4.7.1	Definition des Kategoriensystems „Lenkung der Aufmerksamkeit“	29
4.7.2	Definition des Kategoriensystems „Gegenwärtigkeit“	31
4.7.3	Definition des Kategoriensystems „Akzeptieren ohne Bewerten“	32
4.7.4	Definition des Kategoriensystems „Beschreiben“	33
4.7.5	Definition des Kategoriensystems „Mitfühlendes Verständnis“	33
4.7.6	Definition des Kategoriensystems „Sonstige Kategorien“	33
5	Ergebnisse	34
5.1	Beschreibung der Analytestichprobe	34
5.2	Verständnis der OsteopathInnen von Achtsamkeit	37
5.2.1	Verständnis von Achtsamkeit im Allgemeinen	37
5.2.2	Verständnis von Achtsamkeit im Kontext der Tätigkeit als OsteopathIn	42
5.3	Ausprägung der Achtsamkeit bei OsteopathInnen.....	46
5.3.1	Ergebnisse für die Dimension <i>Beobachten</i>	46
5.3.2	Ergebnisse für die Dimension <i>Beschreiben</i>	50
5.3.3	Ergebnisse für die Dimension <i>Mit Aufmerksamkeit handeln</i>	53
5.3.4	Ergebnisse für die Dimension <i>Akzeptieren ohne Bewerten</i>	57
5.4	Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und soziodemografischen Daten	61
5.4.1	Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Achtsamkeit und Alter	61
5.4.2	Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Achtsamkeit und Geschlecht..	63
5.4.3	Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Achtsamkeit und wöchentliches Arbeitspensum	64
5.4.4	Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Achtsamkeit und Dauer der Berufstätigkeit als OsteopathIn.....	65
5.5	Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und subjektiv empfundenen Beschwerden	66
5.5.1	Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala <i>Beruf</i> im BOSS I.....	66

5.5.2	Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala <i>Eigene Person</i> im BOSS I	68
5.5.3	Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala <i>Familie</i> im BOSS I	69
5.5.4	Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala <i>Freunde</i> im BOSS I	71
6	Diskussion.....	73
6.1	Zusammenfassung der Forschungsergebnisse	73
6.2	Diskussion der Forschungsergebnisse	79
6.3	Methodische Diskussion.....	83
7	Konklusion	85
	LITERATURVERZEICHNIS	86
	TABELLENVERZEICHNIS	95
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	96
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	98
ANHANG A	Motivationsschreiben	99
ANHANG B	Offene Fragen	100
ANHANG C	Exemplarische wörtliche Zitate zum Verständnis von Achtsamkeit im Allgemeinen.....	101
ANHANG D	Exemplarische wörtliche Zitate zum Verständnis von Achtsamkeit im Kontext der Tätigkeit als OsteopathIn	102
ANHANG E	Englische Kurzfassung	103

1 Einleitung

Im den folgenden Kapiteln wird auf die persönliche Motivation der Autorin zur Verfassung der vorliegenden Arbeit Bezug genommen. Des Weiteren soll die Relevanz des Themas Achtsamkeit in der osteopathischen Praxis erläutert werden.

1.1 Idee und persönliche Motivation

Während meiner praktischen Arbeit als Osteopathin wurde mir der enge Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und dem eigenen psychosozialen Wohlbefinden immer bewusster. So begann ich mehr und mehr über die Verschränkung dieser beiden Konstrukte bei meiner Arbeit und auch in meinem persönlichen Leben zu reflektieren. Immer mehr kam ich dabei zu der Überzeugung, dass ein erfolgreiches Arbeiten mit meinen PatientInnen eine besondere Form der Achtsamkeit erfordert.

Der Verstand allein ist kein ausreichend geeignetes Instrument für die OsteopathInnen. Wir können uns den PatientInnen nur mit Achtsamkeit, viel Einfühlsamkeit und Liebe annähern, wenn wir sie wirklich so erfahren wollen, wie sie sind. Hüther (2006) meint dazu: *„Wir müssen versuchen, die verlorengegangene Einheit von Denken, Fühlen und Handeln, von Rationalität und Emotionalität, von Geist, Seele und Körper wiederzufinden. Sonst laufen wir Gefahr, uns selbst zu verlieren“* (Hüther, 2006, S. 77).

Da mir aber nicht bewusst war, welches Wissen und Handeln nötig ist, um im Sinne der Achtsamkeit möglichst erfolgreich mit den PatientInnen arbeiten zu können, habe ich beschlossen, eine entsprechende wissenschaftliche Arbeit darüber zu schreiben.

Es ist mir ein großes Anliegen festzustellen, wie und ob Achtsamkeit in der osteopathischen Praxis gelebt wird und wie sich Achtsamkeit im osteopathischen Zusammenhang mit Wohlbefinden, im Sinne der Gesunderhaltung, auf die eigene Person auswirkt.

Diese Arbeit soll nicht nur mir eine Bereicherung in meinem Beruf, den ich durchaus als Berufung sehe, sein, sondern darüber hinaus auch anderen OsteopathInnen einen möglichen Weg zeigen, ganzheitlicher und nachhaltiger mit den PatientInnen zu arbeiten.

1.2 Osteopathische Relevanz

Diese Arbeit sieht die Autorin als einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Achtsamkeit in der Osteopathie im Spannungsfeld von Theorie und Praxis, also im Denken und Handeln praktizierender OsteopathInnen. Bei den Recherchearbeiten zum Thema Achtsamkeit gab es auffallend wenig Arbeiten, die sich der Achtsamkeit im osteopathischen Kontext annahmen. Aus diesem Grund soll die vorliegende Arbeit die Achtsamkeit in der Osteopathie genauer beleuchten.

Sich achtsam auf die PatientInnen einzulassen sieht die Autorin als große Bereicherung im osteopathischen Alltag. Grepmaier und Nickel (2007) stellen in ihrer Studie ebenso positive Auswirkungen auf die Behandlungserfolge bei Achtsamkeit praktizierenden TherapeutInnen fest. Nicht nur die Forderung des General Osteopathic Council (2000) richtet sich auf die professionelle Beziehung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen, sondern auch Kuchera erinnert im Interview mit Weynen (2009) die OsteopathInnen daran, dass Selbstfürsorge und gesundheitsfördernde Maßnahmen der eigenen Person gegenüber der therapeutischen Arbeit vorausgehen sollten, um dem PatientInnen eine Hilfe zu sein.

Achtsamkeit sieht die Autorin demnach als wichtige Kompetenz für OsteopathInnen, als Teil der therapeutischen Haltung und als bedeutendes Werkzeug für die Selbstfürsorge.

2 Achtsamkeit und ihre Definitionen im Wandel der Zeit

In diesem Abschnitt soll auf die Bedeutung der Achtsamkeit im Wandel der Zeit eingegangen werden. Um Achtsamkeit zu verstehen und mit aktuellen Definitionen sowie Begriffen seriös umgehen und arbeiten zu können, ist es notwendig, die historische Entwicklung des Begriffes zu beleuchten. Manches wird durch diese Zeitreise verständlicher und erklärbarer.

2.1 Sprachliche Herkunft des Wortes Achtsamkeit

Laut Duden (2006) hat das Wort *Acht* folgende Bedeutungen: Nachdenken, Überlegen, Zaudern. Das Verb *achten* wird oftmals in Verbindung mit den Wörtern beachten, erachten oder verachten verwendet. Das Wort *achtsam* bedeutet fürsorglich oder aufmerksam.

Synonyme des Wortes *Achtsamkeit* sind: Aufmerksamkeit, Obacht, Umsicht, Behutsamkeit, Sorgfalt, Fürsorge, Konzentration oder Interesse (Koebler, 1995).

2.2 Definitionen von Achtsamkeit

Der Begriff *Achtsamkeit* (engl. mindfulness) durchläuft derzeit eine bemerkenswerte Entwicklung. Im Laufe der letzten Jahre haben sich die Versuche, Achtsamkeit zu definieren, summiert. Eine eindeutige und umfassende Definition gibt es jedoch nicht. Schon bei Baer (2003) ist nachzulesen, dass es ungemein schwierig ist, eine allgemein gültige Definition für Achtsamkeit zu finden.

Eine sehr schöne Definition von Achtsamkeit findet sich bei Remmers, Topolinski & Koole (2016). Sie zitieren einleitend Segal et al. (2002) wie folgt: „*When people are mindful, they are focussing on their present feelings, thoughts and bodily sensations in a curious, accepting and non-judgemental manner*“ (Remmers et al., 2016, S. 829).

Das heißt also, achtsame Menschen legen ihren Fokus auf die unmittelbaren Gefühle, Gedanken und Körperwahrnehmungen, auf eine neugierige, akzeptierende und nicht wertende Art.

Im westlich-medizinischen Kontext wird folgende Definition der Achtsamkeit von Jon Kabat-Zinn am häufigsten zitiert: „*Mindfulness means paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment and nonjudgmentally*“ (Kabat-Zinn, 1994, S.4).

Für ihn ist demnach Achtsamkeit absichtsvoll, auf den gegenwärtigen Moment gerichtet und nicht wertend.

Zudem beschreibt Kabat-Zinn (1990) die Achtsamkeit als willentliche Ausrichtung der Aufmerksamkeit zur Wahrnehmung des Hier und Jetzt. Dabei soll das Bewusstsein nicht zwischen positiv und negativ sowie zwischen angenehm und unangenehm unterscheiden, sondern im gegenwärtigen Augenblick verweilen und kein Urteil fällen. In Anlehnung an die Theorie von Kabat-Zinn, benennt Baer (2003) drei wesentliche Komponenten der Achtsamkeit: *Klares und aufmerksames Bewusstsein, offene und nicht wertende Haltung, Beobachtung des Augenblicks im Hier und Jetzt.*

Im Vergleich dazu lassen sich bei Kabat-Zinn (1990), als Erweiterung seiner drei Hauptkomponenten, sieben Attribute der Achtsamkeit, welche mit den buddhistischen Lehren übereinstimmen, definieren: *Geduld, Vertrauen, geistige Haltung eines Anfängers, keine Orientierung an Zielen, Urteilsfreiheit, Loslassen sowie Akzeptanz.*

Kabat-Zinn (2011) versuchte als Erster, auf der Vipassana-Tradition des Buddhismus basierend, jenen Menschen Achtsamkeit zu vermitteln, die mit Meditation ansonsten nichts zu tun hatten. Mittlerweile ist sein Achtsamkeitsprogramm genannt *Mindfulness-Based-Stress-Reduction* (MBSR) weltweit verbreitet und erfreut sich, aufgrund der positiven körperlichen und psychischen Auswirkungen, großer Beliebtheit.

Bishop (2002) kritisiert allerdings die MBSR-Theorie von Kabat-Zinn (2011) aufgrund von unzureichenden wissenschaftlichen Untersuchungen zu diesem Themengebiet. Zusätzlich wird bemängelt, dass keine Operationalisierungen des Begriffs der Achtsamkeit vorgenommen wurden.

Bishop et al. (2004) schlagen eine Definition der Achtsamkeit mithilfe von zwei Komponenten vor:

- *Self-Regulation of Attention*: Selbstregulation der Aufmerksamkeit und
- *Orientation to Experience*: Bewusste Ausrichtung auf die gegenwärtige Erfahrung begleitet von Neugier, Offenheit und Akzeptanz.

Erfahrungen werden angenommen im Sinne von „*being experientially open to the reality of the present moment*“ (Bishop et al., 2004, S. 233). Diese Erfahrungen münden in ein Beschreiben, welches der Klarheit und Offenlegung von Gefühlen dienen soll. Während dieses Vorgangs ist aber darauf zu achten, nur auf das Beobachtbare zu fokussieren und nicht in Beurteilungen bzw. Verurteilungen zu verfallen. Handelnde sollen sich Zeit nehmen, sich auf die Beobachtung zu konzentrieren und nicht sofort Handlungen setzen. Zusätzlich ist es wichtig, im Augenblick zu verweilen und sich nicht in aufkommenden Assoziationen zu verlieren (Bishop et al., 2004). Brown und Ryan (2004) kritisieren den Ansatz von Bishop et al. (2004), indem sie der Auffassung sind, dass die Begriffe der Aufmerksamkeit sowie der Bewusstheit zu unklar und zu leicht austauschbar sind.

Nach Brown, Ryan & Creswell (2007) ist Achtsamkeit ein offenes, unvoreingenommenes Gewahrsein der Aufmerksamkeit auf die innere Erfahrung und die manifeste Handlung, woraus sich eine gute Möglichkeit der Selbstregulation ergibt. Als Aufmerksamkeit definieren sie den Fokus auf einen konkreten Teil der Realität (Brown & Ryan, 2004). In ihrem Ansatz rückt demnach vermehrt der Aufmerksamkeitsaspekt in den Vordergrund. Mit der Auffassung, dass Achtsamkeit eine angeborene Kapazität ist, gehen Brown und Ryan (2003, 2004) mit der Meinung von Kabat-Zinn (2003) konform. Sie betonen, dass die Achtsamkeit auch ohne Meditationspraxis anwendbar ist und eine natürliche Anlage des Menschen darstellt, die jedoch individuell stark ausgeprägt sein kann. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Achtsamkeit nicht unbedingt ein Resultat von praktizierter Meditation sein muss. Auch Germer (2005) beschreibt in seiner Definition der Achtsamkeit, dass diese jedermann zu jeder Zeit zugänglich ist. Des Weiteren kann Achtsamkeit als eine Art Kompetenz im Umgang mit Leid verstanden werden. In den weiteren Komponenten der Definition von Germer (2005) lassen sich Ähnlichkeiten zur Theorie von Bishop et al. (2004) finden. So ist etwa die Selbstregulation der Aufmerksamkeit auch bei Germer (2005) zu finden.

Die Theorie der Achtsamkeit nach Shapiro, Carlson, Astin & Freedman (2006) umfasst die Intention, Aufmerksamkeit sowie die Haltung. Achtsamkeit lässt sich nach Shapiro (2009) zwei Bereichen zuordnen, einerseits dem Prozess und andererseits dem Ergebnis. Der Achtsamkeitsprozess umfasst die gezielte Aufmerksamkeitsfokussierung, welche offen, mitfühlend und erkennend sein soll. Das Ergebnis, auch achtsame Bewusstheit genannt, bezieht sich auf einen freien Geist, Gegenwärtiges und die Akzeptanz der Gegenwart.

Langer (2000) sieht in der Achtsamkeit und der damit verbundenen Haltung eine Möglichkeit, die Umwelt kontinuierlich neu zu erleben. Dadurch, dass Erlebtes nicht schon bereits bestehenden Vorstellungen zugeordnet wird, sondern fortlaufend neu wahrgenommen wird, bleibt die Aufmerksamkeit in der Gegenwart. Dieser Prozess deckt sich mit einigen traditionellen Theorien des Buddhismus, in welchem der sogenannte *Anfängergeist* (Suzuki, 1975) maßgeblich zur Entwicklung immerwährender Neugier (Harrer & Weiss, 2016) beiträgt.

Die nachfolgenden Kapitel *Achtsamkeit in der buddhistischen Lehre* und *Achtsamkeit in der Psychotherapie* sollen dem besseren Verständnis von Achtsamkeit dienen und in weiterer Folge die empirische Forschungsarbeit sowie die erzielten Ergebnisse umfassender interpretierbar machen.

Aufgrund der starken Verankerung der Achtsamkeit im Buddhismus, ist die Auseinandersetzung mit der buddhistischen Lehre unabdingbar (siehe Kapitel 2.3).

Da die Achtsamkeit in der Psychotherapie bereits verstärkt beforscht wurde, die Osteopathie aber, im Gegensatz dazu, nur wenig empirische Belege liefert, werden im Kapitel 2.4 konkrete Aspekte der Achtsamkeit im Hinblick auf den therapeutischen Kontext erörtert.

2.3 Achtsamkeit in der buddhistischen Lehre

Der Begriff *Achtsamkeit* hat seinen Ursprung im Buddhismus und ist einer der Kernpunkte in dieser Tradition (Grossmann, 2009).

Ruhe und Einsicht werden von Harrer (2013a) als Ziele des buddhistischen Achtsamkeitsverständnisses angesehen. Schumann (2000) nennt in ihrem *Handbuch der buddhistischen Lehre* die Achtsamkeit als zentralen Aspekt buddhistischer Denkweisen. Sich im Hier und Jetzt zu befinden bzw. sich seiner Gefühle und Gedanken bewusst zu sein und urteilsfrei wahrzunehmen, sind Grundpfeiler der buddhistischen Tradition.

Wenn über Achtsamkeit geforscht und geschrieben werden soll, dann ist es unumgänglich, sich mit den Wurzeln der Achtsamkeit auseinanderzusetzen. In der Pali-Sprache (2500 Jahre alte Sprache der buddhistischen Psychologie) heißt Achtsamkeit

Satipatthana. Im nicht-buddhistischen Sanskrit bedeutet *sati* Gedächtnis. Im Buddhistischen bedeutet *sati* Gewahrsein, Aufmerksamkeit und Erinnerung (Nyanaponika, 2007).

Die Wurzel des buddhistischen Konzepts der Achtsamkeit finden wir in der Vipassana-Tradition. Kernpunkte dieser Denkweise sind die unvoreingenommene Sicht sowie das Erkennen von Leid, welches durch Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche verursacht wird. Durch die Meditation kann ein solches Leid umgangen werden (Altner, 2008). Achtsamkeit dient der Entwicklung des Geistes – das heißt, ihn zu erkennen, ihn zu formen und schließlich „*seine eigene Befreiung zu bewirken*“ (Nyanaponika, 1950, S.1). Thich Nhat Hanh (1990) beschreibt Achtsamkeit als ein Gewahrsein von Augenblick zu Augenblick, in dem wir das eigene Bewusstsein für die gegenwärtige Wirklichkeit lebendig halten. Mit der *Rede von den Vergegenwärtigungen der Achtsamkeit (satipatthana sutta)* wird laut Nyanaponika (2007) sowie Rose und Walach (2009) die Achtsamkeit in vier Bereichen gelehrt: Körper, Gefühle, Geist und natürliche Wahrheiten.

Eine sehr anschauliche Zusammenfassung der buddhistischen Annahmen führt Grossmann (2009) wie folgt aus:

- 1. Menschen sind sich im allgemeinen (sic!) ihrer Erfahrungen von Augenblick zu Augenblick nicht bewusst, und sie operieren häufig im Autopiloten-Modus.*
- 2. Der Mangel an Bewusstsein bezüglich der eigenen geistigen Inhalte und Prozesse bietet einen guten Nährboden für fehlerhafte Wahrnehmungen und Selbsttäuschungen.*
- 3. Wir sind in der Lage dazu, die Fähigkeit zu entwickeln, von Augenblick zu Augenblick ein nicht - wertendes und höchst differenziertes Bewusstsein unserer geistigen Inhalte aufrecht zu erhalten.*
- 4. Die Entwicklung dieser Fähigkeit geht allmählich vonstatten, nimmt langsam zu und erfordert ständiges Üben.*
- 5. Durch das Bewusstsein der Erfahrungen von Augenblick zu Augenblick entsteht ein reichhaltigeres und vitaleres Lebensgefühl, insofern als die Erfahrungen dabei lebhafter werden und unbewusste Reaktivität durch achtsame Anteilnahme ersetzt wird.*
- 6. Durch eine solche beständige, nicht-wertende Beobachtung geistiger Inhalte entsteht langsam ein größerer Wahrheitsgehalt der Wahrnehmungen.*
- 7. Weil eine genauere Wahrnehmung der eigenen geistigen Reaktionen auf äußere und innere Stimuli erreicht wurde, werden dadurch zusätzliche Informationen gewonnen, die wiederum wirksame Handlungen in der Welt fördern und zu einem stärkeren Gefühl der Kontrolle führen. (Grossmann, 2009, S. 76f)*

All jene von Grossmann (2009) angeführten Punkte können laut Mipham (2000) durch die Achtsamkeitsmediation geschult werden. So kommt es zu einem unverfälschten Blick auf die eigenen Befindlichkeiten, zur vorurteilsfreien und nicht wertenden Wahrnehmung, zur Akzeptanz gegenüber dem, was ist und zur Haltung, nichts verändern zu wollen. Denn nur durch die Schulung jener Eigenschaften kann die Wirklichkeit erkannt werden.

2.4 Achtsamkeit in der Psychotherapie

„Achtsamkeit ist eine spezielle Form der Beziehungsgestaltung zu sich selbst, zu anderen Menschen, zur Welt, zum Leiden“ (Harrer, 2013a, S. 286).

Nach Harrer (2013b) liegt der Schwerpunkt des buddhistischen Ansatzes auf den Funktionsweisen des Menschen, um einen Weg aus dem menschlichen Leid herauszufinden. Achtsamkeit fungiert dazu als zentrales Werkzeug. Demgegenüber steht der westliche Ansatz der Achtsamkeit, welcher z.B. in der Psychotherapie zur Anwendung kommt. Dieser beinhaltet die Untersuchung des einzelnen Menschen und seiner Geschichte. Die Kombination der westlichen und buddhistischen Handlungsweise hilft dabei, das dem Menschen innewohnende Potential zu entfalten.

Auch die TherapeutInnen sind in ihrer Arbeit mit den PatientInnen ständig mit den unterschiedlichsten Arten von Leid konfrontiert. Das setzt ein hohes Maß an Empathie, Einsatzbereitschaft, das Sich-Einlassen auf ein Gegenüber und Hingabe voraus (Lauterbach, 2014). Nach Shapiro und Carlson (2011) ist achtsames Verhalten ein wesentlicher Bestandteil der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung und kann TherapeutInnen dazu verhelfen sich in ihren Qualitäten weiterzuentwickeln.

Esch (2014) nennt folgende Qualitäten achtsamer, im Gesundheitssektor tätiger Personen:

- Entschleunigung,
- Neugier zur ständigen Wahrnehmung der bereits bekannten Umgebung,
- Reflexion von Erlebnisinhalten ohne emotionale Bewertung oder kognitive Verzerrung,
- das Sich-Nicht-Identifizieren mit dem Erlebten,
- Offenheit,
- emotionale Reaktionen sowie Affekte achtsam wahrnehmen und auf diese nicht impulsiv reagieren,
- authentischer Umgang mit dem Gegenüber,
- Benennen des Erlebten,
- Gelassenheit und Präsenz im Umgang mit dem Gegenüber.

Auch Platsch (2015) nennt Kernkompetenzen von ÄrztInnen, welche dem Konzept der Achtsamkeit entsprechen. Dazu zählen Offenheit, Mitgefühl, Selbsterkenntnis, Selbstreflexion sowie das Vertrauen in die Selbstheilungskompetenz der PatientInnen.

Zur Schulung der Achtsamkeit der TherapeutInnen nennen Shapiro und Carlson (2011) das Praktizieren der Achtsamkeitsmeditation sowie die Auseinandersetzung mit Theorien und Forschungsbefunden der Achtsamkeit sowohl im psychologischen als auch im buddhistischen Sinne. Nach Siegel (2012) nehmen achtsame TherapeutInnen Anteil und erfahren Dinge so wie sie sind. Sie sind im Moment präsent und dessen gewahr, was gerade passiert. Durch Präsenz helfen, heilen und gestalten TherapeutInnen längerfristig und ermöglichen Wohlbefinden. PatientInnen erfahren durch die achtsame und akzeptierende Haltung Freude, Neugier, Lebendigkeit und das Interesse an der Heilung. Daraus resultiert wiederum Sicherheit, eine tragfähige Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn sowie Achtsamkeit füreinander (Wurll, 2011). Auch Hüther (2011) verweist auf den starken Einfluss der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung, wenn er anführt, dass jede Veränderung in TherapeutInnen selbst auch eine Veränderung in PatientInnen zur Folge hat.

Es kann nicht geleugnet werden, dass professionelles Helfen anstrengend und mit vielen Belastungen verbunden ist, welche bis zum Burn-out führen können. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Personen, die in helfenden Berufen tätig sind, auch sich selbst gegenüber fürsorglich sind (Altner, 2008). Die TherapeutInnen sind als Personen laut Grepmaier und Nickel (2007), im Vergleich zu den Techniken, das wichtigere Element im Behandlungsprozess. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass TherapeutInnen auch fürsorglich mit sich selbst umgehen. Um Gesundheit und Lebensfreude zu erlangen bzw. aufrechtzuerhalten, ist es in der heutigen Zeit besonders von Belang, eine achtsame und selbstfürsorgliche Haltung anzustreben (Altner, 2008). Sind TherapeutInnen sich selbst gegenüber achtsam, profitieren auch ihre PatientInnen (Harrer, 2013a). Zudem stellt sich eine hinreichende protektive Wirkung ein, welche vom Wohlbefinden bis hin zur psychischen Gesundheit reicht (Zarbock, Ammann & Ringer, 2012).

Ist es TherapeutInnen nicht möglich, sich selbst gegenüber eine fürsorgliche Haltung einzunehmen, kann dies schnell in chronische Überlastungssituationen münden, welche unter dem Stichwort *Burn-out* thematisiert werden. Kennzeichen einer solchen Überlastung sind Erschöpfung, Unruhe, Zynismus, Motivationslosigkeit sowie Anspannung. All diese Symptome wirken sich kontraproduktiv auf die Verhaltensweisen und die TherapeutIn-PatientIn-Beziehung aus. Achtsamkeit kann als wertvolle Chance zur Burn-out-Prophylaxe gesehen werden, welche Erschöpfungszuständen vorbeugt und eine verstärkte Selbstwahrnehmung ermöglicht (Zarbock et al., 2012). Durch die starke

Konfrontation mit dem Leid der PatientInnen besteht die Gefahr unbewusst viele negative Energien in die Arbeit und in sich selbst aufzunehmen. Die Fähigkeit sich rechtzeitig zu schützen, Erlebtes zu verarbeiten, sowie die Reflexion des Behandlungsprozesses sind hierbei für die Selbstfürsorge essentiell (Lauterbach, 2015).

Abschließend hält die Autorin fest, dass Achtsamkeit einen wichtigen Teil der therapeutischen Grundhaltung darstellt und dass die Achtsamkeit mit ihren Komponenten wie Aufmerksamkeit, Präsenz, Mitgefühl, Akzeptanz und Offenheit positive Auswirkungen sowohl auf die PatientInnen als auch auf die TherapeutInnen hat. Im folgenden Kapitel (2.5) werden Studienergebnisse angeführt, die sich auf die Wirkungsweise von Achtsamkeit beziehen

2.5 Studien zu Achtsamkeit

Es stellt sich die Frage, durch was sich achtsame Personen auszeichnen? Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney (2006) erhoben in einer Studie mit 613 Teilnehmern charakterisierende Eigenschaften der Achtsamkeit. Dazu wurden alle gängigen Fragebögen eingesetzt. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass achtsame Personen innere und äußere Phänomene gut beschreiben, wertneutral sind, nicht im Autopilotenmodus handeln und angestrebte Handlungen vorab reflektieren.

In der Achtsamkeitsstudie von Grepmaier und Nickel (2007), welche unmittelbare Auswirkungen von Achtsamkeitsübungen bei TherapeutInnen erforschte, konnte eindrucksvoll nachgewiesen werden, dass sich Achtsamkeitstraining, in Form von Zen-Meditation der TherapeutInnen, positiv auf den Erfolg der Behandlung bei den PatientInnen auswirkt. Jene Behandlungserfolge führten die StudienteilnehmerInnen auf das klarere Erleben, die Präsenz, das bessere Körpererleben sowie die verbesserte Schwingungsfähigkeit mit den PatientInnen zurück. Es kann auch darauf verwiesen werden, dass die Förderung von Achtsamkeit bei den TherapeutInnen positive Auswirkungen auf Konzentration, Selbstregulation, Wahrnehmungsvermögen und die therapeutische Haltung hat.

Dass die Erfahrung mit Meditation Auswirkungen auf die Achtsamkeitskomponente *Beobachten* hat, konnte die Studie von Baer, Smith & Allen (2004) belegen. Aufgrund dieser Studienergebnisse kann vermutet werden, dass die Meditation in Zusammenhang mit dem achtsamen Wahrnehmen steht.

Auch Ryan, Safran, Doran & Muran (2012) konnten belegen, dass die therapeutische Beziehung durch Achtsamkeit positiv beeinflusst wird. Dazu verwendeten sie den auch in dieser Studie angewandten Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D) (Ströhle,

Nachtigall, Michalak & Heidenreich, 2010). Verglichen wurde dabei die subjektive Wahrnehmung der in der Therapie stattfindenden Achtsamkeit sowohl bei TherapeutInnen als auch bei PatientInnen. Es konnten Korrelationen bezüglich Offenheit und Wertfreiheit sowie in der Gesamteinschätzung der Achtsamkeit gefunden werden.

Des Weiteren konnte die Studie von Norcross, Beutler & Levant (2005) zeigen, dass, unabhängig von der Therapierichtung, die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn sowie die Präsenz der TherapeutInnen maßgebliche Faktoren für den Behandlungserfolg sind.

Rakel et al. (2009) zeigen in ihrer Studie auf, dass die PatientInnen von mitfühlenden ÄrztInnen ein stabileres Immunsystem aufweisen und schneller gesunden. Zudem ist es zur eigenen Gesunderhaltung wichtig, dass die Behandelnden selbstfürsorglich agieren.

Positive Auswirkungen eines achtwöchigen Achtsamkeitstrainings konnten Krasner et al. (2009) feststellen. Den Studienautoren zufolge wiesen ÄrztInnen nach diesem Training eine höhere emotionale Stabilität und eine geringere Symptombelastung bezüglich Burn-out auf.

Auch die Metaanalyse von Grossmann, Niemann, Schmidt & Walach (2004) zeigt ähnliche Resultate. Ihnen zufolge können mit dem Training von Achtsamkeit Stresssituationen im Alltag besser bewältigt und Depressions- sowie Angstzustände verringert werden. Daraus ergibt sich eine Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens auf körperlicher und psychischer Ebene. Diese positiven Effekte der Wahrnehmung von Körper und Psyche werden im Review von Escuriex und Labbé (2011) ebenfalls betont.

Dass Personen in Pflegeberufen von Achtsamkeitsinterventionen im Hinblick auf ihre Gesundheit und Stressverarbeitung profitieren, konnte die Studie von Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson (2006) zeigen. Negative Korrelationen betreffend Achtsamkeit bei Pflegepersonal bezüglich körperlicher sowie psychischer Symptome konnte die Studie von Heidenreich, Ströhle & Michalak (2006) bestätigen.

Bei Brown und Kasser (2005) ergaben sich im Zuge ihrer Untersuchung betreffend den Zusammenhang von Wohlbefinden und Achtsamkeit hoch signifikante Korrelationen. Die Auswirkungen von Achtsamkeit auf Stressverarbeitung wurden von Weinstein, Brown & Ryan (2009) erhoben. Sie kamen zu dem Schluss, dass positive Stressverarbeitungsstrategien mit der Achtsamkeit in Verbindung gebracht werden können, da diese die Fähigkeit zur mentalen und körperlichen Entspannung, sowie der Reflexion in Stresssituationen erhöhen. Die Studie von Chang et al. (2004) konnte ebenfalls durch ein achtwöchiges Training der Achtsamkeit das Stresslevel reduzieren

sowie die Selbstwirksamkeit im Umgang mit Stress erhöhen. Auch Lenzeder (2009) konnte positive Zusammenhänge in der Achtsamkeitsmessung mit dem KIMS-D (Ströhle et al., 2010) in Bezug auf Lebenszufriedenheit messen.

Den bisher angeführten Studien widersprechende Ergebnisse zeigen Stanley et al. (2006) auf. Demzufolge profitierten PatientInnen von achtsamkeitsgeschulten TherapeutInnen nicht bzw. wiesen nach der Behandlung schlechtere Werte im Funktionsniveau als zu Beginn auf. Die psychische Symptomatik verbesserte sich nur geringfügig. Erklärungsansätze dafür waren das zu strikte Festhalten an den Vorgaben zur Durchführung der achtsamen Therapie, um den Versuchsbedingungen zu entsprechen. Dies widerspricht dem Konzept der Achtsamkeit, da der Fokus und die Aufmerksamkeit nicht dem Gegenüber galt, sondern dem Einhalten der Studienvorgaben.

Dass Achtsamkeit in jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt vorhanden ist und nicht nur im psychotherapeutischen Kontext geschult werden kann, führen Baer et al. (2006) sowie Brown und Ryan (2003) aus. Auch die Untersuchungen von Altner (2008) bestätigen, dass Achtsamkeit praktizierende Menschen in stressbelasteten Berufen sich und anderen mehr Fürsorge und Wertschätzung entgegenbringen können.

Abschließend wird vonseiten der Autorin angemerkt, wenn die angeführten Studien belegen, dass selbstfürsorglich handelnde und sich selbst mitfühlend gegenüberstehende TherapeutInnen erfolgreicher im Umgang mit ihren PatientInnen sind, sich die Osteopathie diesem Gedankengang nicht verschließen kann. Denn nur, wer auf sich und seine Gesundheit achtet, kann auch für andere sorgen.

2.6 Achtsamkeit und Gehirnforschung

Die Grundlage der osteopathischen Behandlung ist die Fähigkeit zur Wahrnehmung, welche sowohl physiologische als auch neuronale Prozesse voraussetzt. Aufgrund der bisher gemachten Erfahrungen und deren Interpretation wird die Wahrnehmung jedes Einzelnen beeinflusst (Engemann, 2015).

Auch die Osteopathin Wagner (2015) nennt die bereits erworbenen Erfahrungen sowie die daraus resultierenden Verhaltensmuster als wesentlichen Bestandteil der Wahrnehmung. Es ist daher notwendig, sich seiner eigenen Muster bewusst zu sein, um offen im Auftreten und in der Kommunikation mit anderen zu agieren. Aus philosophischer und psychotherapeutischer Sicht führt Wagner den Österreicher Paul Watzlawick an, welcher betonte, dass jeder Mensch die Welt mittels seiner Gedanken individuell konstruiert. Dieser Vorgang wird aufgrund der im Laufe des Lebens erworbenen Muster

beeinflusst. Daraus ergibt sich wiederum, dass man die Welt nicht einfach vorfindet, sondern selbst erschafft.

Die Entwicklung des Gehirns wird nach Siegel (1999) durch das bereits Erlebte maßgeblich beeinflusst. Durch Erlebnisse werden gezielt neuronale Pfade aktiviert, was bestehende Verbindungen stärkt oder zur Neuentwicklung anregt. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass sich ein Fehlen von Erlebnissen negativ auf die Gehirnentwicklung auswirkt. Nach demselben Prinzip verläuft auch die Nutzung der Spiegelneuronen, welche unter ständigem Gebrauch das intuitive Eingehen auf das Gegenüber im Sinne von Empathie, Sympathie sowie Liebe ermöglichen. So kann das Gegenüber in seinen Absichten und Handlungen besser verstanden werden (Bauer, 2014).

Durch bildgebende Verfahren können NeurobiologInnen Achtsamkeit und deren umfassende Auswirkungen auf das Gehirn darstellen. Diverse Studien konnten bei Achtsamkeit praktizierenden Personen aufzeigen, dass bestimmte Hirnareale stärker aktiviert werden. Auswirkungen auf die Bereiche der Motivation, Belohnung, Aufmerksamkeitssteuerung, Selbstwahrnehmung, Stressresistenz, Emotionskontrolle, emotionales Wohlbefinden sowie das Immunsystem konnten Creswell, Way, Eisenberger & Lieberman (2007), Davidson et al. (2003), Esch, Gurana, Bianchi & Stefano (2004), Hölzel et al. (2007), Hölzel et al. (2010), Hölzel et al. (2011), Kang et al. (2013), Schumacher (2003) und Vestergaard-Poulsen et al. (2009) belegen. Davidson et al. (2003) konnten bei Personen mit Erfahrungen in der Meditationspraxis höhere Aktivitäten im präfrontalen Kortex feststellen, was mit Wohlbefinden und Glück, sowie der Verringerung depressiver Symptome in Verbindung gebracht werden kann.

Die Studie von Urry et al. (2004) konnte aufzeigen, dass durch die Schulung von Achtsamkeit eher die linke frontale Kortexregion angesprochen wird, was wiederum zu einer offenen Haltung führt, welche sich durch das Annehmen von Herausforderungen und Mut zu Neuem beschreiben lässt. Nach Lazar et al. (2005) weisen achtsam handelnde Personen eine erhöhte Aufmerksamkeit und sensorische Verarbeitung sowie eine bessere Körperempfindung auf, welche mit dem rechten präfrontalen Kortex und der rechten vorderen Insel in Verbindung gebracht werden kann.

Abschließend kann nach Siegel (2012) geschlussfolgert werden, dass, aufgrund der Plastizität unseres Gehirns, eine ständige Weiterentwicklung möglich ist, welche eine achtsame Neuausrichtung unseres Geistes begünstigt.

3 Achtsamkeit in der Osteopathie

In diesem Kapitel wird Achtsamkeit als osteopathische Grundhaltung und Lebensphilosophie näher beleuchtet. Des Weiteren sollen hier die positiven Mechanismen der Achtsamkeit sowohl in Bezug auf die OsteopathInnen als auch auf die PatientInnen dargestellt werden.

3.1 Achtsamkeit als osteopathische Grundhaltung

Immer wieder wird der Begriff der Achtsamkeit im osteopathischen Zusammenhang genannt und findet sich in der Literatur wieder.

Erwähnung findet Achtsamkeit bereits bei den Osteopathieschulen, wenn sie den Laien die Lehre der Osteopathie näher bringen:

Osteopathen benötigen eine sehr differenzierte Palpation, fundierte Kenntnisse der menschlichen Anatomie, Physiologie und Medizin sowie ein umfassendes Verständnis der Philosophie und Konzepte der Osteopathie. Da die Osteopathie eine Kunst ist, die gleichermaßen die Hände, den Verstand und eine nicht wertende, mitfühlende Wahrnehmung bzw. Achtsamkeit mit einbezieht, steht auch im Studium die Entwicklung einer guten Kombination von Herz, Hand und Kopf an oberster Stelle. (OsteopathieSchule Deutschland, 2013)

Der elementare Zusammenhang von Achtsamkeit und Osteopathie findet durch andere Begrifflichkeiten schon früh seine Erwähnung. Nach Andrew Taylor Still, dem Begründer der Osteopathie, sind Tasten, Fühlen und Sprechen mit dem Gewebe, ein zentraler Kernpunkt in der Therapie (Liem, 2014c). Die Fähigkeit zur Erlangung eines bewussten Berührens, „*thinking, feeling, seeing, knowing fingers*“, ist ein sich kontinuierlich entwickelnder Prozess (OsteopathieSchule Deutschland, 2013).

Schon Wühl (2008) stellt die Frage in welchem Zustand sich OsteopathInnen befinden müssen, um die Realität ihrer PatientInnen erfahren zu können. Er hebt dabei den Aufmerksamkeitszustand der OsteopathInnen hervor, welcher die Sensibilität der Palpation beeinflusst. Zudem stellt die Aufmerksamkeit eine Möglichkeit dar, auf PatientInnen individuell einzugehen, anstatt eine Reihe von Techniken anzuwenden. Hähn-Jakobs (2012) führt an, da OsteopathInnen ständig in Berührung mit PatientInnen sind, ist es wichtig, die Wahrnehmung und Empfindung des eigenen Körpers, durch eine sogenannte Introspektion, in den Vordergrund zu stellen. Dadurch kann es gelingen, die Wahrnehmungen der PatientInnen und die der OsteopathInnen in Verbindung zu setzen. Das macht es möglich, Techniken zu überdenken und wenn nötig, neue anzuwenden. Um jedoch den Zugang zu sich selbst zu finden, ist es vonnöten den eigenen psychischen

Prozessen auf den Grund zu gehen, um sich persönlich zu entwickeln und fortzubilden. Möckel (2013) bezieht sich auf Becker (2007), welcher die Entwicklung des Gegenübers näher beleuchtet. Er betont, dass das Beiseitretreten der OsteopathInnen für die Entwicklung der PatientInnen förderlich sein kann, indem diese lernen still zu sein und dem Gegenüber zuzuhören. Auch Turner nennt im Interview mit Mitha (2014) den tiefen Respekt bzw. die Ehrfurcht gegenüber den PatientInnen als grundlegende Haltung in einer achtsamen osteopathischen Behandlung, um die PatientInnen in ihrer Ganzheit offen wahrnehmen zu können.

3.2 OsteopathInnen und ihre Beziehung zu sich selbst

Still betont, *„dass Osteopathie mit Vertrauen in den eigenen Körper beginnt. Dieses Vertrauen muss der Osteopath zunächst zu seinem eigenen Körper entwickeln, bevor er im Körper des Patienten Veränderungen veranlassen möchte“* (Liem, 2014d, S.240).

Aus dem von Weynen (2009, S.5) geführten Interview mit dem Osteopathen Michael Kuchera, geht hervor, dass es wichtig ist *„... nicht den Blick für sich selbst zu verlieren und die eigene körperliche und geistige Gesundheit und das emotionale Wohlbefinden im Auge zu behalten.“* Weiterführend wirft er die Frage auf, wie jemand, der nicht in der Lage ist, für sein eigenes Leben achtsam und gesundheitsfördernd zu sorgen, fähig sein kann anderen zu helfen. Queri, Konrad & Keller (2012) weisen darauf hin, dass die Arbeit im Gesundheitswesen sehr stressbelastet ist und demnach auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit der dort Tätigen haben kann. Auch Hähn-Jakobs (2012) unterstreicht die Wichtigkeit der Psychohygiene in helfenden Berufen. Werden das Selbst und der Körper aktiv wahrgenommen, kommt es zu einer Klärung innerer Zustände, was den OsteopathInnen hilft Dynamiken in der therapeutischen Beziehung zu erkennen. Marris (2015) führt in diesem Zusammenhang den Begriff der *Zentrierung* an, welcher einen Zustand umfasst, wo sich sowohl das Nervensystem als auch andere Systeme des Körpers in einem neutralen Zustand befinden, was in Folge Aufmerksamkeit und Entspannung ermöglicht. Auch Liem (2014c) betont, dass es wichtig ist, sich seiner emotionalen Verfassung im Klaren zu sein, um zu einem weiseren Ich zu gelangen und den Zustand der Leere in der therapeutischen Beziehung finden zu können.

Je größer die Kompetenz der OsteopathInnen ist, sich für die PatientInnen zu öffnen, desto eher ist es ihnen möglich, ihr Augenmerk auf den jeweiligen Moment zu richten. Dadurch kann die Behandlung klarer und erfolgreicher durchgeführt werden. Je besser sich die TherapeutInnen selbst in ihren psychischen und physischen Zuständen kennen, desto bewusster und leichter können sie Themen erkennen, die sie auf die PatientInnen übertragen (Wagner, 2015).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass darauf zu achten ist, dass OsteopathInnen sich selbst und ihre inneren Zustände wahrnehmen, um den PatientInnen unvoreingenommen entgegenzutreten zu können. Dies beeinflusst auch maßgeblich Verlauf und Erfolg der therapeutischen Behandlung. Zudem kann, durch die Resonanz mit sich selbst, das Wohlbefinden der OsteopathInnen gesteigert werden, um die Anforderungen in ihrem Beruf nicht zur Überforderung werden zu lassen. Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit stellt sich die Frage, wie präventiv OsteopathInnen mit ihrer eigenen Gesundheit und Lebenswelt umgehen.

3.3 OsteopathInnen und ihre Beziehung zu den PatientInnen

Novy und Sommerfeld (2009) formulieren als Grundlage der therapeutischen Beziehung die Begegnung zweier Menschen, welche von empathischer und einfühlsamer Qualität sein sollte. Nachstehende Kapitel sind einer näheren Beleuchtung der Beziehung zwischen OsteopathInnen und PatientInnen in den Punkten Kommunikation, Berührung, Stille und Mitgefühl gewidmet.

3.3.1 Achtsamkeit in der Kommunikation

„Wir brauchen eine Sprache, die unsere Patienten zu Wort kommen lässt, anstatt zu objektivieren und zu verdinglichen“ (Wührl, 2008, S. 84).

Menschen kommunizieren sowohl verbal als auch nonverbal. 80 % unserer Kommunikation findet auf nonverbaler Ebene statt. Diese Ebene scheint entscheidender für den Ausgang eines Gesprächs zu sein als die verbale. Die *„osteopathische Empathie [...] beinhaltet Achtsamkeit, Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Respekt, behutsame verbale Kommunikation, eine offene nonverbale Ebene, eine über das Bindegewebe „zärtliche“ Kontaktaufnahme mit den Händen und Fingern.“* Diese Kontaktaufnahme mit den PatientInnen wird als Kommunikation mit dem Gegenüber und dessen Gewebe verstanden. Dabei kann aber auch die Gefahr bestehen, zu sehr auf osteopathische Dysfunktionen zu fokussieren und die Wahrnehmung des Gegenübers zu verlieren. Die Beziehung kann dadurch verloren gehen (Hartwig, 2014, S. 23).

Für Weber (2009) spielen in den Körpertherapien nonverbale Kommunikationsprozesse die Hauptrolle. Laut ihm ist die Interaktion wichtiger als die ausgewählte Technik. Nach Liem (2014c) ist die Berührung Teil der zwischenmenschlichen Kommunikation, jedoch stellt diese mehr als einen physischen Kontakt oder eine zur Anwendung kommende Technik dar. Er versteht Berührung als Zuhören und Warten bis das Gewebe spricht. Das Gewebe vermittelt Wahrnehmungen, die über unbewusste Ebenen ausgetauscht werden können.

Der gegenseitige Respekt und die Bereitschaft zuzuhören ist nach Kraschowitz (2008) Voraussetzung für die Kommunikation. Die Informationen sollen von TherapeutInnen offen und wertfrei aufgenommen werden, anstatt in vorgefertigten Mustern zu denken. Ein bewertungsfreies Zuhören der TherapeutInnen führt nach Kuhlmann (2012) und Altmeyer (2010) zu einem besseren Verständnis der PatientInnengeschichte. Auch Becker (2007) führt an, dass das Anwesend-Sein sowie das Zuhören der OsteopathInnen heilsam sind. Durch das Zuhören fühlen sich die PatientInnen verstanden, frei und akzeptiert. Nach Kuhlmann (2012) findet die Heilung in den PatientInnen selbst statt. Die Rolle der TherapeutInnen besteht lediglich im Erlebnis dieses Weges.

Eine hörende Palpation ist das Erlernen einer offenen, annehmenden Grundhaltung und Achtsamkeit gegenüber dem Patienten als Ganzen im Allgemeinen und der Palpation der Gewebe im Besonderen. Der Osteopath nimmt in einer Haltung der Achtsamkeit wahr, ohne Gewebedynamiken zu verändern, zu verstärken, zu vermindern oder sonst wie in eine Richtung zu drängen. (Liem, 2014a, S. 259).

Wenn, wie Hüther (2011) nachweist, jedes Wort, jeder Satz, aber auch jede nonverbale Kommunikation meine GesprächspartnerInnen verändert, wie es auch mich selbst verändert, dann ist der Schluss zulässig, dass diese neurologischen Prozesse im Gehirn auch in der Osteopathie, im Zusammenhang mit Achtsamkeit, ihren Niederschlag finden müssen. Es sei hierbei auf die Studie von Siegel (2007) verwiesen, in der dargelegt werden konnte, dass durch Achtsamkeit der präfrontale Kortex aktiviert wird, welcher wiederum für die Emotionsregulation und Kommunikation im sozialen Kontext verantwortlich ist.

Laut Autorin greift aber die Kommunikation allein, wie sie in diesem Kapitel beschrieben wurde, viel zu kurz. Auch Berührung, Stille und Mitgefühl in einer höheren Form müssen wahrgenommen und gelebt werden.

3.3.2 Achtsamkeit in der Berührung

„Sobald ich die Kontakte mit den Händen und dem Körper aufgebaut habe, beginne ich zu fühlen, zu lauschen, um leise, ohne Urteil, aktiv mitzuerleben, was der innere Arzt und die Körperphysiologie des Patienten durch meine palpatorischen Kontakte manifestiert“ (Becker, 2007, S. II-235).

Zur maßgeblichen Kompetenz der OsteopathInnen zählt die einführende Berührung. Als Voraussetzung müssen sowohl der sensible Umgang sowie die Reflexion der eigenen Person, als auch eine gute Körperwahrnehmung gegeben sein. Durch diese Berührung

wird nicht nur das Gegenüber sondern auch das Selbst, durch den Rückschluss auf die eigene Wahrnehmung begriffen (Hähn-Jakobs, 2012).

Um das Gegenüber zu begreifen, ist es notwendig, dass die OsteopathInnen ihre eigene Persönlichkeit aus der Behandlung heraushalten und keine Erwartungen und Vorstellungen vorab definieren, sondern offen lassen wo in den PatientInnen Veränderung stattfindet. Doch, um auf die PatientInnen mitfühlend eingehen zu können, ist ein Mitgefühl sich selbst gegenüber notwendig, das abhängig von der eigenen Bewusstseinslage ist und einer kontinuierlichen Förderung bedarf (Liem, 2014a).

Becker (2007) führt an, dass ein Bewerten während der Behandlung negative Auswirkungen hat, da die Ausdrucksmöglichkeit des Körpers der PatientInnen unterdrückt wird. Ein aktives, urteilsfreies und leises Hinhören ermöglicht es den OsteopathInnen das Innerste der PatientInnen zu begreifen und ihre Mechanismen kennenzulernen. Auch Weber (2009) und Wühl (2008) verweisen auf die neutrale Haltung der OsteopathInnen den PatientInnen gegenüber, da ansonsten die Gefahr besteht, Wünsche und Ängste zu übertragen, die dem Heilungsvorgang im Weg stehen.

Berührung verlangt Achtsamkeit, Respekt und nicht zuletzt die Zustimmung der Berührten. *„Wenn wir auf unsere Grenzen und die unserer Patienten achten, wenn wir mit beidem achtsam und freundlich umgehen, wird die körperlich-energetische Berührung für beide Seiten eine Bereicherung sein“* (Weber, 2009, S. 24).

Abschließend hält die Autorin fest, dass bewusstes Berühren ein Prozess ist, der nie endet. In diesem Sinne sind OsteopathInnen auch stets Lernende durch Erfahrung. Achtsamkeit kann gelernt werden, wenn sie gelebt wird.

3.3.3 Achtsamkeit in der Stille

„Der ... innere Resonanzraum ist im besten Fall offen, ruhig, ein Ort der Stille in uns. Aus diesem Ort entstehen Antworten, mit denen wir mitgehen, die wir mit unserem Erfahrungswissen innerlich weiter besprechen“ (Angermayr & Strassl, 2013, S. 58).

Nach Wühl (2008) bieten OsteopathInnen den PatientInnen einen Raum, in welchem Leere als Möglichkeit der Balance fungiert. Die Leere ist gekennzeichnet durch einen Fokus auf Ruhe, Geduld und Gelassenheit. Durch diesen Fokus ist es möglich, Aufmerksamkeit zu lenken und auszuweiten. OsteopathInnen versuchen nach Möckel (2013) durch die Stille in Resonanz mit den PatientInnen zu gelangen, um auf beiden Seiten Ausgeglichenheit und Entspannung zu ermöglichen. Die OsteopathInnen nehmen sich in der Beziehung zurück und die PatientInnen werden offen wahrgenommen mit dem, was ist. Liem (2014d) führt ebenfalls an, dass es vonnöten ist, offen für das zu sein, was

die PatientInnen den OsteopathInnen anbieten, um diese ohne vorgefasste Meinung zu begreifen. So pflegte nach Liem (2014c) etwa Sutherland tägliche Ruheperioden, um sich auf die Stille einzulassen. Wendet man sich dieser Stille zu, ist es möglich, wie ein *leeres Gefäß* zu sein, was der Interaktion mit den PatientInnen und den OsteopathInnen selbst zugutekommt. Daraus resultiert eine wertfreie und offene Berührung. Das Zuhören durch Berührung ist stark mit der sogenannten Stille verbunden. Nach Becker (2007) bewirkt sie die eigentliche Veränderung in den PatientInnen.

„Wir werden uns mehr und mehr der Stille zwischen den Bewegungen und hinter den Bewegungen bewusst und werden offen für mögliche Veränderungen und Heilungsprozesse, die in der Stille geschehen“ (Becker, 2007, S. 62).

Stille wird nach Becker (2007) dann erreicht, wenn die OsteopathInnen aus ihrem Zentrum der Stille in Kontakt mit den PatientInnen treten. Die Arbeit am eigenen Bewusstsein ist dabei von großer Bedeutung (Liem, 2014a). Durch diese eigene Bewusstseinsarbeit können sich die OsteopathInnen den PatientInnen gegenüber empathisch öffnen, um die wertfreie Haltung zu erlangen und die PatientInnen in all ihren Facetten wahrnehmen zu können (Liem, 2014c).

3.3.4 Nähe durch Mitgefühl

„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).

Nach Fryman (1998) ist der Schlüssel der diagnostischen Wahrnehmung der OsteopathInnen das Mitgefühl, welches ihnen ermöglicht, die PatientInnen in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen und zu behandeln. Die osteopathische Behandlung sollte nicht nur auf manuellen Techniken beruhen. Viel wichtiger ist das Mitgefühl und ein liebevoller Umgang mit den PatientInnen und ihrem Gewebe.

Für Hartwig (2014) beinhaltet die *osteopathische Empathie* Achtsamkeit, Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Respekt, behutsame verbale Kommunikation, eine offene nonverbale Ebene und eine über das Bindegewebe zärtliche Kontaktaufnahme mit den Händen. Nach Altmeyer (2010) ermöglichen das Mitgefühl sowie das Einfühlungsvermögen Gefühle und Gedanken anderer wertfrei zu verstehen.

Siegel und Germer (2014) grenzen den Begriff *Mitgefühl* von *mitfühlender Liebe* ab, da letztere mehr emotionale Hinwendung verlangt. Sie verweisen auf den Buddhismus, der unter Mitgefühl lediglich den Wunsch versteht, dass alle Lebewesen frei von Leid sein

mögen. Mitfühlende Liebe wird als innerer Zustand begriffen, wonach alle Lebewesen glücklich sein mögen. Nach der buddhistischen Lehre ist jedoch Mitgefühl schwieriger zu kultivieren, da das Herz im Angesicht von Leid schwieriger offen gehalten werden kann.

Letztlich liegt der Grund, weshalb Liebe und Mitgefühl zum größten Glück führen können, einfach darin, dass wir sie von Natur aus über alles wertschätzen. Das Bedürfnis nach Liebe gehört zum Fundament menschlicher Existenz. Es ergibt sich aus der tiefen wechselseitigen Abhängigkeit, die uns allen gemeinsam ist. (Dalai Lama, 2011; zitiert nach Siegel & Germer 2014, S. 23)

3.4 Über die Liebe zum Menschen und zu sich selbst

„Nur mit dem Herzen sieht man gut, das Wesentliche bleibt für die Augen verborgen“ (De Saint-Exupéry, 1956, S. 72).

Grundlegend in der osteopathischen Beziehung ist die Begegnung zweier Menschen, an der das Herz, mit all seiner Liebe und seinem Einfühlungsvermögen, beteiligt ist (Liem, 2014b). Altmeyer (2010) gibt an, dass es auch als OsteopathIn vonnöten ist, ein Herz für die Menschen zu haben, was das Erkennen und Respektieren individueller Stärken und Ressourcen der PatientInnen ermöglicht. Um ins Herz der PatientInnen hineinfühlen zu können, müssen sich die OsteopathInnen zunächst der Stille in ihren eigenen Herzen gewahr sein (Becker, 2007). Auch die Studie von Grepmaier und Nickel (2007) lässt vermuten, dass der Fokus auf die eigenen Gefühle und die Liebe zu sich selbst eine Voraussetzung zum liebevollen Umgang mit anderen ist und sich daraus der Behandlungserfolg ableiten lässt.

Zusätzlich führt die Studie von Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard & Davidson (2004) die neuronalen Auswirkungen bei mitfühlenden Personen an. Diese liegen im Bereich der Aufmerksamkeit, des Arbeitsgedächtnisses und des Lernens. Bei Singer und Bolz (2013) ist zu lesen, dass durch das Praktizieren von Achtsamkeit, die für das Mitgefühl verantwortlichen Hirnareale gezielt trainiert und erweitert werden können.

Aus Sicht der Autorin hat bei OsteopathInnen Liebe insofern einen Stellenwert, als in diesem Beruf die Liebe zur Arbeit und zu den PatientInnen von besonderer Bedeutung ist. Im Begriff der Liebe ist nämlich auch die Achtsamkeit beheimatet. Liebe heißt annehmen können, offen sein für den anderen, aber auch geben können.

Inwieweit OsteopathInnen Achtsamkeit mit den Begriffen Liebe, Mitgefühl, Offenheit, Wertfreiheit, Gegenwärtigkeit, Aufmerksamkeit, Beobachtungsvermögen, Geduld sowie einsichtsvolles Verständnis in ihren Leben und in der Arbeit mit den PatientInnen verstehen, soll Teil der vorliegenden Arbeit sein.

4 Methodik

Im Methodikteil werden die Ziele der Studie (siehe Kapitel 4.1), die Art der Literaturrecherche (siehe Kapitel 4.2), das Forschungsdesign und die Vorgehensweise (siehe Kapitel 4.4 und 4.4) sowie Erhebungs- und Auswertungsmethoden (siehe Kapitel 4.6, 4.7 und 4.7) beschrieben.

4.1 Ziel der Studie und Forschungsfragen

Aus der vorgestellten Literatur geht hervor, dass Achtsamkeit einen wesentlichen Einfluss auf die Behandlung bzw. das Behandlungsergebnis in unterschiedlichen Settings hat. Im Rahmen dieser Arbeit soll das die Achtsamkeit in ihrer Ausprägung unter OsteopathInnen untersucht werden.

Folgende Fragestellungen wurden a priori definiert:

- 1) Was verstehen OsteopathInnen unter Achtsamkeit?
- 2) Wie stark ist die Achtsamkeit unter OsteopathInnen ausgeprägt?
- 3) Wie unterscheiden sich die Ausprägungen der OsteopathInnen von anderen Stichproben?
- 4) Gibt es bei den befragten OsteopathInnen Unterschiede der Achtsamkeit in Abhängigkeit vom Quellberuf (Arzt/Ärztin, PhysiotherapeutIn, u.a.)?
- 5) Gibt es bei den befragten OsteopathInnen Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht, Arbeitsdauer/Woche, Dauer der Berufstätigkeit)?
- 6) Gibt es bei den befragten OsteopathInnen einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Achtsamkeit und subjektiv empfundenen Beschwerden (Beruf, eigene Person, Familie und Freunde)?

Die Beantwortung der ersten Fragestellung soll Aufschluss über das subjektive Verständnis von Achtsamkeit unter den befragten OsteopathInnen geben, das durch einen qualitativen Forschungszugang erhoben wird. In weiterer Folge soll die Ausprägung von Achtsamkeit quantitativ erhoben und mit einer PsychologiestudentInnenstichprobe verglichen werden. Zusätzlich soll der Zusammenhang der Ausprägung der Achtsamkeit und subjektiv empfundenen Beschwerden evaluiert werden.

4.2 Art der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte über Datenbanken, Universitätsliteratur und Internetsuchmaschinen. Des Weiteren wurden Bücher aus privaten Sammlungen entliehen. Eine genaue Auflistung der genannten Quellen lautet wie folgt: Alpen-Adria-

Universität Klagenfurt, Pädagogische Hochschule Klagenfurt, Bibliothek Donauuniversität Krems, Fernleihe, Internet, Buchhandlungen, Literatur von Freunden, Medline (Pubmed), Cochrane Library, Pedro-Datenbank, Datenbank der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Psyndex, PsyndexPlus, PsychInfo, Osteopathic Research Web, Medpilot, Google Scholar, wissenschaftliche Zeitschriften, Testmanuale, Researchgate, Springerlink.

Es wurde nach folgenden Suchbegriffen sowohl in deutscher als auch englischer Sprache recherchiert: Achtsamkeit, achtsam, Achtsamkeit und Osteopathie, Achtsamkeit und Medizin, Achtsamkeit und Wohlbefinden, Definitionen Achtsamkeit, Achtsamkeit und Buddhismus, Vipassana Meditation, Achtsamkeit und Hirnforschung, Achtsamkeit und Psychotherapie, Burnout, Selbstfürsorge, Selbstmanagement in helfenden Berufen, Therapeut-Patient-Beziehung.

4.3 Forschungsdesign und Studienablauf

Es handelt sich um eine explorative Studie mit quantitativen als auch qualitativen Untersuchungsmethoden, welche einen Online-Fragebogen und Paper-Pencil-Version an in Österreich tätigen OsteopathInnen mit abgeschlossener Ausbildung umfasst.

Der Einsatz von Fragebögen im Rahmen von Forschungsarbeiten hat natürlich Vor- und Nachteile. Mummendey und Grau (2008) beschreiben es als Ziel einer Fragebogenerhebung, die Antworten auf eine größere Zahl von Fragen oder Fragestellungen in einem Messwert zusammen zu fassen. Dabei geht es um Beurteilungen der eigenen Person, anderer Personen, Personengruppen oder von Gegenständen. Inhaltlich werden Einstellungen, Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte des Selbstkonzepts erhoben, aber auch das Verhalten kann thematisiert werden. Gefahren bei der Erhebung mittels Fragebogen seien beispielsweise Antworttendenzen wie die Ja-Sage-Tendenz oder das Problem der sozialen Erwünschtheit.

Bortz und Döring (2002) sehen eine hohe Strukturierbarkeit der Befragungsinhalte als Voraussetzung für die Anwendung dieser Methode. Dafür wird auf steuernde Eingriffe von InterviewerInnen verzichtet. Dies wiederum bringt den Nachteil einer unkontrollierten Erhebungssituation mit sich, die bei der Durchführung von persönlichen Befragungen ausgeschlossen werden kann. Die Anwendung eines Fragebogens wird bei homogenen Gruppen ebenso als Vorteil gesehen.

Die Befragung online erfolgte einmalig, sozusagen im Querschnittsdesign. Nach etwa zehn Tagen wurde ein Reminder versendet. Die postalische Versendung erfolgte einmalig. Angestrebt wurde ein größtmöglicher Rücklauf, um eine einigermaßen zuverlässige Aussage treffen zu können. Daher wurden die EmpfängerInnen der 38

unzustellbaren Mails nochmals per Post zur Teilnahme eingeladen. Daraus ergibt sich folgendes Resultat: 557 Mailadressen abzüglich 38 unzustellbarer Mails bedeutet einen Rücklauf von 30,8 % bzw. 160 Mails. Postalisch wurden 171 Personen angeschrieben, zuzüglich der 38 unzustellbaren Mails. Das ergab bei 209 angeschriebenen Personen abzüglich 13 unzustellbarer Briefe einen Rücklauf von 28,1 % bzw. 55 Briefen. Die erste Einladung per Mail erfolgte am 26.09.2015, der Reminder wurde am 6.10.2015 versendet. Die Plattform wurde mit 14.12. geschlossen. Die Versendung per Post erfolgte am 9.10.2015. Eine Übersicht über den Rücklauf ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1 Stichprobenrekrutierung

Kontaktaufnahme	Anzahl	unzustellbar	Rücklauf N	Rücklauf %
Mail	557	38	160	30,8 %
Postalisch	171/38	13	55	28,1 %
Gesamt	728		215	29,5 %

Als Messinstrument wurden zwei standardisierte Fragebögen eingesetzt, die im Kapitel 4.5 vorgestellt werden. Die Befragungsinhalte waren durch die Autoren der verwendeten Verfahren des KIMS-D (Ströhle et al., 2010) und BOSS I (Hagemann & Geuenich, 2009) (siehe Kapitel 4.5.2 und 4.5.3) gut strukturiert. Die Fragebögen sind wissenschaftlich validiert und es liegen Normwerte für das Verfahren BOSS I auf. Für das Verfahren KIMS-D liegt eine Publikation in der Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie vor (Ströhle et al., 2010).

Aufgrund des Ausbildungsstands der ProbandInnen war davon auszugehen, dass sie die Inhalte gut verstehen konnten, und durch die Gewährleistung der Anonymität sollte der Grad sozial erwünschter Antworten nicht zu hoch ausfallen.

4.4 Stichprobenrekrutierung

Nachfolgend werden Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Rekrutierung der Stichprobe beschrieben.

Einschlusskriterien

Alle in Österreich praktisch tätigen OsteopathInnen mit abgeschlossener Ausbildung und bei Vorliegen von Kontaktdaten wurden zur Teilnahme eingeladen. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig.

Ausschlusskriterien

Alle OsteopathInnen, die nicht in Österreich tätig waren oder die Ausbildung noch nicht abgeschlossen hatten, wurden von der Befragung ausgeschlossen.

Grundgesamtheit

Eine möglichst vollständige Erfassung der Mailadressen aller OsteopathInnen in Österreich war, neben der Internetrecherche, durch eine Kooperation mit den Osteopathieschulen (WSO und I.A.O) und der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO) möglich. Zur Verfügung standen insgesamt 728 Adressen/Mailadressen von OsteopathInnen, die alle zur Beantwortung der Fragebögen eingeladen wurden. Grundsätzlich wurde eine Vollerhebung angestrebt, soweit alle Kontaktdaten der OsteopathInnen ermittelt werden konnten.

4.5 Beschreibung der Erhebungsverfahren

Im Folgenden werden die verwendeten standardisierten Erhebungsverfahren und die offenen Fragen vorgestellt.

4.5.1 Selbst erstellte Fragen zu Achtsamkeit

Bevor die Befragten den standardisierten Fragebogenteil ausfüllten, sollte das subjektive Verständnis von Achtsamkeit der OsteopathInnen mittels offener Fragen erhoben werden:

1. *Was verstehen Sie unter Achtsamkeit im Allgemeinen?*
2. *Was verstehen Sie unter Achtsamkeit bei Ihrer Tätigkeit als Osteopath/Osteopathin?*

Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um ein subjektives Bild der Befragten im Hinblick auf den Begriff Achtsamkeit zu erfassen.

4.5.2 Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)

Das Ausmaß der Achtsamkeit wurde anhand des standardisierten Fragebogens Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D) (Ströhle et al., 2010) erhoben. Die Autoren beziehen sich dabei auf die Arbeit von Baer et al. (2004), welche ein Instrument entwickelt haben, mit dem die einzelnen Komponenten der Achtsamkeit erhoben werden können. Mit der Übersetzung ins Deutsche (KIMS-D) wollten Ströhle et al. (2010) ein Forschungsinstrument zur Verfügung stellen, mit dem Achtsamkeit reliabel und valide erhoben werden kann.

Der KIMS-D besteht aus 39 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu bewerten sind. Jene 39 Items lassen sich den folgenden Dimensionen zuordnen:

- Dimension A: *Beobachten*
- Dimension B: *Beschreiben*
- Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln*
- Dimension D: *Akzeptieren ohne Bewertung*

4.5.3 Burn-out Screening Skala (BOSS I)

Die Burnout-Screening-Skala (BOSS I) wurde von Hagemann und Geuenich (2009) entwickelt. Mit diesem diagnostischen Instrument kann, unabhängig vom ausgeübten Beruf, die aktuelle psychische und psychosoziale Belastung erhoben werden. Das Verfahren eignet sich zur Selbstevaluation und wird in der wissenschaftlichen Gesundheitsforschung eingesetzt (Hagemann & Geuenich, 2009).

Eingesetzt wurden folgende Skalen aus dem BOSS I: Beruf, eigene Person, Familie und Freunde.

Skala <i>Beruf</i>	Beschwerden im Bereich der Arbeit	10 Items
Skala <i>Eigene Person</i>	Beschwerden, die das Individuum selbst betreffen	10 Items
Skala <i>Familie</i>	Beschwerden im Bereich der Familie	5 Items
Skala <i>Freunde</i>	Beschwerden im Bereich des Freundeskreises	5 Items

Hohe Skalenwerte bedeuten jeweils deutliche Beschwerden oder starke Einschränkungen im Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit, negativ erlebten Verlust von Beziehungsqualität und Belastung des Beziehungsgefüges.

4.6 Statistische Methoden

Die Erhebung der Daten erfolgte überwiegend online. Die erhobenen Daten konnten direkt in SPSS übernommen werden. Im Zuge der Analyse wurden deskriptive und inferenzstatistische Methoden angewendet.

Für den Fragebogen KIMS-D (siehe Kapitel 4.5.2) wurden Mittelwerte für die Dimensionen

- *Beobachten*
- *Beschreiben*
- *Mit Aufmerksamkeit handeln*
- *Akzeptieren ohne Bewertung*

errechnet und mit Werten einer Studie an PsychologiestudentInnen verglichen.

Die geplante Untersuchung von Unterschieden in den Ausprägungen der Achtsamkeit abhängig vom Quellberuf wurde aufgrund der geringen Varianz der Quellberufe nicht durchgeführt. Wie in Tabelle 3 zu sehen ist, gaben 82,8 % aller Befragten als Quellberuf PhysiotherapeutIn an, 5,6 % waren ÄrztInnen, 1,9 % Sonstige und 9,8 % machten keine Angabe.

Zusammenhänge bzw. Unterschiede zwischen der Achtsamkeit und soziodemografischen Daten (siehe Kapitel 5.4) wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau mithilfe

nonparametrischer Verfahren (Spearman-Korrelation, U-Test) oder mithilfe von parametrischen Verfahren (Varianzanalysen, t-Tests) berechnet.

Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit mit jenen der subjektiv empfundenen Beschwerden in den vier Lebensbereichen (siehe Kapitel 5.5) wurden - je nach Verteilung - mittels Spearman- oder Pearson-Korrelationen berechnet.

Bei der Prüfung signifikanter Unterschiede in den Item-Ausprägungen des KIMS-D Fragebogens zwischen den OsteopathInnen und einer Vergleichsstichprobe von PsychologiestudentInnen (siehe Kapitel 5.3) wurden t-Tests berechnet, da für die einzelnen Items nur Angaben zum Mittelwert vorlagen.

Zusammenhänge zwischen Variablen die nicht normalverteilt oder metrisch waren, wurden mittels Spearman-Korrelation auf Signifikanz geprüft. Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Stichproben (z.B. Geschlecht) wurden mittels Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz geprüft.

Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf 5 % gesetzt. Aufgrund der multiplen Tests wurde eine Alpha-Korrektur nach Bonferroni angewendet.

4.7 Qualitative Methoden

Die Vorgangsweise entspricht im Wesentlichen dem Ablaufmodell nach Mayring (2000), das in Abbildung 1 dargestellt ist.

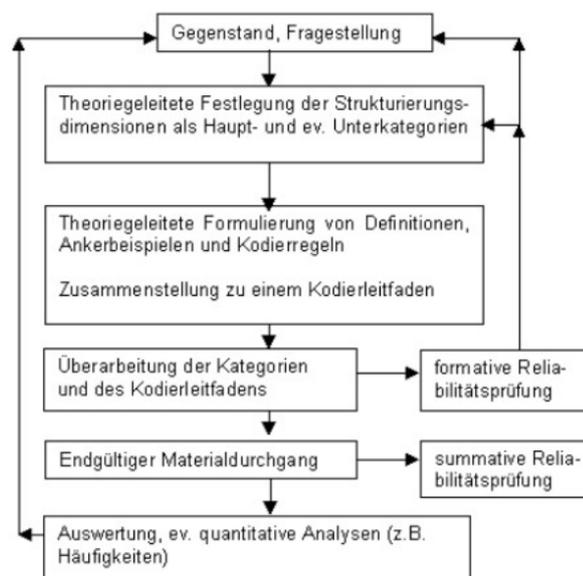


Abbildung 1 Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung aus Mayring (2000)

Die offenen Fragen zum Verständnis von Achtsamkeit (siehe Kapitel 4.5.1) wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) ausgewertet. Dazu wurden aus der

Literatur deduktiv sechs Hauptkategorien gebildet, die nochmals in 22 Subkategorien unterteilt wurden (siehe Tabelle 2).

Die Kodierung der Textstellen erfolgte im Rahmen einer Zusammenarbeit mit einer Methodikerin und einer wissenschaftlichen Hilfskraft. Dadurch sollte die Subjektivität der Autorin reduziert werden. Des Weiteren sollte die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Analyse gefördert werden, die ein wichtiges Gütekriterium darstellt.

Tabelle 2 Deduktiv entwickeltes Kategoriensystem für das Verständnis von Achtsamkeit

Kategoriensystem	Subkategorien
Lenkung der Aufmerksamkeit	Aufmerksamkeit auf sich, andere, Umwelt
	Fokussierung auf andere
	Fokussierung auf sich selbst
	Observing
	In die Tiefe gehend
	Nicht identifiziert
	Abnehmende Reaktivität
	Im Tun achtsam sein
Gegenwärtigkeit	Unmittelbarer Kontakt
	„Anfängergeist“
Akzeptieren ohne Bewerten	Neutralität, Urteilslosigkeit, Offenheit
	Absichtslosigkeit – kein Veränderungswunsch
	Geduld, Gelassenheit
Beschreiben	Begriffliches Benennen
	Einsichtsvolles Verstehen
Mitfühlendes Verständnis	Sich selbst wertschätzen
	Andere wertschätzen, Empathie
Sonstige Kategorien	Spiritualität
	Ethische Haltung – Lebenseinstellung
	Ganzheitlichkeit
	Osteopathische Begriffe
	Sonstiges

4.7.1 Definition des Kategoriensystems „Lenkung der Aufmerksamkeit“

Der ersten Kategorie „*Lenkung der Aufmerksamkeit*“ sind folgende acht Subkategorien zugeordnet (siehe Tabelle 2):

Aufmerksamkeit auf sich, andere, Umwelt; Fokussierung auf andere; Fokussierung auf sich selbst:

Der Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D) (Ströhle et al., 2010) beinhaltet die Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln*.

Für die Analyse der Ergebnisse ist jedoch eine Ausdifferenzierung nötig. So kann die „Aufmerksamkeit“ a.) „auf sich/andere/Umwelt“, b.) „auf andere“ oder c.) „auf sich selbst“ gerichtet sein. Aufgrund dieser Aufschlüsselung kommt es zu einem genaueren Verständnis dafür, worauf sich die Auffassung von Achtsamkeit der jeweiligen Versuchsperson bezieht. Als positiven Effekt der Fokussierung nennen Harrer und Weiss (2016) die dadurch entstehende innere Ruhe. Baer et al. (2006) beschreiben ein Mindestmaß an Konzentration als Voraussetzung zum überdauernden Fokus auf eine Person, sich selbst oder die Umwelt. Zudem setzt Achtsamkeit ein Konzentrationsvermögen voraus. Amberg (2016) sieht jedoch die Trennung zwischen Aufmerksamkeit und Konzentration als fundamental für die Ausübung von Achtsamkeit. Denn Konzentration alleine umfasst das Sich-Verlieren im jeweiligen Augenblick, wohingegen die bewusste Aufmerksamkeit im jeweiligen Moment bleibt und keine subjektiven Empfindungen miteinfließen lässt.

Observing:

Zur Subkategorie „*Observing*“ zählt laut Amberg (2016) sowie dem KIMS-D (Ströhle et al., 2010) die Wahrnehmung bzw. die Beobachtung von äußeren und inneren Reizen, z.B. Gerüchen, Geräuschen, Emotionen, Kognitionen oder anderen Körperempfindungen. Im Gegensatz dazu beschreiben Harrer und Weiss (2016) das „Beobachten“ als ein Teilhaben bzw. die Beteiligung sich selbst oder einem anderen gegenüber. Die Perspektive der Betrachtung bleibt somit offen.

In die Tiefe gehend:

Stalder (2011) nennt die Oberflächlichkeit als Hindernis Dinge so wahrzunehmen wie sie sind. Aus diesem Grund wählte die Autorin dieser Arbeit die Subkategorie „*In die Tiefe gehend*“, um Personen klassifizieren zu können, welche ein tiefergründiges Verständnis von Aufmerksamkeit zeigen.

Nicht identifiziert:

Als „*Nicht-identifiziert*“ wird hier die distanzierte Haltung der BehandlerInnen verstanden, welcher Abstand von den Inhalten der Wahrnehmung nimmt und eine Beobachterposition innehat sowie den Perspektivenwechsel zwischen dem Selbst und dem Anderen zulässt (Esch, 2014; Harrer, 2013b; Harrer & Weiss, 2016). Nach Stalder (2011) sollen sich die BehandlerInnen nicht in den eigenen Gedanken oder Gefühlen und denen des Gegenübers verlieren oder sich gar mit ihnen identifizieren. Das dient wiederum der Verankerung im gegenwärtigen Moment. Es wird explizit darauf verwiesen, dass die Nicht-Identifikation keineswegs als Distanziertheit wahrzunehmen ist.

Abnehmende Reaktivität:

Unter der Subkategorie „*Abnehmende Reaktivität*“ ist nach Amberg (2016) und Stalder (2011) ein Innehalten zu beschreiben, welches den BehandlerInnen ermöglicht, das vorhandene Aufmerksamkeitsniveau zu behalten. Auch Harrer und Weiss (2016) sowie Lauterbach (2014) nennen unter anderem die Nicht-Reaktivität als Komponente der Achtsamkeit, welche konträr dem Autopilotenmodus ist. Innere und äußere Reize sollen ohne das automatische Setzen von Handlungen wahrgenommen werden. Harrer (2013b) plädiert für das Loslassen dieses Autopilotenmodus, um Freiheit und Positives zuzulassen. Des Weiteren benennen Zarbock et al. (2012) das Nicht-Reagieren als eines der Achtsamkeit zugehörigen Konstrukts, welches die Konzentration stärken soll. Impulsive Handlungen und der Wunsch, sofort einzugreifen, werden durch diese Handlungsweise vermieden.

Im Tun achtsam sein:

Die Subkategorie „*Im Tun achtsam sein*“ sind Handlungs- und Sichtweisen zuzuordnen, welche nicht konkret den bereits genannten Subkategorien entsprechen, jedoch Teil der Aufmerksamkeitslenkung sind. So kann eine Person in ihren Antworten zu den gestellten Fragen keiner der zuvor genannten Kategorien zuordenbar sein, jedoch trotzdem durch die Lenkung der Aufmerksamkeit auf bestimmte Dinge Achtsamkeit definieren. Diese Kategorie soll auch dazu dienen, achtsame Grundhaltungen von OsteopathInnen besser klassifizieren zu können. Auch Harrer und Weiss (2016) beschreiben diese Subkategorie als eine Art Absicht zum achtsamen Handeln.

4.7.2 Definition des Kategoriensystems „Gegenwärtigkeit“

Die zweite Kategorie „*Gegenwärtigkeit*“ umfasst zwei Subkategorien (siehe Tabelle 2):

Unmittelbarer Kontakt:

Die Subkategorie „*Unmittelbarer Kontakt*“ umfasst die Orientierung im Hier und Jetzt, beziehungsweise die Gegenwartigkeit.

Eine Intensivierung der Wahrnehmung ist dadurch möglich (Harrer und Weiss, 2016). Nach Stalder (2011) ist die Gegenwartigkeit als ein Fokus auf den Moment zu verstehen, welcher achtsames Handeln ermöglicht. Jene Gegenwartigkeit wird von Stalder (2011) als aktive Präsenz bezeichnet. Auch der Mindfulness Attention Awareness Scale Fragebogen (MAAS) (Michalak, Heidenreich, Ströhle & Nachtigall, 2015) beinhaltet den Fokus auf die Gegenwart als zentralen Aspekt zur Operationalisierung von Achtsamkeit. Nach Brown und Ryan (2003) sowie Langer (2000) kann jener Fokus als Bewusstheit über momentane Vorgänge und Erfahrungen verstanden werden. Diese Präsenz kann jedoch nur im unmittelbaren Kontakt mit dem Moment stattfinden (Stalder, 2011). Somit ist festzuhalten,

dass dies eine auf den Moment und dessen Reize gerichtete Aufmerksamkeit voraussetzt (Harrer & Weiss, 2016).

Anfängergeist:

Als „*Anfängergeist*“ wird eine Haltung verstanden, in der dem Gegenüber kontinuierlich neu und mit frischem Forschergeist entgegengetreten wird, als würde es zum ersten Mal erfahren werden (Suzuki, 1975). Diese Subkategorie kann durch den Begriff der immerwährenden Neugier am besten umschrieben werden (Harrer & Weiss, 2016). Auch Esch (2014) beschreibt achtsame Personen als solche, die Bekanntes immer wieder neu und mit allen Sinnen wahrnehmen.

4.7.3 Definition des Kategoriensystems „Akzeptieren ohne Bewerten“

Die dritte Hauptkategorie „*Akzeptieren ohne Bewerten*“ umfasst drei Subkategorien (siehe Tabelle 2):

Neutralität/Urteilslosigkeit/Offenheit:

Die Subkategorie „*Neutralität/Urteilslosigkeit/Offenheit*“ umfasst mehrere Haltungen, welche durch ein nicht-wertendes und offenes Verhalten gekennzeichnet sind. Hierbei wird das Gegenüber mit allen Facetten wahrgenommen und akzeptiert (Esch, 2014). Der in dieser Studie verwendete Fragebogen, der KIMS-D (Ströhle et al., 2010), beinhaltet die Dimension D: *Akzeptieren ohne Bewertung*. Buchheld (2000) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der Neutralität, in dem sie Achtsamkeit als eine neutrale und unparteiliche Haltung verortet. Des Weiteren sehen Grossmann und Reddemann (2016) die urteilsfreie Wahrnehmung als wichtigen Bestandteil der Achtsamkeit.

Absichtslosigkeit - kein Veränderungswunsch:

Die „*Absichtslosigkeit - kein Veränderungswunsch*“ in Verbindung mit dem Konzept der Achtsamkeit kann ebenfalls der akzeptierenden Grundhaltung zugeordnet werden. Sie umfasst die Haltung, nichts verändern zu wollen und alles so anzunehmen wie es ist. Es ist nicht notwendig etwas in eine bestimmte Richtung zu drängen. Die Dinge werden gelassen wie sie sind und die Realität wird angenommen wie sie ist (Ströhle et al., 2010).

Geduld und Gelassenheit:

In der Subkategorie „*Geduld und Gelassenheit*“ wird das Gegenüber geduldig und gelassen wahrgenommen und nicht in eine bestimmte Richtung gedrängt. Es wird nichts erzwungen und den Mitmenschen wird akzeptierend gegenüber gestanden (Buchheld, 2000; Esch, 2014). Harrer (2013b) betont die positiven Wirkungsweisen des achtsamen Handelns durch das Einlegen von Pausen und Ruhe.

4.7.4 Definition des Kategoriensystems „Beschreiben“

„Beschreiben“ stellt die vierte Hauptkategorie dar, welcher zwei Subkategorien zugeordnet werden können (siehe Tabelle 2):

Begriffliches Benennen:

Die Subkategorie „*Begriffliches Benennen*“ betreffend betonen Harrer und Weiss (2016) die konkrete Zuordnung von Wahrnehmungsinhalten zu Worten sowie Beschreibungen. Es wird des Weiteren als Etikettieren verstanden, welches die gezielte Wahrnehmung verstärken soll.

Einsichtsvolles Verstehen:

„*Einsichtsvolles Verstehen*“ kann nach Buchheld (2000) als eine weitere Komponente der Achtsamkeit verstanden werden. Es geht dabei darum, das Gegenüber in seinen Gedanken, Gefühlen und Empfindungen so anzunehmen und zu verstehen wie es ist. Es kommt dadurch zu einer Erweiterung der subjektiven Perspektiven. Auch Stalder (2011) sieht einsichtsvolles Verständnis als eine der drei Komponenten von Achtsamkeit. Nach Harrer und Weiss (2016) reicht dieses Verständnis über eine akzeptierende Haltung hinaus und mündet nach Stalder (2011) in der Erfassung der dem Leben zugrunde liegenden Gesetzmäßigkeiten.

4.7.5 Definition des Kategoriensystems „Mitfühlendes Verständnis“

Die letzte Hauptkategorie, das „*Mitfühlende Verständnis*“ (siehe Tabelle 2), beinhaltet die wertschätzende Haltung. Diese wird nach Amberg (2016) sowie Harrer und Weiss (2016) als Güte und Mitgefühl verstanden. Um zu erfahren, auf wen solch ein mitfühlendes Verständnis gerichtet ist, wurden folgende zwei Subkategorien definiert: „***Sich selbst wertschätzen***“, „***Andere wertschätzen/Empathie***“

4.7.6 Definition des Kategoriensystems „Sonstige Kategorien“

Zusätzlich kamen fünf unabhängige Subkategorien zur Anwendung (siehe Tabelle 2), welche spirituelle Verständnisse von Achtsamkeit („*Spiritualität*“), Achtsamkeit als Grundhaltung („*Ethische Haltung – Lebenseinstellung*“), ganzheitliches Verständnis („*Ganzheitlichkeit*“), *osteopathische Begriffe* und auch „*Sonstiges*“ abdeckten. Diese Kategorien wurden erstellt, um weitere Antworten klassifizieren zu können.

Das Kategoriensystem (siehe Tabelle 2) wurde, nach ersten Kodierungen von etwa 20 % des Materials, finalisiert. Auf Basis dieser Version des Kategoriensystems wurde ein kompletter Materialdurchgang vorgenommen. Die Häufigkeiten zu den jeweiligen Kategorien werden im Ergebnisteil (Kapitel 5.2) dargestellt.

5 Ergebnisse

Im Ergebnisteil wird zu Beginn die Analysestichprobe hinsichtlich soziodemografischer wie auch berufsbezogener Variablen beschrieben (siehe Kapitel 5.1). Im nächsten Schritt werden die Ergebnisse der beiden offenen Fragestellungen zum subjektiven Verständnis von Achtsamkeit dargestellt (siehe Kapitel 5.2). Danach werden die Forschungsfragen zu den quantitativen Daten beantwortet (siehe Kapitel 5.3, 5.4 und 5.5).

Des Weiteren erfolgt die Darstellung der Ausprägungen der Items des KIMS-D, wobei neben den Häufigkeiten auch Vergleiche mit einer PsychologiestudentInnenstichprobe präsentiert werden (siehe Kapitel 5.3).

Die Analyse der Ausprägungen nach Soziodemografie erfolgt im nächsten Schritt (siehe Kapitel 5.4), und schließlich werden Zusammenhänge mit subjektiv empfundenen Beschwerden untersucht (siehe Kapitel 5.5).

5.1 Beschreibung der Analysestichprobe

Von den 215 Fragebögen, die in die Analyse einbezogen werden konnten, liegen nicht zu allen Fragen vollständige Daten vor. Insbesondere bei den soziodemografischen Daten wurden Angaben ausgelassen, wohl zum Schutz der eigenen Anonymität. Einbezogen wurden in die Auswertung nur jene Fälle, in denen die fehlenden Werte unter 10 % lagen.

197 Befragte machten Angaben zum Geschlecht, 151 Frauen (76,6 %) und 46 Männer (23,4 %) nahmen an der Studie teil.

Bezüglich des Alters (siehe Abbildung 2) lagen 196 gültige Werte vor. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 43,90 Jahren (Std.Abw. = 7,46). Die Altersspanne erstreckte sich über ein großes Spektrum und reicht von 26 bis 66 Jahren. Der Median lag bei 43 Jahren, die Hälfte aller Befragten war somit über 43 Jahre alt. Ein Viertel war bis zu 38 Jahre alt (1. Quartil) und ein Viertel war mindestens 48 Jahre alt (3. Quartil).

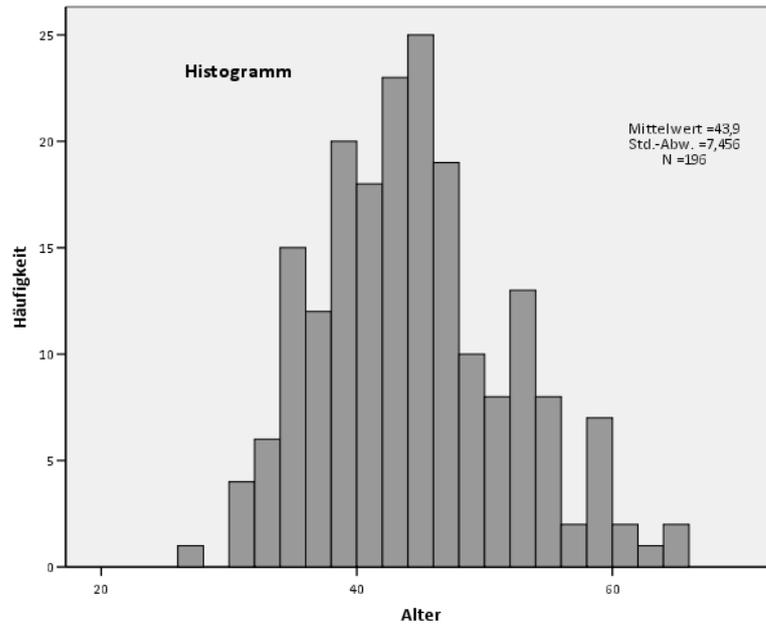


Abbildung 2 Altersverteilung der Stichprobe

Bei der Dauer der Berufserfahrung (siehe Abbildung 3). zeigte sich eine breite Streuung unter den Befragten 195 Personen machten Angaben zur Dauer ihrer beruflichen Tätigkeit, im Schnitt lag sie bei 9,51 Jahren (Std.Abw. = 5,20). Die kürzeste angegebene Dauer lag bei einem Jahr, die längste Dauer bei 25 Jahren, die Hälfte war seit mindestens neun Jahren als OsteopathIn tätig (Median). Quartil 1 lag bei fünf Jahren und Quartil 3 bei 14 Jahren.

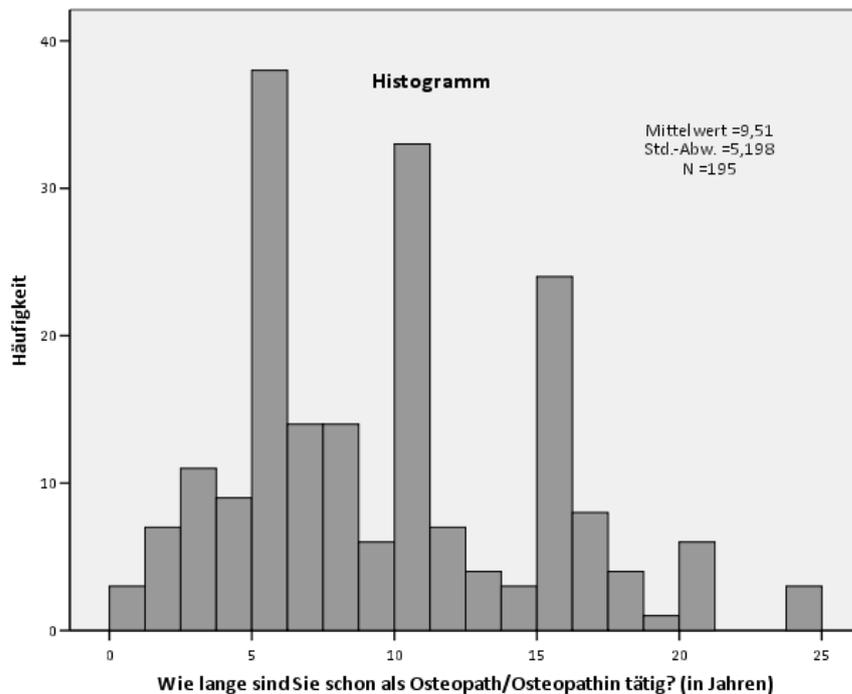


Abbildung 3 Verteilung der Dauer der Tätigkeit als OsteopathIn

Zur Art der Beschäftigung (siehe Abbildung 4) machten 197 Befragte Angaben. 86,8 % arbeiten selbstständig, nur 3,6 % sind angestellt und 9,6 % sind sowohl angestellt wie auch freiberuflich tätig.

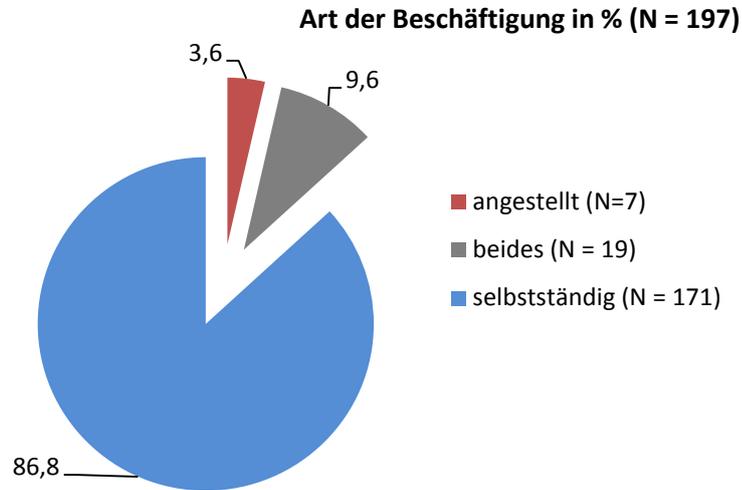


Abbildung 4 Art der Beschäftigung

Was das wöchentliche Arbeitspensum (siehe Abbildung 5) betrifft, sind die befragten OsteopathInnen im Schnitt 28,86 (Std.Abw. = 10,14) Stunden pro Woche tätig. Die Angaben variieren dabei stark und reichen von zwei Stunden bis zu 65 Stunden. Der Median liegt bei 30 Stunden, ein Viertel arbeitet bis zu 20 Stunden pro Woche als OsteopathIn und ein Viertel mindestens 35 Stunden. 19 Personen machten keine Angabe zum wöchentlichen Arbeitspensum.

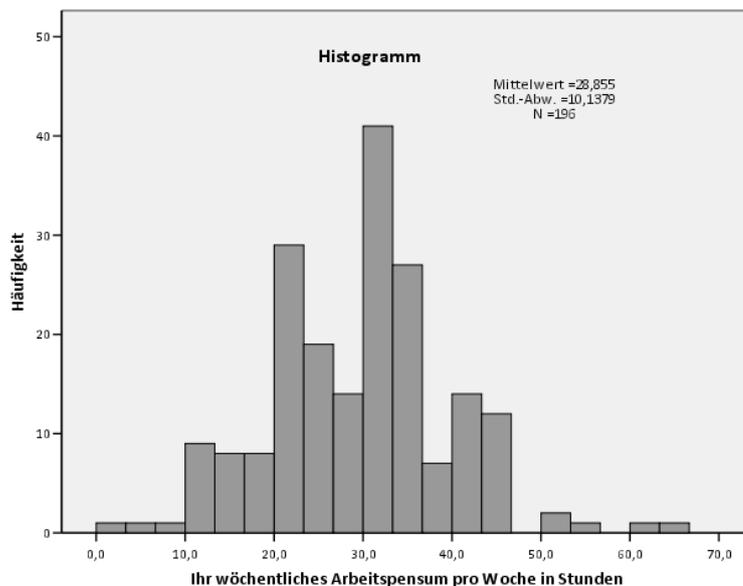


Abbildung 5 Verteilung des wöchentlichen Arbeitspensums in Stunden

194 Befragte machten Angaben zum Quellberuf (siehe Tabelle 3), der überwiegende Teil (82,8 %) der Befragten gab Physiotherapie als Quellberuf an. 5,6 % sind/waren als Arzt/Ärztin tätig und 1,9 % gaben „Sonstige“ an. Unter ihnen ist ein/e MasseurIn, ein/e ErgotherapeutIn, eine med. Fachkraft sowie ein/e ehemalige/r Justizangestellte/r.

Tabelle 3 **Angaben zum Quellberuf**

Quellberuf	N	%
keine Angabe	21	9,8
Arzt/Ärztin	12	5,6
PhysiotherapeutIn	178	82,8
sonstige	4	1,9
gesamt	215	100,0

Die Frage, ob geistige, meditative, spirituelle oder sonstige Übungen praktiziert werden, beantworteten 71,6 % der Befragten positiv. 21 Personen machten keine Angabe.

Auf die Frage, welche Übungen das seien, wurden sehr vielfältige Antworten gegeben, welche wie folgt zusammengefasst wurden: Yoga (33 %), Meditation (29 %), Sport (18 %), geistig/religiöse Übungen (11 %) und Sonstige (23 %).

5.2 Verständnis der OsteopathInnen von Achtsamkeit

Die erste Forschungsfrage dieser Arbeit bezog sich auf das subjektive Verständnis der OsteopathInnen von Achtsamkeit und wurde a priori wie folgt formuliert:

Was verstehen OsteopathInnen unter Achtsamkeit?

Fragestellung im Fragebogen:

1. Was verstehen Sie unter Achtsamkeit im Allgemeinen

2. Was verstehen Sie unter Achtsamkeit bei Ihrer Tätigkeit als Osteopath/Osteopathin?

Die Fragen wurden im Fragebogen bewusst an die erste Stelle gesetzt, um ein unmittelbares und subjektives Bild der Befragten zu erhalten. Die Ergebnisse werden im Folgenden, auf Basis des deduktiv entwickelten Kategoriensystems, vorgestellt. Dazu werden die Häufigkeiten für die jeweiligen Subkategorien in einer Abbildung dargestellt.

5.2.1 Verständnis von Achtsamkeit im Allgemeinen

Deduktiv wurden sechs Kategoriensysteme entwickelt (siehe Tabelle 2), die eine unterschiedliche Anzahl von Subkategorien aufweisen. Nachfolgend werden die

Ergebnisse anhand der Hauptkategorien dargestellt. Wörtliche Zitate der befragten OsteopathInnen sind exemplarisch dem ANHANG C zu entnehmen.

Für die acht Subkategorien zur „**Lenkung der Aufmerksamkeit**“ wurden sehr unterschiedliche Häufigkeiten in den Antworten der Befragten ermittelt (siehe Abbildung 6).

Subkategorien zu "Lenkung der Aufmerksamkeit" (N = 201)

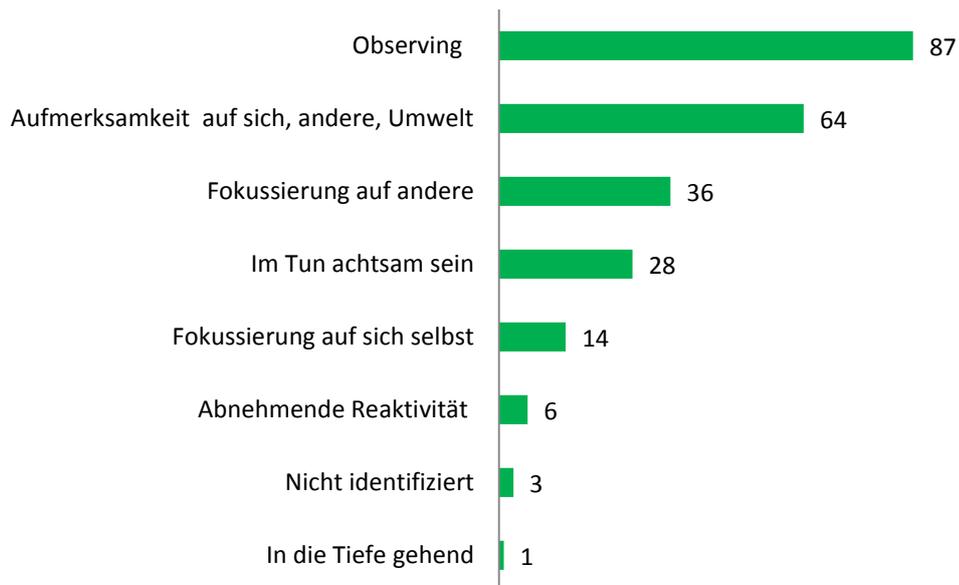


Abbildung 6 Häufigkeiten für die Subkategorien „Lenkung der Aufmerksamkeit“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)

Am häufigsten wurde die Subkategorie „*Observing*“ kodiert, welche von der Autorin als das gezielte Wahrnehmen von Beobachtbarem verstanden wird. 87 Befragte (43 %) machten Aussagen, die dieser Kategorie zugeordnet wurden.

In der Subkategorie „*Aufmerksamkeit auf sich, andere, Umwelt*“ ging es um die gleichwertige Aufmerksamkeit auf sich, andere Menschen oder die Umwelt. Diese Subkategorie war die zweithäufigste und wurde in 64 Fällen (32 %) der Antworten kodiert.

Die „*Fokussierung auf andere*“, welche die dritte Subkategorie darstellt, bezieht sich auf die gezielte Aufmerksamkeit in Bezug auf ein Gegenüber. 36 Befragte (18 %) gaben in ihrem Verständnis der Achtsamkeit jene Sichtweise an.

Die Subkategorie „*Im Tun achtsam sein*“ wurde 28 mal (14 %) bei der ersten Frage genannt. Dieser Kategorie wurden Aussagen zugeordnet, welche eine Absicht zum achtsamen Umgang umschrieben.

Die „*Fokussierung auf sich selbst*“, welche in 14 Fällen (7 %) genannt wurde, kann als die Lenkung der Aufmerksamkeit auf sich selbst verstanden werden.

Die Subkategorie „*Abnehmende Reaktivität*“ wurde in sechs Fällen (3 %) als ein Innehalten und nicht sofort Reagieren von den StudienteilnehmerInnen im Hinblick auf das Verständnis von Achtsamkeit genannt.

Als „*Nicht identifiziert*“ kann eine distanzierte Haltung in Bezug auf das Gegenüber angesehen werden, welche sich nicht mit Gedanken und Gefühlen identifiziert. Solch eine Sichtweise vertraten drei Befragte (1 %).

Die Antwort einer befragten Person konnte mit der Subkategorie „*In die Tiefe gehend*“ klassifiziert werden. Jene Subkategorie beinhaltet eine tiefgründige Wahrnehmung der Umgebung.

Das nächste Kategoriensystem „**Gegenwärtigkeit**“ enthielt zwei Subkategorien mit unterschiedlich häufigem Auftreten (siehe Abbildung 7).

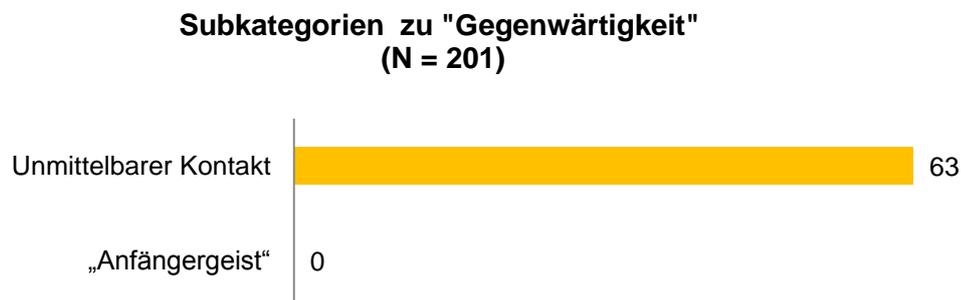


Abbildung 7 Häufigkeiten für die Subkategorien „Gegenwärtigkeit“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)

Der Subkategorie „*Unmittelbarer Kontakt*“ wurden Aussagen von 63 StudienteilnehmerInnen (31 %) zugeordnet, welche den Fokus auf den gegenwärtigen Moment legten. Dieser Fokus ist mit der Präsenz im Hier und Jetzt in Verbindung zu bringen. Der „*Anfängergeist*“, der als forschende Neugier klassifiziert wurde, konnte nicht in den Antworten der Befragten gefunden werden.

Das Kategoriensystem „**Akzeptieren ohne Bewerten**“ enthielt drei Subkategorien (siehe Abbildung 8).

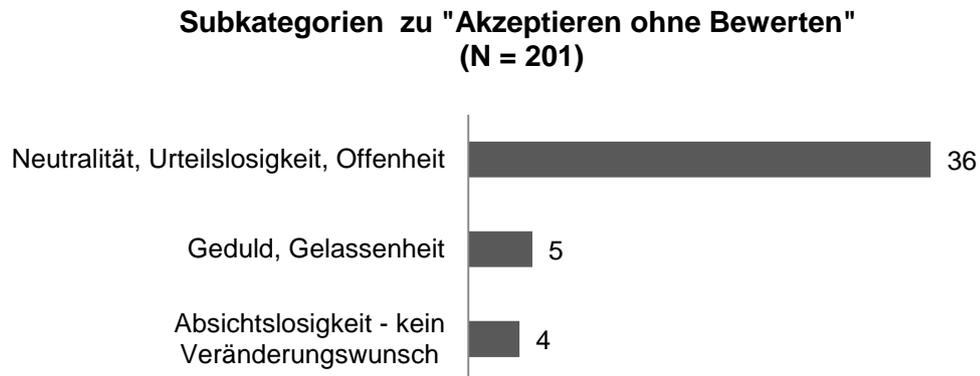


Abbildung 8 Häufigkeiten für die Subkategorien „Akzeptieren ohne Bewerten“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)

Haltungen der „*Neutralität, Urteilslosigkeit, Offenheit*“, welche das Gegenüber so wahrnehmen und akzeptieren wie es ist, wurden in 36 Fällen (18 %) unter Achtsamkeit verstanden. „*Geduld, Gelassenheit*“, die zweite Subkategorie, wurde von fünf Studienteilnehmern (2 %) als Komponente der Achtsamkeit genannt. Dem Gegenüber nichts aufzwingen zu wollen und es so sein zu lassen wie es ist, wird der Subkategorie der „*Absichtslosigkeit - kein Veränderungswunsch*“ zugeordnet. Vier Befragte (2 %) erfüllten in ihren Aussagen jenes Kriterium.

Das Kategoriensystem „**Beschreiben**“ bestand aus zwei Subkategorien (siehe Abbildung 9).

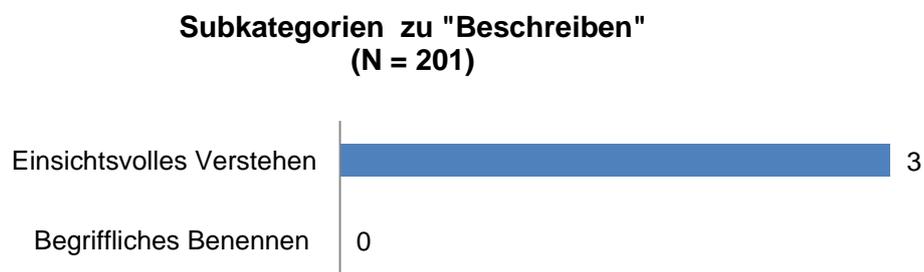


Abbildung 9 Häufigkeiten für die Subkategorien „Beschreiben“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)

Ein „*Einsichtsvolles Verstehen*“ wurde in drei Fällen (1 %) als eine Erweiterung des Bewusstseins im Umgang mit dem Gegenüber identifiziert. In der Subkategorie „*Begriffliches Benennen*“ gab es keine Zuordnung.

Das Kategoriensystem „**Mitfühlendes Verständnis**“ enthielt viele Kodierungen in zwei Subkategorien (siehe Abbildung 10).

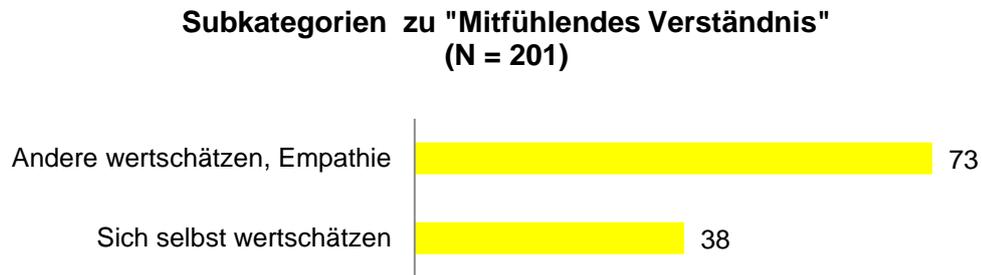


Abbildung 10 Häufigkeiten für die Subkategorien „Mitfühlendes Verständnis“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)

„*Andere wertschätzen, Empathie*“ konnte in 73 Fällen (36 %) den Aussagen entnommen werden. 38 StudienteilnehmerInnen (19 %) nannten in ihren Aussagen Komponenten, die der Subkategorie „*Sich selbst wertschätzen*“ entsprachen.

Das letzte Kategoriensystem „**Sonstige Kategorien**“ umfasste fünf inhaltlich völlig unabhängige Subkategorien (siehe Abbildung 11).

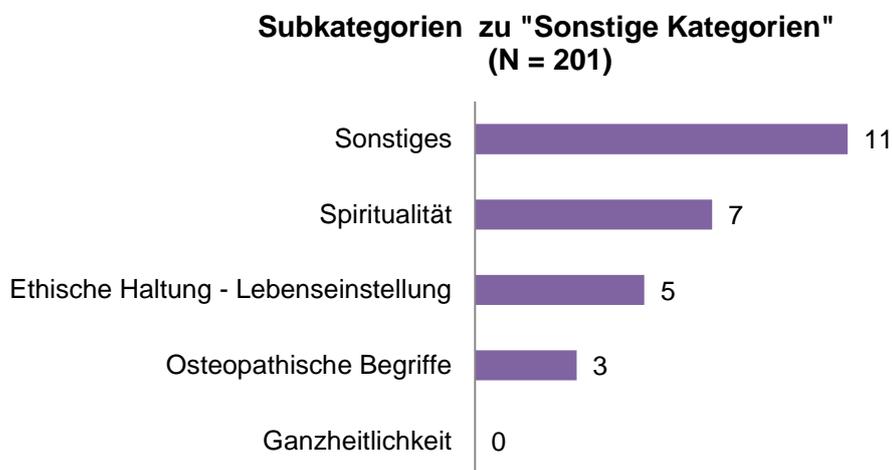


Abbildung 11 Häufigkeiten für die Subkategorie „Sonstige Kategorien“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)

Als Subkategorie „*Sonstiges*“ wurden Beispiele klassifiziert, welche keinen der zuvor genannten Kategorie entsprachen. Solche Antworten wurden elf mal (5 %) gefunden. „*Spiritualität*“ und die damit in Zusammenhang stehenden Aussagen wurden in sieben Fällen (3 %) kodiert.

„*Ethische Haltung – Lebenseinstellung*“ wurde dann vergeben, wenn die Achtsamkeit als Teil der Lebensphilosophie gesehen wurde. Dies war bei fünf TeilnehmerInnen (2 %) der Fall. „*Osteopathische Begriffe*“ wurden von drei Befragten (1 %) im Zusammenhang mit Achtsamkeit angeführt. Die Subkategorie „*Ganzheitlichkeit*“ fand keine Erwähnung.

Eine genauere Beschreibung zur Entwicklung und Bestimmung der einzelnen Kategorien befindet sich in Kapitel 4.7.

5.2.2 Verständnis von Achtsamkeit im Kontext der Tätigkeit als OsteopathIn

Für diese Fragestellung wurde dasselbe deduktiv entwickelte Kategoriensystem angewendet, das bei der Frage nach dem Verständnis von Achtsamkeit im Allgemeinen angewendet wurde (siehe Tabelle 2). Auch hier werden die Ergebnisse anhand der Hauptkategorien dargestellt.

Wörtliche Zitate der befragten OsteopathInnen sind exemplarisch im ANHANG D zu finden.

Für die acht Subkategorien zur „**Lenkung der Aufmerksamkeit**“ wurden sehr unterschiedliche Häufigkeiten in den Antworten der Befragten ermittelt (siehe Abbildung 12).

Mehr als ein Drittel der Befragten nannte, im Kontext ihrer Arbeit als OsteopathIn, „*Im Tun achtsam sein*“ (96 Nennungen, 48 %) „*Fokussierung auf andere*“ (79 Nennungen, 40 %) sowie „*Aufmerksamkeit auf sich, andere, Umwelt*“ (72 Nennungen, 36 %).

Die Subkategorie „*Observing*“ wurde in 60 Fällen (30 %) klassifiziert. „*Nicht identifiziert*“ mit den PatientInnen zu sein erachten 20 Befragte (10 %) als relevant in der osteopathischen Arbeit. Die „*Fokussierung auf sich selbst*“ nannten 19 StudienteilnehmerInnen (10 %) als Komponenten ihrer Arbeit als OsteopathIn.

Die Subkategorie „*In die Tiefe gehend*“ ergab sich bei 10 Antworten (5 %), wohingegen die „*Abnehmende Reaktivität*“ lediglich vier Nennungen (2 %) erhielt.

**Subkategorien zu "Lenkung der Aufmerksamkeit"
(N = 200)**

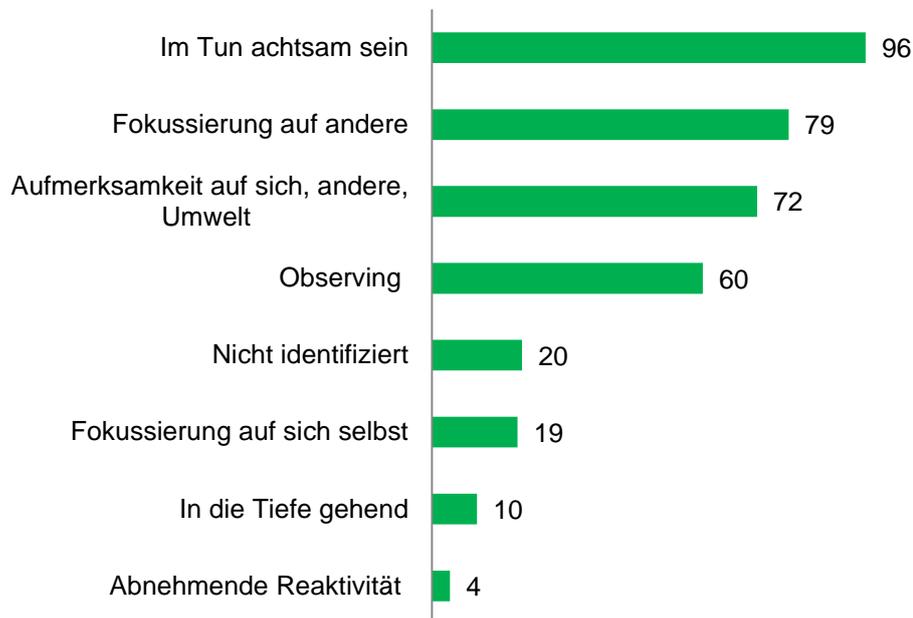


Abbildung 12 Häufigkeiten für die Subkategorien „Lenkung der Aufmerksamkeit“ (Achtsamkeit als OsteopathIn)

Die Ergebnisse für das Kategoriensystem „**Gegenwärtigkeit**“ sind in Abbildung 13 dargestellt.

**Subkategorien zu "Gegenwärtigkeit"
(N = 200)**



Abbildung 13 Häufigkeiten für die Subkategorien „Gegenwärtigkeit“ (Achtsamkeit als OsteopathIn)

Die Subkategorie „*Unmittelbarer Kontakt*“ wurde 31 mal genannt (16 %). Der „*Anfängergeist*“ konnte, gleich wie in der Frage zum allgemeinen Verständnis der Achtsamkeit, aus keiner Nennung entnommen werden.

Die Ergebnisse zum Kategoriensystem „**Akzeptieren ohne Bewerten**“ mit drei Subkategorien sind in Abbildung 14 dargestellt.

**Subkategorien zu "Akzeptieren ohne Bewerten"
(N = 200)**

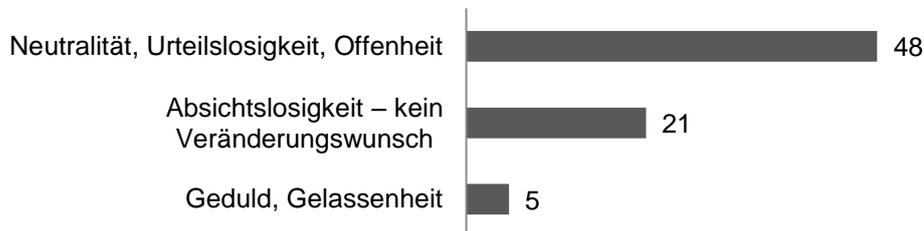


Abbildung 14 Häufigkeiten für die Subkategorien „Akzeptieren ohne Bewerten“ (Achtsamkeit als OsteopathIn)

„*Neutralität, Urteilslosigkeit, Offenheit*“ kam bei 48 Befragten (24 %) vor, wohingegen die Subkategorie „*Absichtslosigkeit - kein Veränderungswunsch*“ auf 21 Zuordnungen (11 %) kam. Der Subkategorie „*Geduld, Gelassenheit*“ wurden Antworten von fünf Studienteilnehmern (3 %) zugeordnet.

Das Kategoriensystem „**Beschreiben**“ besteht aus zwei Subkategorien (siehe Abbildung 15).

**Subkategorien zu "Beschreiben"
(N = 200)**



Abbildung 15 Häufigkeiten für die Subkategorien „Beschreiben“ (Achtsamkeit als OsteopathIn)

„*Einsichtsvolles Verstehen*“ erachten 13 Befragte (7 %) als wichtig in der osteopathischen Arbeit. Lediglich eine Nennung gab es bei der Subkategorie „*Begriffliches Benennen*“.

Auch im Kategoriensystem „**Mitfühlendes Verständnis**“ kam es zu vielen Kodierungen (siehe Abbildung 16).

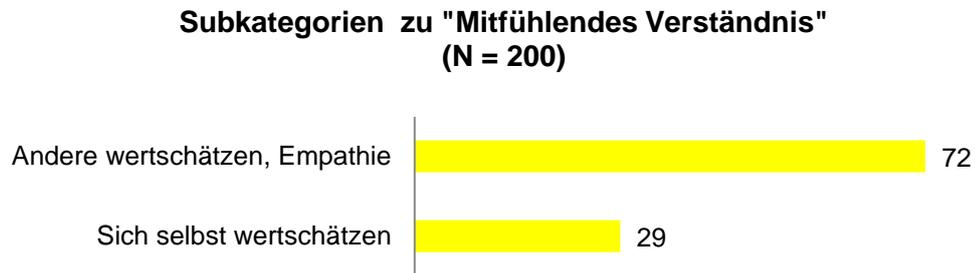


Abbildung 16 Häufigkeiten für die Subkategorien „Mitfühlendes Verständnis“ (Achtsamkeit als OsteopathIn)

Mehr als ein Drittel der Antworten der befragten OsteopathInnen (72 Nennungen, 36 %) konnten der Subkategorie „*Andere wertschätzen, Empathie*“ zugeordnet werden. „*Sich selbst wertschätzen*“ erachten 29 StudienteilnehmerInnen (15 %), in Bezug auf ihre Arbeit, als relevant.

Die wenigen Kodierungen des Kategoriensystems „**Sonstige Kategorien**“ finden sich in Abbildung 17.

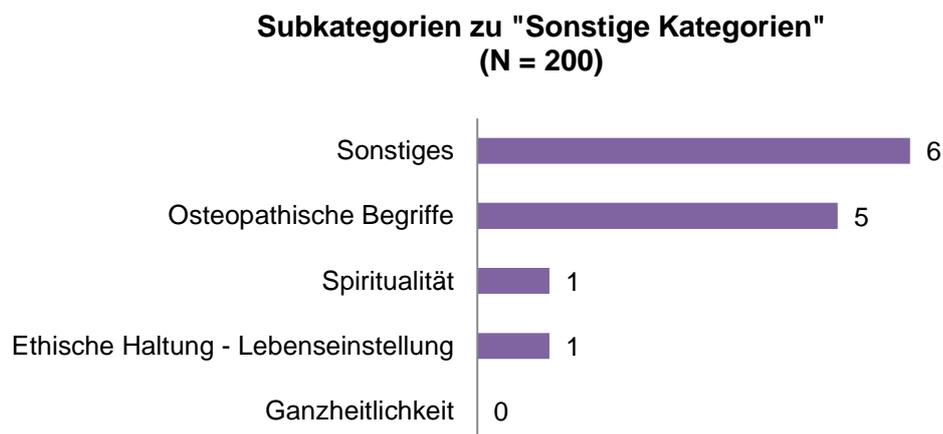


Abbildung 17 Häufigkeiten für die Subkategorien „Sonstige Kategorien“ (Achtsamkeit als OsteopathIn)

Dieser Kategorie wurden in Summe 13 Nennungen zugeordnet, wobei sechs (3 %) auf die Subkategorie „*Sonstiges*“, fünf (3 %) auf „*Osteopathische Begriffe*“ und je eine Nennung auf „*Spiritualität*“ sowie „*Ethische Haltung - Lebenseinstellung*“ fielen. Keine Zuordnungen gab es für die Subkategorie „*Ganzheitlichkeit*“.

5.3 Ausprägung der Achtsamkeit bei OsteopathInnen

Diese Forschungsfrage wurde a priori wie folgt definiert:

Wie ist die Achtsamkeit unter OsteopathInnen ausgeprägt?

Subfragen:

Wie unterscheiden sich die Ausprägungen der OsteopathInnen von anderen Stichproben?

Gibt es Unterschiede der Achtsamkeit in Abhängigkeit vom Quellberuf (Arzt/Ärztin, PhysiotherapeutIn,)?

Der Vergleich der Ausprägungen der OsteopathInnen mit den Ausprägungen von PsychologiestudentInnen der Stichprobe des KIMS-D von Ströhle et al. (2010) erfolgte durch T-Tests, da Häufigkeiten für die Ausprägungen der einzelnen Items nicht vorliegen. Aufgrund der vielen Testungen bei 39 Items erfolgte eine Korrektur des Alpha-Niveaus nach Bonferroni, wie von Leonhart (2004) empfohlen: „Bei der Bonferronikorrektur wird das α -Fehlerniveau für jeden einzelnen Test so weit herabgesetzt, dass der „inflationierte Fehler“ insgesamt nur noch 5 % (beziehungsweise 1 %) beträgt“ (Leonhart, 2004, S. 273).

Die Berechnung erfolgt durch die Formel: $\alpha_{\text{adj}} = \frac{\alpha}{\text{Anzahl der Tests}}$ $\alpha_{\text{adj}} = \frac{0,05}{39 \text{ Items}} = 0,0013$

Somit beträgt das α -Niveau für die Einstichproben T-Tests 0,0013. Dabei muss kritisch angemerkt werden, dass es keine nonparametrische Möglichkeit für diese Berechnung gibt und aufgrund der vorliegenden Mittelwerte der Vergleichsstichprobe T-Tests bei einer Stichprobe eingesetzt werden.

Zum Vergleich der Werte auf Item-Ebene wurden die Items nach Dimensionszugehörigkeit zusammengefasst.

5.3.1 Ergebnisse für die Dimension *Beobachten*

In Abbildung 18 sind die Mittelwerte der Dimension A: *Beobachten* für die OsteopathInnen und für die PsychologiestudentInnen der Vergleichsstichprobe angeführt, wo sich schon rein optisch ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigt. Die Antworten im Detail mit prozentuellen Angaben der Ausprägungen finden sich in Abbildung 19.

Beim Item Nr. 1 zur Wahrnehmung von Veränderungen des Körpers wiesen die OsteopathInnen einen Mittelwert von 4,03 auf (Std.Abw. = 0,89), während der Mittelwert der PsychologiestudentInnen bei 3,58 lag (Std.Abw. = 0,95). Die Wahrnehmung der OsteopathInnen ist signifikant stärker ($t_{[212]} = 7,452$; $p < 0,001$) und liegt für dieses Item im

Schnitt im Bereich von „trifft oft zu“. Insgesamt wählten 79,8 % die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

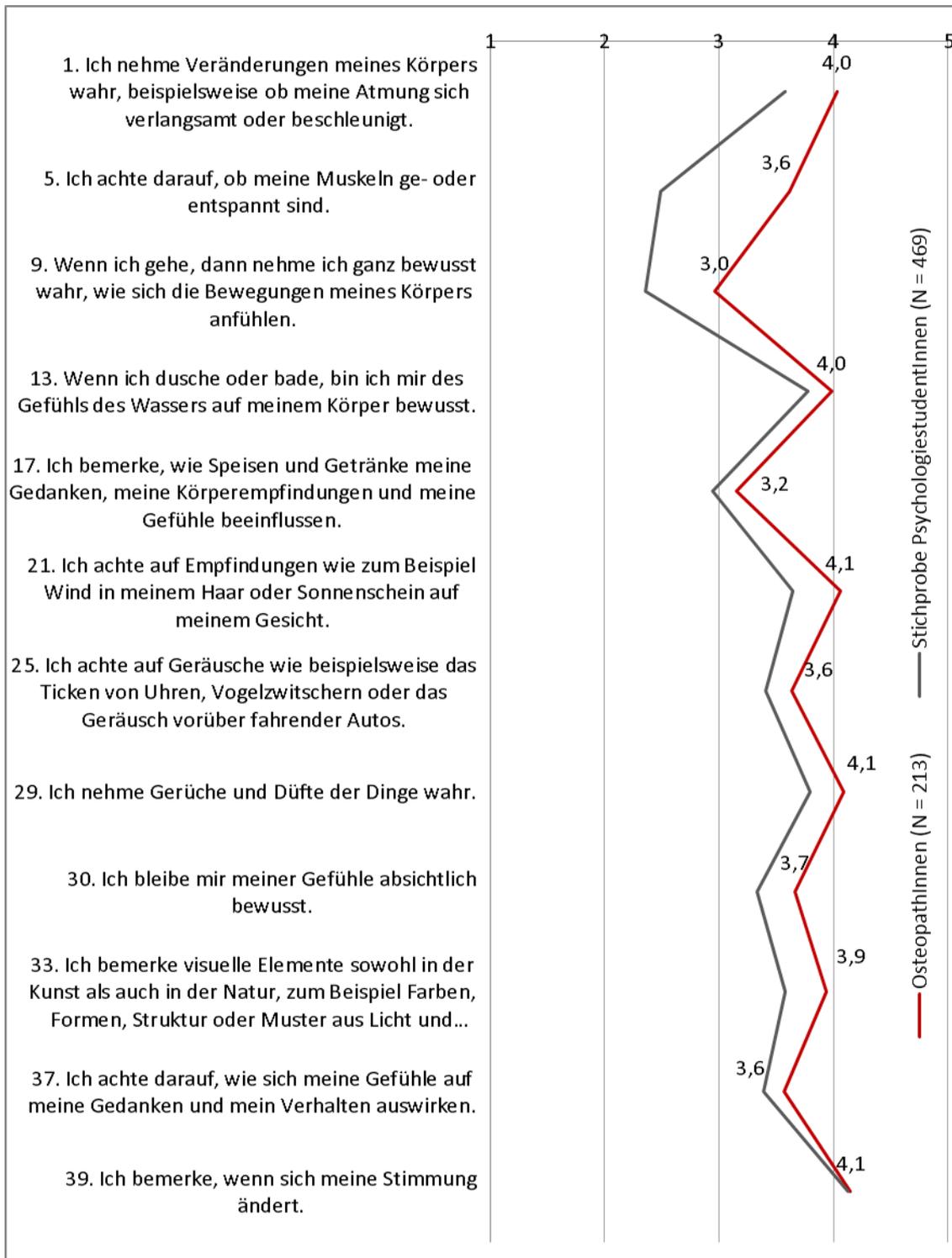


Abbildung 18 Mittelwerte für die Items der Dimension A: *Beobachten* für die OsteopathInnen und eine Vergleichsgruppe

Der deutlichste Unterschied zeigt sich bei der Wahrnehmung ge- und entspannter Muskeln bei Item Nr. 5 ($t_{[212]} = 7,452$; $p < 0,001$). Hier ist zu erkennen, dass PsychologiestudentInnen selten bis manchmal auf den Muskeltonus achten ($M = 2,49$;

Std.Abw. = 1,06), während die OsteopathInnen einen Mittelwert von 3,62 (Std.Abw. = 1,00) aufwiesen und damit im Bereich zwischen manchmal und oft lagen. 79,8 % von ihnen wählten die Antwortoptionen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

Ein weiterer deutlicher und signifikanter Unterschied zeigte sich bei Item Nr. 9 zur bewussten Wahrnehmung der Bewegungen des eigenen Körpers beim Gehen ($t_{[212]} = 8,121$; $p < 0,001$). Hier wiesen die PsychologiestudentInnen einen Mittelwert von 2,36 auf (Std.Abw. = 0,99), d.h. sie beobachteten die Bewegungen des eigenen Körpers nur selten bis manchmal. Die OsteopathInnen hingegen wiesen einen Mittelwert von 2,96 auf (Std.Abw. = 1,07), was im Schnitt im Bereich manchmal liegt. Hier kreuzten 33,8 % die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“ an.

Deutlich geringer fällt der Unterschied beim Item Nr. 13 zur Beachtung des Gefühls beim Baden oder Duschen aus. Der Unterschied ist nicht signifikant ($t_{[204]} = 2,892$; $p = 0,004$). Die PsychologiestudentInnen wiesen einen Mittelwert von 3,78 auf (Std.Abw. = 1,00), während der Mittelwert der OsteopathInnen bei 3,99 lag (Std.Abw. = 1,02). Man kann aber von beiden Gruppen sagen, dass sie sehr oft achtsam duschen oder baden. Unter den OsteopathInnen wählten 77 % die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

In beiden Gruppen fällt die Achtsamkeit bei Item Nr. 17 deutlich geringer aus. Hier geht es um die Beobachtung, wie Speisen und Getränke die Gedanken und Körperempfindungen beeinflussen. Der Unterschied ist auch hier nicht signifikant ($t_{[204]} = 2,476$; $p = 0,014$). Der Mittelwert der PsychologiestudentInnen lag bei 2,94 (Std.Abw. = 1,12), jener der OsteopathInnen bei 3,12 (Std.Abw. = 1,22); also beide im Bereich von „trifft manchmal zu“. Hier wählten nur 45,4 % der OsteopathInnen die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

Ein stärkerer Fokus wird auf Empfindungen im Gesicht, z.B. durch Wind oder Sonne, gelegt (Item Nr. 21). Hier wiesen OsteopathInnen ($M = 4,06$; Std.Abw. = 0,84) wieder signifikant höhere Werte ($t_{204} = 7,105$; $p = <0,001$) auf, als PsychologiestudentInnen ($M = 3,64$; Std.Abw. = 0,92). OsteopathInnen achten demnach oft auf Empfindungen im Gesicht. 82,5 % der OsteopathInnen antworteten hier mit „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

Bei Item Nr. 25 zur Achtsamkeit in Bezug auf Geräusche von Vögeln, Autos oder Ticken von Uhren zeigte sich ebenfalls eine signifikant stärkere Beobachtung bei OsteopathInnen als bei PsychologiestudentInnen ($t_{[204]} = 3,520$; $p = 0,001$). Die OsteopathInnen lagen mit einem Mittelwert von 3,63 (Std.Abw. = 0,91) im Bereich zwischen manchmal und oft, die PsychologiestudentInnen mit einem Mittelwert von 3,41 (Std.Abw. = 0,92) etwas näher an

der Ausprägung „trifft manchmal zu“. 61,9 % der OsteopathInnen kreuzten die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“ an.

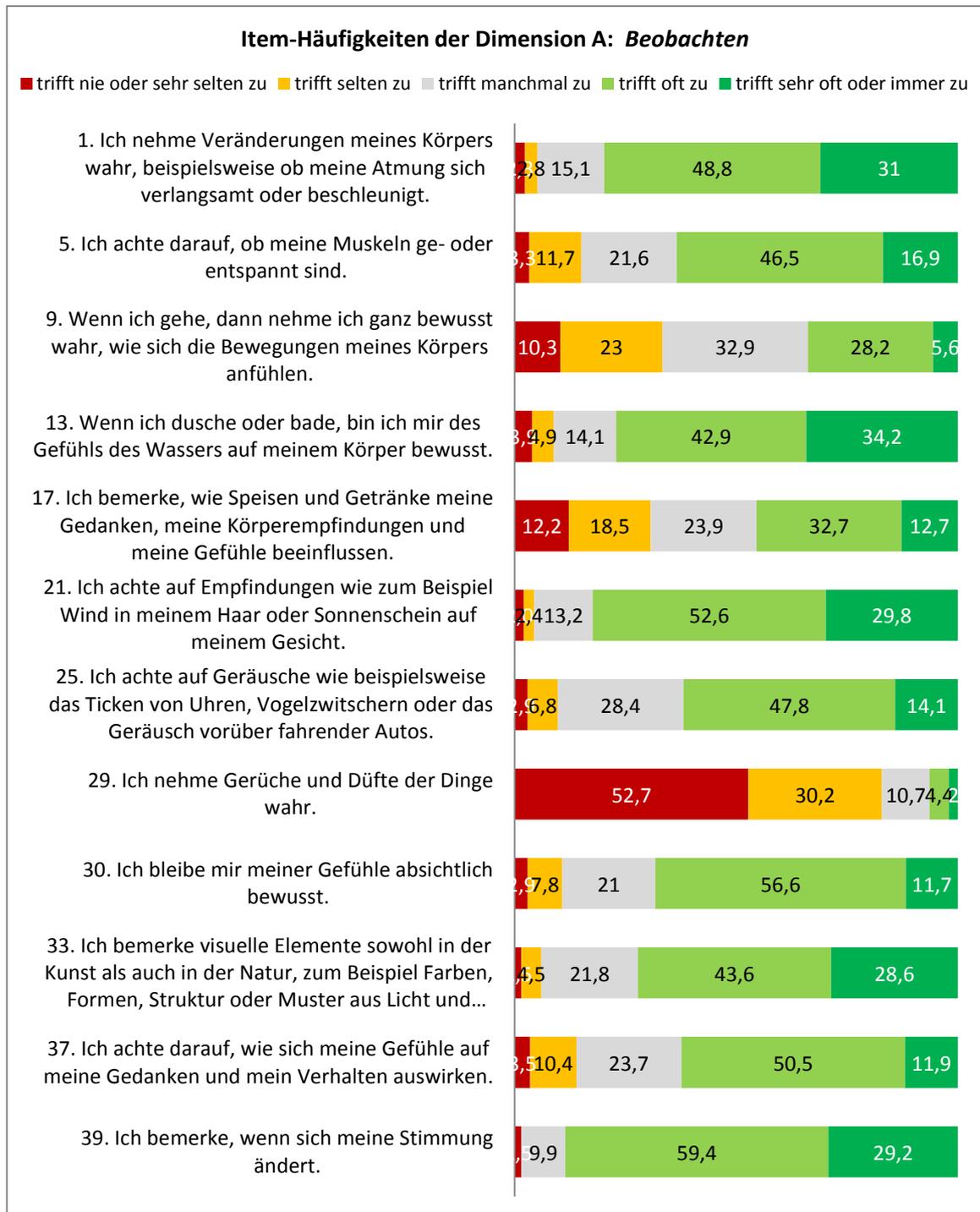


Abbildung 19 Häufigkeiten für die Ausprägungen der Items der Dimension A: *Beobachten*

Gerüche und Düfte (Item Nr. 29) wurden von beiden Gruppen häufig wahrgenommen, von OsteopathInnen aber signifikant häufiger ($t_{[204]} = 5,225$; $p < 0,001$). Ihr Mittelwert lag im Bereich von oft ($M = 4,09$; Std.Abw. = $0,80$), jener der PsychologiestudentInnen bei $3,80$ (Std.Abw. = $0,86$). Mit $82,4\%$ haben sehr viele OsteopathInnen die Ausprägungen "trifft oft zu" oder "trifft sehr oft oder immer zu" gewählt.

Bei den Befragten zeigte sich ein hoher Anteil von Zustimmung auch beim Item 30, sich seiner Gefühle absichtlich bewusst zu bleiben. Der Mittelwert für die OsteopathInnen lag bei 3,66 (Std.Abw. = 0,89), während der Mittelwert für die PsychologiestudentInnen bei 3,33 lag (Std.Abw. = 0,92). Das ist signifikant niedriger als bei den OsteopathInnen ($t_{[204]} = 5,36$; $p < 0,001$).

Die Achtsamkeit auf visuelle Elemente in Kunst und Natur (Farben, Formen, Licht, etc.) bei Item Nr. 33 ist in beiden Gruppen relativ stark ausgeprägt und bei den OsteopathInnen wiederum signifikant höher ($t_{[201]} = 5,593$; $p < 0,001$). Ihr Mittelwert lag bei 3,94 (Std.Abw. = 0,90), jener der PsychologiestudentInnen bei 3,58 (Std.Abw. = 1,01). Unter den OsteopathInnen kreuzten 72,3 % die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“ an.

Ähnlich hoch fiel in beiden Gruppen die Achtsamkeit in Bezug auf die Beobachtung der Auswirkung von Gefühlen und Gedanken auf das Verhalten aus ($t_{[201]} = 2,682$; $p = 0,008$). Der Mittelwert der OsteopathInnen lag bei 3,57 (Std.Abw. = 0,95), jener der PsychologiestudentInnen bei 3,39 (Std.Abw. = 0,93). Beide Gruppen lagen bei Item Nr. 37 im Schnitt im Bereich von *manchmal* bis *oft*, jedoch näher bei „trifft manchmal zu“. 62,4 % der OsteopathInnen wählten die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

Ein sehr hoher Wert für beide Gruppen zeigte sich für die Achtsamkeit in Bezug auf die Änderung der eigenen Stimmung (Item Nr. 39), der nicht signifikant unterschiedlich war ($t_{[201]} = 0,370$; $p = 0,712$). Beide Mittelwerte lagen bei 4,1 und somit im Bereich von oft. 81,6 % antworteten auf dieses Item mit „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

5.3.2 Ergebnisse für die Dimension *Beschreiben*

Mittelwerte der Dimension B: *Beschreiben* finden sich in Abbildung 20 und prozentuelle Anteile der Antworten in Abbildung 21. Beim Item Nr. 2, seine Gefühle gut in Worte fassen zu können, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen ($t_{[212]} = 2,513$; $p = 0,013$). Sowohl die OsteopathInnen ($M = 3,90$; Std.Abw. = 0,82) als auch die PsychologiestudentInnen ($M = 3,76$; Std.Abw. = 0,92) wiesen recht hohe Mittelwerte im Bereich von „trifft oft zu“ auf. Unter den OsteopathInnen wählten 77,5 % die Antwortoptionen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

Ähnlich fiel das Ergebnis für das Item Nr. 6, dass es einem leicht falle, seine Überzeugungen in Worte zu fassen, aus. Auch hier zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($t_{[212]} = -1,901$; $p = 0,059$). Die PsychologiestudentInnen wiesen ($M = 3,85$; Std.Abw. = 0,94) sogar einen minimal höheren Mittelwert auf als die OsteopathInnen ($M = 3,74$; Std.Abw. = 0,87). Aber auch hier lagen beide Gruppen im Bereich von „trifft oft zu“.

Der Anteil der Antworten „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“ lag unter den OsteopathInnen bei 69,5 %.

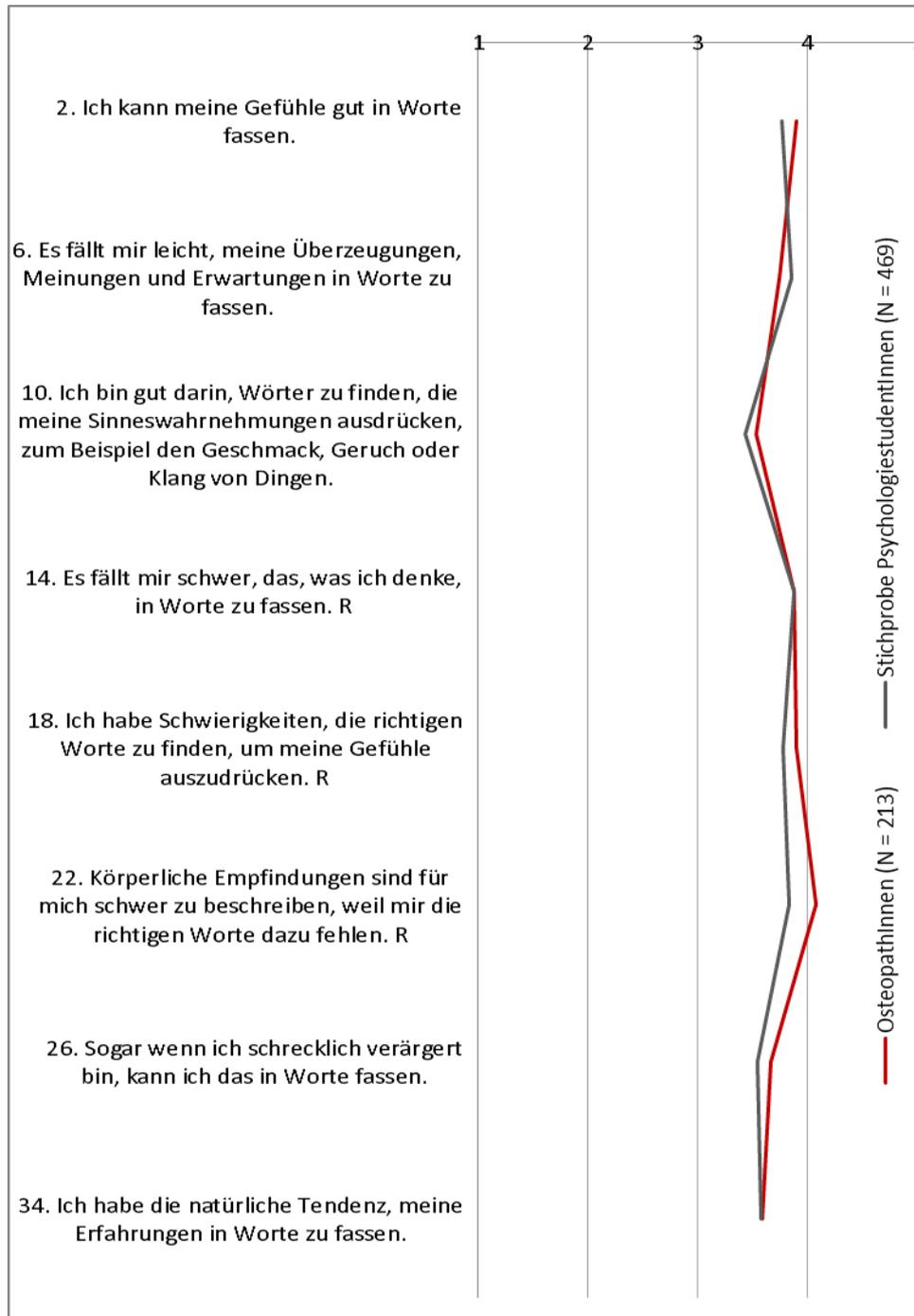


Abbildung 20 Mittelwerte für die Items der Dimension B: *Beschreiben* für die OsteopathInnen und eine Vergleichsgruppe

Sehr ähnlich fällt auch das Ergebnis für das Item Nr. 10 aus, bei dem es darum ging, Wörter für Sinneswahrnehmungen zu finden, um diese auszudrücken (Geruch, Geschmack, Klänge). Auch hier ergab sich wieder kein signifikanter Unterschied ($t_{[212]} = 1,458$; $p = 0,146$). Der Mittelwert lag für die OsteopathInnen ($M = 3,53$; Std.Abw. = 0,96)

geringfügig über jenem der PsychologiestudentInnen (M = 3,43; Std.Abw. = 0,94). Hier wählten 56,3 % die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

Auch bei Item Nr. 14 zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($t_{[204]} = 0,051$; $p = 0,959$). Es fiel den OsteopathInnen (M = 3,87; Std.Abw. = 0,888) ebenso leicht wie den PsychologiestudentInnen (M = 3,87; Std.Abw. = 0,90), das, was sie denken, in Worte zu fassen. Beide Mittelwerte lagen im Bereich von „trifft oft zu“ (rekodiert). Bei diesem Item wählten 69,3 % der OsteopathInnen die Ausprägungen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“.

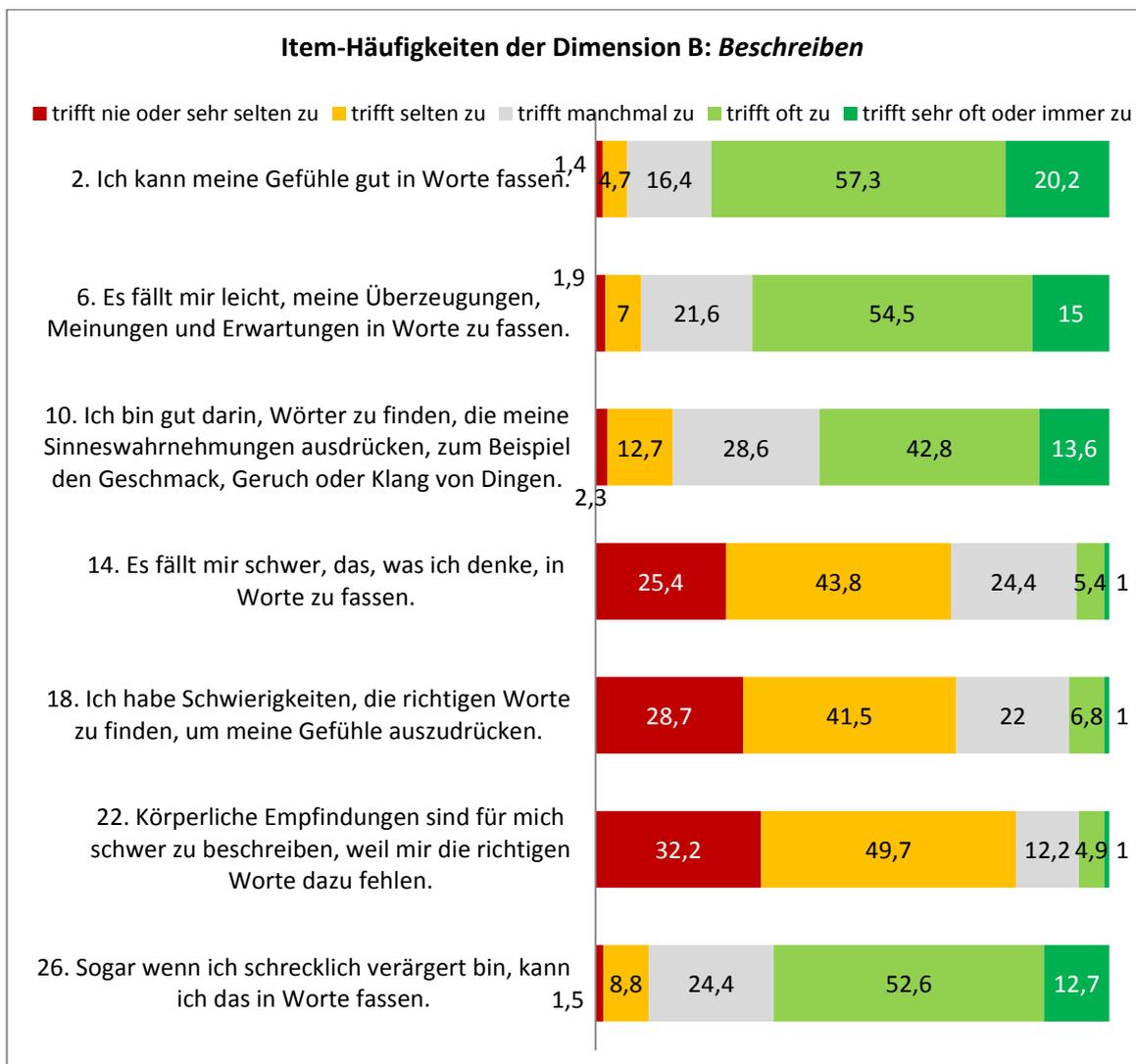


Abbildung 21 Häufigkeiten für die Ausprägungen der Items der Dimension B: Beschreiben

In Item Nr. 18 ging es um Schwierigkeiten, eigene Gefühle in Worte zu fassen. Hier zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ($t_{[204]} = 2,041$; $p = 0,043$). Der Mittelwert für die OsteopathInnen lag bei 3,90 (Std.Abw. = 0,93), jener für die PsychologiestudentInnen bei 3,77 (Std.Abw. = 0,94). Also haben beide Gruppen kaum Schwierigkeiten eigene Gefühle in Worte zu fassen, die Ausprägungen

lagen im Mittel nahe bei „trifft selten zu“. Unter den OsteopathInnen kreuzten 70,2 % die Ausprägungen „trifft selten zu" oder „trifft nie oder sehr selten zu" an.

Beim Item Nr. 22 ging es um Schwierigkeiten, körperliche Empfindungen mit den richtigen Worten zu beschreiben. Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($t_{[204]} = 4,089$; $p < 0,001$). Es fiel den OsteopathInnen ($M = 4,07$; Std.Abw. = 0,85) signifikant leichter, körperliche Empfindungen zu beschreiben als den PsychologiestudentInnen ($M = 3,83$; Std.Abw. = 0,87). Beide Gruppen lagen jedoch im Mittel im Bereich von „trifft selten zu“. Unter den OsteopathInnen wählten 82 % die Antwortoptionen „trifft selten zu" oder „trifft nie oder sehr selten zu".

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant darin, eigenen Ärger in Worte fassen zu können ($t_{[204]} = 2,049$; $p = 0,042$). Bei Item Nr. 26 wiesen die OsteopathInnen einen Mittelwert von 3,66 auf (Std.Abw. = 0,86), jener für die OsteopathInnen lag bei 3,54 (Std.Abw. = 0,98). Beide Gruppen lagen im Bereich von „manchmal“ bis „oft“. Unter den OsteopathInnen wählten 65,4 % die Antwortoptionen „trifft oft zu" oder „trifft sehr oft oder immer zu".

Und schließlich zeigte sich auch beim letzten Item kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($t_{[201]} = 0,302$; $p = 0,763$). Es handelt sich um Item Nr. 34, bei dem es um die natürliche Tendenz geht, die eigenen Erfahrungen in Worte zu fassen. Der Mittelwert für die OsteopathInnen betrug 3,59 (Std.Abw. = 0,90), der Mittelwert für die PsychologiestudentInnen lag bei 3,57 (Std.Abw. = 0,96). Beide Gruppen lagen genau zwischen manchmal und oft. Hier wählten 61,4 % der OsteopathInnen die Antwortoptionen „trifft oft zu" oder „trifft sehr oft oder immer zu".

5.3.3 Ergebnisse für die Dimension *Mit Aufmerksamkeit handeln*

Mittelwerte der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* finden sich in Abbildung 22 und prozentuelle Anteile in Abbildung 23. Beim ersten Item der Dimension ging es darum, ob man die Gedanken schweifen lässt wenn man etwas tut und leicht abzulenken ist (Item Nr. 3). Das passiert OsteopathInnen signifikant seltener als PsychologiestudentInnen ($t_{[213]} = 3,961$; $p < 0,001$). Der Mittelwert betrug für die OsteopathInnen 3,29 (Std.Abw. = 0,83) und für die PsychologiestudentInnen 3,06 (Std.Abw. = 0,84). Beide Gruppen lagen im Mittel nahe bei der Ausprägung „trifft manchmal zu“. Unter den OsteopathInnen wählten 61,1 % die Ausprägungen „trifft oft zu" oder „trifft sehr oft oder immer zu".

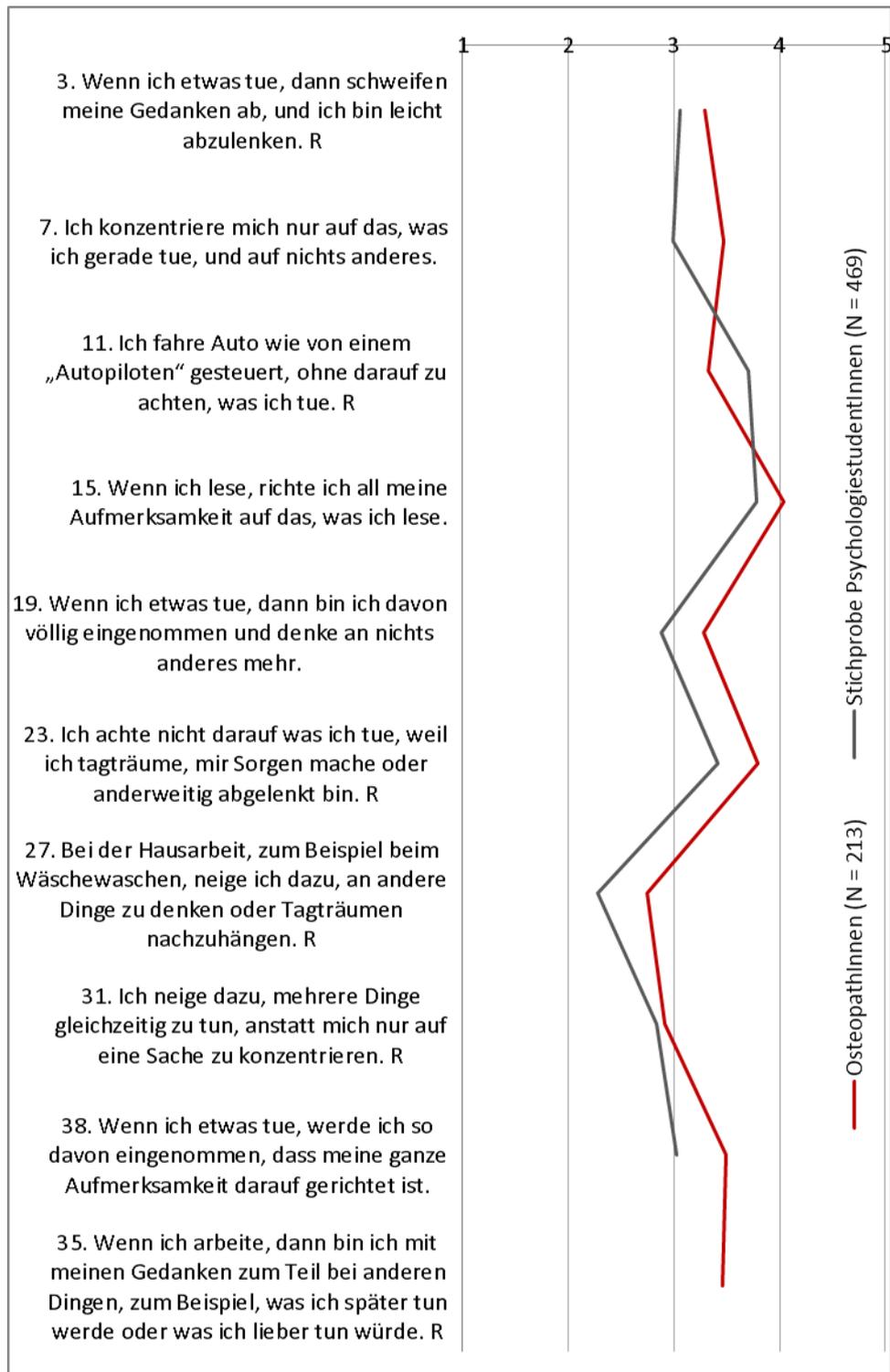


Abbildung 22 Mittelwerte für die Items der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* für die OsteopathInnen und eine Vergleichsgruppe

Auch beim nächsten Item (Nr. 7) zeigte sich wiederum ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($t_{[212]} = 8,519$; $p < 0,001$). OsteopathInnen ($M = 3,47$; Std.Abw. = 0,82) konzentrieren sich signifikant häufiger nur auf das, was sie gerade tun als PsychologiestudentInnen ($M = 2,99$; Std.Abw. = 0,85). Hier kreuzten unter den OsteopathInnen 56,4 % die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“ an.

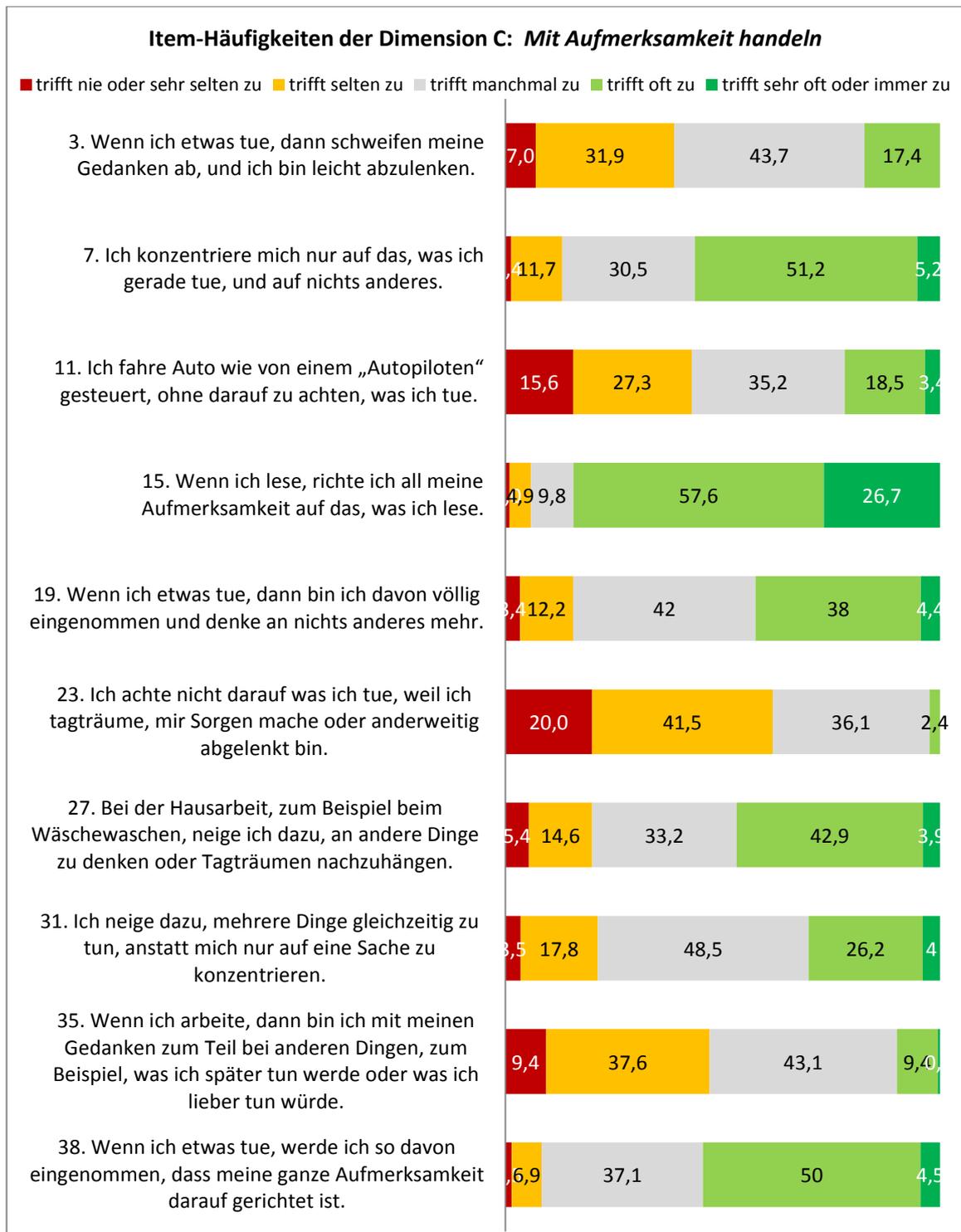


Abbildung 23 Häufigkeiten für die Ausprägungen der Items der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln*

Deutlich und signifikant ist auch der Unterschied bei Item Nr. 11 zur Achtsamkeit beim Autofahren. Hier wurde erfragt, wie oft die Person „wie von einem Autopiloten gesteuert“ fährt, ohne darauf zu achten was sie tut ($t_{[204]} = 4,994$; $p < 0,001$). PsychologiestudentInnen ($M = 3,70$; Std.Abw. = 1,07) haben dies deutlich seltener angegeben als OsteopathInnen ($M = 3,33$; Std.Abw. = 1,06). Die PsychologiestudentInnen lagen näher an der Ausprägung „trifft selten zu“ und die

OsteopathInnen näher an der Ausprägung „trifft manchmal zu“. Unter den OsteopathInnen wählten 42,9 % die Antwortoptionen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“.

Bei Item Nr. 15 ging es darum, beim Lesen all seine Aufmerksamkeit auf das Gelesene zu richten. Hier zeigte sich wieder ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($t_{[204]} = 4,684$; $p < 0,001$). OsteopathInnen wiesen einen Mittelwert von 4,04 auf (Std.Abw. = 0,81), PsychologiestudentInnen lagen mit ihrem Mittelwert bei 3,78 (Std.Abw. = 0,84). Es lässt sich aber sagen, dass beide Gruppen beim Lesen „off“ ihre ganze Aufmerksamkeit auf den Inhalt legen. Unter den OsteopathInnen kreuzten 84,4 % die Antwortoptionen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“ an.

Ein weiterer recht deutlicher Unterschied zeigte sich bei Item Nr. 19, wo es um ein völliges Eingenommen Sein von einer Tätigkeit ging ($t_{[204]} = 6,621$; $p < 0,001$). OsteopathInnen lagen mit ihrem Mittelwert ($M = 3,28$; Std.Abw. = 0,86) deutlich über jenem der PsychologiestudentInnen ($M = 2,88$; Std.Abw. = 0,79). Beide Gruppen lagen im Mittel im Bereich der Ausprägung „trifft manchmal zu“, die OsteopathInnen allerdings etwas darüber und die PsychologiestudentInnen etwas darunter. Bei diesem Item wählten 42,4 % der OsteopathInnen die Ausprägungen „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“.

Ähnlich groß fiel der Unterschied bei Item Nr. 23 aus, ein verkehrt gepoltes Item mit dem Inhalt, auf die gegenwärtige Tätigkeit zu achten, ohne tagzuträumen, Sorgen zu haben oder anderweitig abgelenkt zu sein ($t_{[204]} = 6,746$; $p < 0,001$). OsteopathInnen ($M = 3,79$; Std.Abw. = 0,79) gaben dies signifikant seltener an als PsychologiestudentInnen ($M = 3,42$; Std.Abw. = 0,92). OsteopathInnen lagen mit ihrem Mittelwert näher an „trifft selten zu“, PsychologiestudentInnen näher an der Ausprägung „trifft manchmal zu“. Hier kreuzten 61,5 % der OsteopathInnen die Antwortoptionen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“ an.

Auch bei Item Nr. 27, wo es um Tagträume bei der Hausarbeit geht, wiesen PsychologiestudentInnen signifikant häufigere Ausprägungen auf ($t_{[204]} = 7,092$; $p < 0,001$). Der Mittelwert für die OsteopathInnen lag bei 2,75 (näher an der Ausprägung „trifft manchmal zu“), der Mittelwert für die PsychologiestudentInnen lag bei 2,28 (Std.Abw. = 0,94); also näher an der Ausprägung „trifft oft zu“. Hier wählten nur 20 % der OsteopathInnen die Antwortoptionen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“.

Kein signifikanter Unterschied und eine geringe Ausprägung zeigten sich beim rekodierten Item Nr. 31. Dies enthielt die Aussage, dazu zu neigen, sich auf mehrere Dinge gleichzeitig zu konzentrieren, anstatt den Fokus auf eine Sache zu legen ($t_{[204]} = 1,261$; $p = 0,209$). Der Mittelwert für die OsteopathInnen lag bei 2,91 (Std.Abw. = 0,86) und der Mittelwert für die PsychologiestudentInnen bei 2,83 (Std.Abw. = 0,91). Beide Gruppen

lagen mit ihrer mittleren Ausprägung knapp unter „trifft manchmal zu“. 21,3 % der OsteopathInnen wählten die Ausprägungen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“.

Beim Item Nr. 38 ging es wieder um „eingenommen sein“ von einer Sache, auf die die gesamte Aufmerksamkeit gerichtet ist. OsteopathInnen (M = 3,49; Std.Abw. = 0,76) wiesen hier einen signifikant höheren Mittelwert ($t_{[201]} = 8,853$; $p < 0,001$) auf als PsychologiestudentInnen (M = 3,02; Std.Abw. = 0,77). Die Gruppe der OsteopathInnen lag genau zwischen den Ausprägungen „trifft manchmal zu“ und „trifft oft zu“, die PsychologiestudentInnen lagen genau bei „trifft manchmal zu“. Diesem Item pflichteten 54,5 % der OsteopathInnen mit „trifft oft zu“ oder „trifft sehr oft oder immer zu“ bei.

Für das letzte Item Nr. 35 mit dem Inhalt, mit den Gedanken bei einer Arbeit schon bei der nächsten Aufgabe zu sein, gibt es leider keine Vergleichswerte für die PsychologiestudentInnen, weil diese im Manual des KIMS-D (Ströhle et. al, 2010) nicht abgedruckt waren. Die OsteopathInnen wiesen einen Mittelwert von 3,46 (Std.Abw. = 0,81) auf. Sie lagen somit genau zwischen trifft manchmal und trifft oft zu. 47 % der OsteopathInnen kreuzten die Ausprägungen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“ an.

5.3.4 Ergebnisse für die Dimension *Akzeptieren ohne Bewerten*

Bei der Dimension D: *Akzeptieren ohne Bewerten* zeigten sich durchgängig deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Mittelwerte finden sich in Abbildung 24, die prozentuellen Anteile der Antworten in Abbildung 25.

Bei Item Nr. 4 ging es um Kritik an sich selbst, wenn angenommen wird irrationale oder unangebrachte Gedanken oder Gefühle zu haben. Hier wiesen OsteopathInnen im Mittel signifikant geringere Häufigkeiten als PsychologiestudentInnen ($t_{[212]} = 4,959$; $p < 0,001$) auf. Der Mittelwert für die OsteopathInnen lag bei 3,70 (Std.Abw. = 1,04) und somit im Bereich „trifft selten zu“ (Abbildung 24). Die PsychologiestudentInnen wiesen einen Mittelwert von 3,35 auf (Std.Abw. = 1,09), ihr Mittelwert lag bei „trifft manchmal zu“. 61,1 % der OsteopathInnen wählten die Ausprägungen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“.

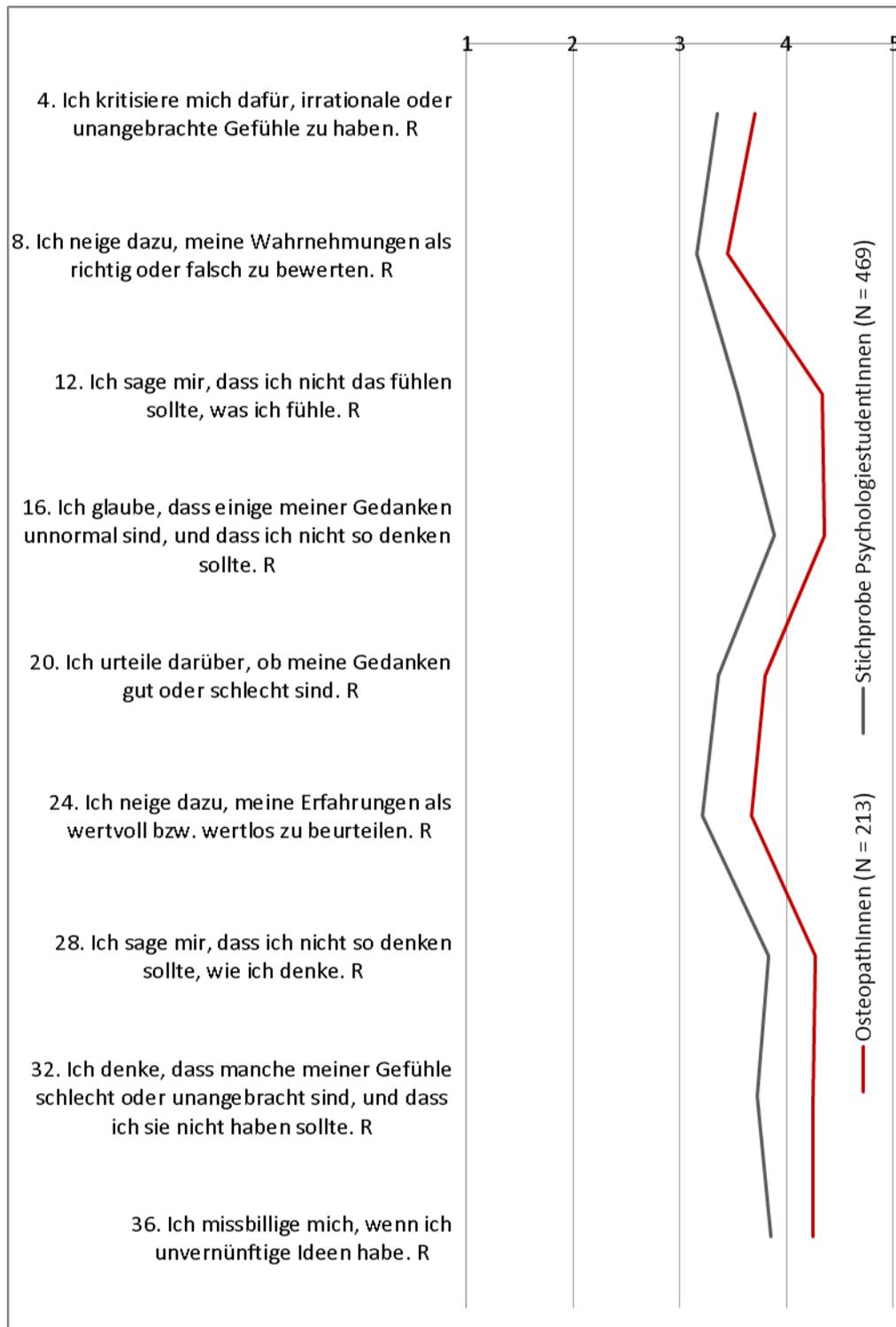


Abbildung 24 Mittelwerte für die Items der Dimension D: *Akzeptieren ohne Bewerten* für die OsteopathInnen und eine Vergleichsgruppe

Das gleiche Ergebnis zeigte sich für das Item Nr. 8 in Bezug auf die Neigung zur Bewertung von Wahrnehmungen als richtig oder falsch ($t_{[212]} = 3,870$; $p < 0,001$). OsteopathInnen ($M = 3,45$; Std.Abw. = 1,10) berichteten signifikant seltener über Bewertungen von Wahrnehmungen als PsychologiestudentInnen ($M = 3,16$; Std.Abw. = 1,11). PsychologiestudentInnen lagen im Mittel nahe an der Ausprägung "trifft manchmal

zu", OsteopathInnen genau in der Mitte von „trifft selten zu“. Von ihnen wählten 54,5 % die Antwortoptionen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“.

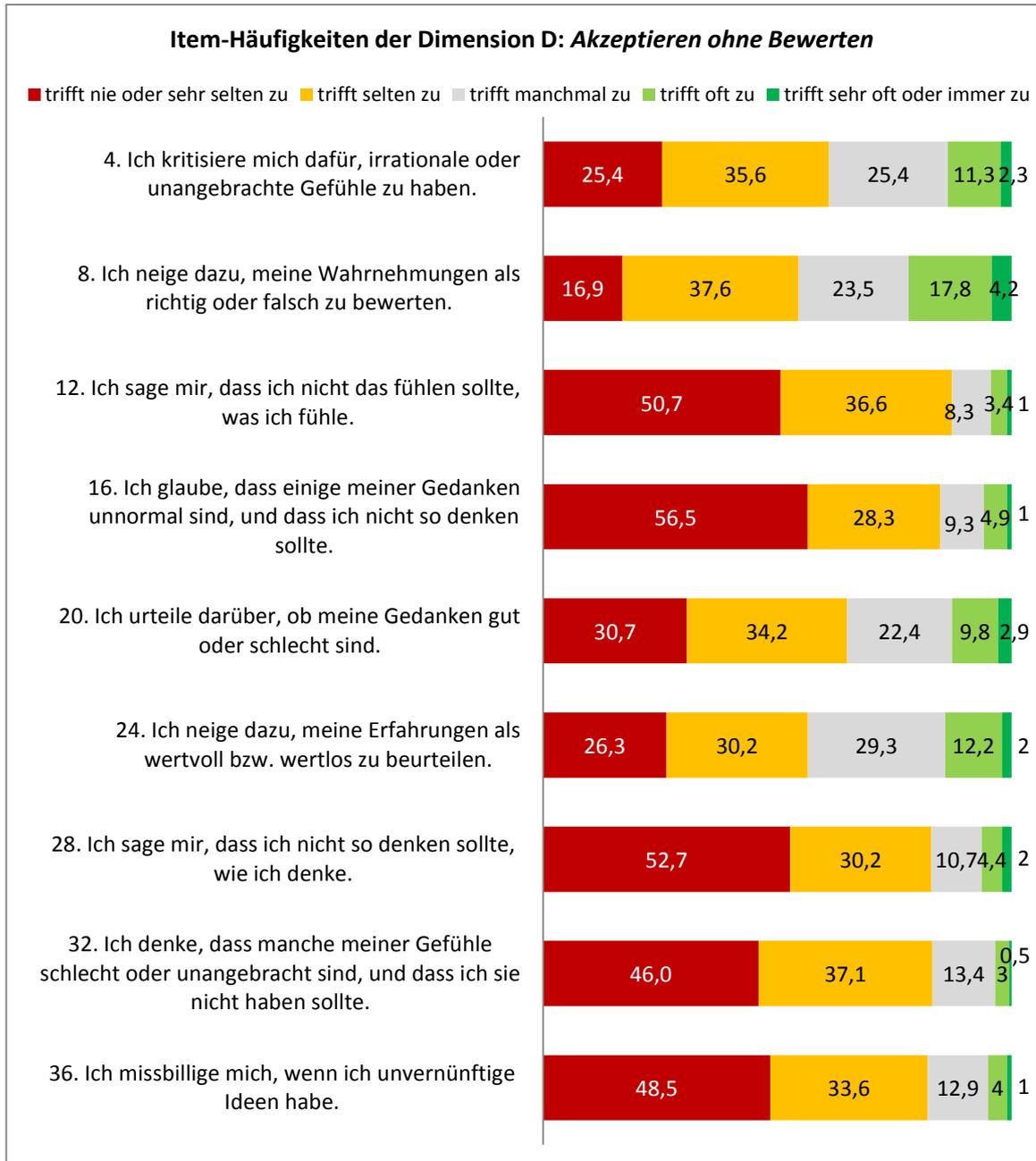


Abbildung 25 Häufigkeiten für die Ausprägungen der Items der Dimension D: Akzeptieren ohne Bewerten

Bei Item Nr. 12 zeigte sich ein sehr großer Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($t_{[204]} = 13,358$; $p < 0,001$). Inhaltlich ging es beim rekodierten Item um den Gedanken, nicht fühlen zu dürfen, was gefühlt wird. Der Mittelwert für die PsychologiestudentInnen lag bei 3,54 (Std.Abw. = 1,04), jener für die OsteopathInnen bei 4,33 (Std.Abw. = 0,84). Somit lagen die PsychologiestudentInnen im Mittel zwischen „trifft manchmal zu“ und „trifft selten zu“, die OsteopathInnen aber im Bereich von „trifft selten zu“ bzw. „trifft nie oder

sehr selten zu". Dieses Item lehnten 87,3 % der OsteopathInnen mit „trifft selten zu" oder „trifft nie oder sehr selten zu" stark ab.

Auch bei Item Nr. 16 zeigte sich ein großer Unterschied zwischen den beiden Gruppen mit starker Ablehnung des Items ($t_{[204]} = 7,349$; $p < 0,001$), in dem es um die Überzeugung ging, dass einige der eigenen Gedanken unnormal seien und so nicht gedacht werden sollten. Der Mittelwert für die PsychologiestudentInnen lag bei 3,88 (Std.Abw. = 1,08), jener für die OsteopathInnen bei 4,35 (Std.Abw. = 0,91). Somit lagen die PsychologiestudentInnen im Mittel knapp bei der Ausprägung „trifft selten zu" und die OsteopathInnen noch näher bei „trifft nie oder sehr selten zu". 84,8 % der OsteopathInnen beantworteten dieses Item mit den Ausprägungen „trifft selten zu" oder „trifft nie oder sehr selten zu".

Beim rekodierten Item Nr. 20 ging es um die Beurteilung der eigenen Gedanken als gut oder schlecht. Hier zeigte sich wieder ein deutlich signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($t_{[204]} = 5,872$; $p < 0,001$). Der Mittelwert für die PsychologiestudentInnen lag bei 3,36 (Std.Abw. = 1,13), also im Bereich zwischen „trifft manchmal zu" und „trifft selten zu". Die OsteopathInnen wiesen einen Mittelwert von 3,80 auf (Std.Abw. = 1,07), im Mittel deutlich näher an der Ausprägung „trifft selten zu". 64,9 % der OsteopathInnen wählten die Ausprägungen „trifft selten zu" oder „trifft nie oder sehr selten zu".

Auch Item Nr. 24 war rekodiert. Inhaltlich ging es um die Tendenz, eigene Erfahrungen als wertvoll oder wertlos zu bewerten. Auch hier war der Unterschied zwischen den Gruppen signifikant ($t_{[204]} = 6,214$; $p < 0,001$). Während die PsychologiestudentInnen einen Mittelwert von 3,21 aufwiesen (Std.Abw. = 1,09), lag der Mittelwert für die OsteopathInnen bei 3,67 (Std.Abw. = 1,06). Beide Gruppen lagen im Bereich zwischen „trifft manchmal zu" und „trifft selten zu", aber die OsteopathInnen lagen deutlich näher an „trifft selten zu". 56,6 % von ihnen wählten bei diesem Item die Ausprägungen „trifft selten zu" oder „trifft nie oder sehr selten zu".

Sehr stark wurde auch das Item Nr. 28 abgelehnt, bei dem es um die Idee ging, nicht so denken zu dürfen wie gedacht wird (rekodiert). Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war wiederum signifikant ($t_{[204]} = 6,633$; $p < 0,001$). Die PsychologiestudentInnen wiesen einen relativ hohen Mittelwert von 3,83 auf (Std.Abw. = 1,01), jener der OsteopathInnen lag aber mit 4,27 noch deutlich darüber (Std.Abw. = 0,96). Somit lagen beide Gruppen im Schnitt im Bereich von „trifft selten zu", die PsychologiestudentInnen etwas darunter, die OsteopathInnen etwas darüber. Unter ihnen lehnten 82,9 % diese Aussage ab und wählten die Ausprägungen „trifft selten zu" oder „trifft nie oder sehr selten zu".

Item Nr. 32 war rekodiert und wurde recht deutlich abgelehnt. Hierbei ging es wieder um eine negative Einstellung den eigenen Gefühlen gegenüber. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war wiederum signifikant ($t_{[201]} = 9,064$; $p < 0,001$). Der Mittelwert für die PsychologiestudentInnen lag bei 3,72 (Std.Abw. = 1,08) und damit nahe an der Ausprägung „trifft selten zu“. Die OsteopathInnen wiesen einen Mittelwert von 4,25 auf (Std.Abw. = 0,84), sie lagen im Mittel über der Ausprägung „trifft selten zu“. 83,2 % von ihnen wählten die Ausprägungen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“.

Ganz ähnlich fiel das Ergebnis für das letzte Item (Nr. 36) aus. Hierbei ging es um die Missbilligung unvernünftiger Ideen. Der Unterschied war wieder signifikant ($t_{[201]} = 6,301$; $p < 0,001$). Die PsychologiestudentInnen wiesen einen Mittelwert von 3,85 auf (Std.Abw. = 0,99) und lagen so knapp an der Ausprägung „trifft selten zu“. Die OsteopathInnen wiesen einen Mittelwert von 4,25 auf (Std.Abw. = 0,90), und lagen damit im Mittel über der Ausprägung „trifft selten zu“. 82,2 % von ihnen wählten die Ausprägungen „trifft selten zu“ oder „trifft nie oder sehr selten zu“.

5.4 Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und soziodemografischen Daten

Die Forschungsfrage zu den Zusammenhängen wurde a priori wie folgt definiert:

*Gibt es Zusammenhänge bei OsteopathInnen zwischen Achtsamkeit und soziodemografischen Daten?
(Alter, Geschlecht, Arbeitsdauer/Woche, Dauer der Berufstätigkeit)*

5.4.1 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Achtsamkeit und Alter

Zur Prüfung der Signifikanz des Zusammenhangs zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und dem Alter wurden aufgrund nicht optimaler Normalverteilungen Spearman-Korrelationen berechnet. Das Ergebnis dieser Prüfung findet sich in Tabelle 4, die p-Werte der Dimensionen A, B und D: *Beobachten* ($p = 0,008$), *Beschreiben* ($p = 0,042$) und *Akzeptieren ohne Bewerten* ($p = 0,049$) liegen unter dem kritischen Wert von 0,05.

Wie der Tabelle 4 zu entnehmen ist, liegen nicht normalverteilte Daten vor. Nach Bonferroni-Korrektur (α/k) ergibt sich ein Signifikanzniveau von 0,0125.

Tabelle 4 Prüfung der Achtsamkeitsdimensionen und des Alters auf Normalverteilung

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest	Statistik	Alter	KIMS Skala A: Beobachten	KIMS Skala B: Beschreiben	KIMS Skala C: Mit Aufmerksamkeit Handeln	KIMS Skala D: Akzeptieren ohne Bewertung
N		196	213	213	213	213
Parameter der Normalverteilung (a,b)	Mittelwert	43,903	3,705	3,760	3,378	3,995
	Standardabweichung	7,456	0,634	0,680	0,426	0,637
Extremste Differenzen	Absolut	0,074	0,114	0,095	0,085	0,093
	Positiv	0,074	0,073	0,057	0,085	0,057
	Negativ	-0,040	-0,114	-0,095	-0,075	-0,093
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,038	1,662	1,391	1,238	1,361
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		0,231	0,008	0,042	0,093	0,049

In Tabelle 5 sind alle Korrelationen zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und dem Alter dargestellt. Kein einziger Zusammenhang war signifikant ($p \leq 0,0125$) und die Korrelationskoeffizienten nach Spearman lagen nahe null.

Tabelle 5 Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und dem Alter

Korrelationen	Spearman-Rho	Alter
KIMS-Dimension A: Beobachten	Korrelationskoeffizient	0,078
	Sig. (2-seitig)	0,278
	N	196
KIMS-Dimension B: Beschreiben	Korrelationskoeffizient	0,166
	Sig. (2-seitig)	0,020
	N	196
KIMS-Dimension C: Mit Aufmerksamkeit handeln	Korrelationskoeffizient	0,161
	Sig. (2-seitig)	0,024
	N	196
KIMS-Dimension D: Akzeptieren ohne Bewertung	Korrelationskoeffizient	-0,008
	Sig. (2-seitig)	0,912
	N	196

Folglich konnte bei der befragten Gruppe der OsteopathInnen kein Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der Achtsamkeitsdimensionen und dem Alter gefunden werden.

5.4.2 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Achtsamkeit und Geschlecht

Der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Befragten wurde aufgrund der nicht normalverteilten Daten mittels Mann-Whitney-U-Test durchgeführt (siehe Tabelle 6). Aufgrund der multiplen Testung bei vier Skalen ergab sich hier ein Signifikanzniveau von 0,0125.

Tabelle 6 U-Tests für die Prüfung des Unterschieds in den Achtsamkeitsdimensionen nach Geschlecht

Statistik für Test(a)	KIMS-D Dimension A: Beobachten	KIMS-D Dimension B: Beschreiben	KIMS-D Dimension C: Mit Aufmerksamkeit handeln	KIMS-D Dimension D: Akzeptieren ohne Bewertung
Mann-Whitney-U	2791,5	2785,5	3438,5	3068
Wilcoxon-W	3872,5	3866,5	4519,5	14544
Z	-2,017	-2,036	-0,102	-1,198
Asymp. Signifikanz (2-seitig)	0,044	0,042	0,919	0,231

Es zeigte sich in den vier Dimensionen kein signifikanter Unterschied zwischen Osteopathen und Osteopathinnen. Alle p-Werte lagen über 0,0125.

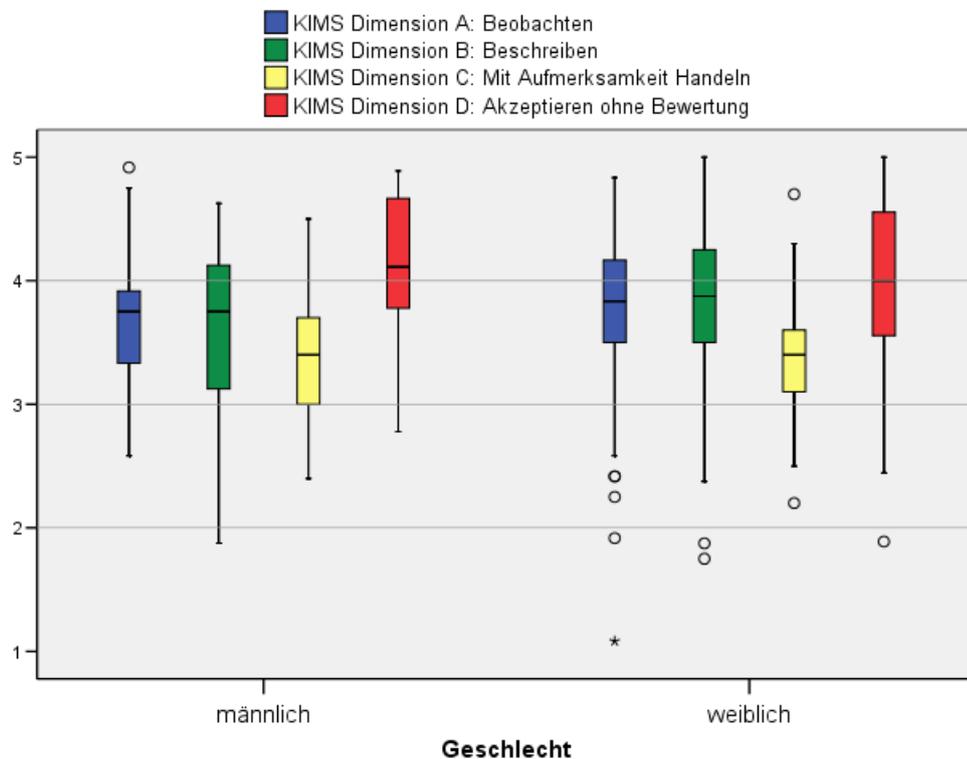


Abbildung 26 Boxplots für die Dimensionen Achtsamkeit im KIMS-D nach Geschlecht

Das Ergebnis für Achtsamkeitsdimensionen des KIMS-D nach Geschlecht ist in Abbildung 26 dargestellt. Dabei wird deutlich, dass es nur wenig Ausreißer gibt, und die Mediane bei

allen Skalen relativ hoch sind. Dadurch wird deutlich, wie stark die Achtsamkeitsdimensionen in der Gruppe der Osteopathinnen ausgeprägt sind.

Die Forschungsfrage, ob es einen Unterschied nach Geschlecht in Bezug auf Achtsamkeit gibt, muss mit „nein“ beantwortet werden. Die Verteilungen von männlichen und weiblichen Befragten ähneln sich sehr und die Signifikanzprüfung brachte hierfür keinen Beleg.

5.4.3 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Achtsamkeit und wöchentliches Arbeitspensum

Der Zusammenhang zwischen dem wöchentlichen Arbeitspensum und den Achtsamkeitsdimensionen wurde mittels Spearman-Korrelationen auf Signifikanz geprüft (siehe Tabelle 7). Aufgrund der Berechnungen mit den vier Dimensionen des KIMS-D ergab sich ein Signifikanzniveau von 0,0125.

Tabelle 7 Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und dem wöchentlichen Arbeitspensum

Korrelationen	Spearman-Rho	Ihr wöchentliches Arbeitspensum pro Woche in Stunden
KIMS-Dimension A: Beobachten	Korrelationskoeffizient	0,000
	Sig. (2-seitig)	0,999
	N	196
KIMS-Dimension B: Beschreiben	Korrelationskoeffizient	0,037
	Sig. (2-seitig)	0,606
	N	196
KIMS-Dimension C: Mit Aufmerksamkeit handeln	Korrelationskoeffizient	-0,001
	Sig. (2-seitig)	0,992
	N	196
KIMS-Dimension D: Akzeptieren ohne Bewertung	Korrelationskoeffizient	-0,064
	Sig. (2-seitig)	0,376
	N	196

Wie schon beim Alter zeigte sich auch hier kein signifikanter Zusammenhang. Alle p-Werte lagen deutlich über dem kritischen Wert. Hinsichtlich des wöchentlichen Arbeitspensums kann bei den Zusammenhängen mit den Achtsamkeitsdimensionen von Null-Korrelationen gesprochen werden. Die Forschungsfrage nach dem Zusammenhang von Achtsamkeit und wöchentlichem Arbeitspensum muss eindeutig mit „nein“ beantwortet werden.

5.4.4 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Achtsamkeit und Dauer der Berufstätigkeit als OsteopathIn

Auch der Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufstätigkeit und den Achtsamkeitsdimensionen wurde mittels Spearman-Korrelationen auf Signifikanz geprüft. Aufgrund der Berechnungen mit den vier Dimensionen des KIMS-D ergab sich auch hier ein Signifikanzniveau von 0,0125.

Wie schon bei den anderen soziodemografischen oder berufsbezogenen Variablen zeigten sich auch hier kaum nennenswerte Zusammenhänge (siehe Tabelle 8). Einzig mit der Dimension B: *Beschreiben* korrelierte die Dauer der Berufstätigkeit als OsteopathIn signifikant ($r_{\text{Spearman}} = 0,317$; $p < 0,001$).

Somit muss die Forschungsfrage, ob es einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Berufstätigkeit und den Achtsamkeitsdimensionen gibt, ebenfalls mit „nein“ beantwortet werden.

Tabelle 8 Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Dauer der Berufstätigkeit als OsteopathIn

Korrelationen	Spearman-Rho	Wie lange sind Sie schon als OsteopathIn tätig? (in Jahren)
KIMS-Dimension A: Beobachten	Korrelationskoeffizient	0,124
	Sig. (2-seitig)	0,083
	N	195
KIMS-Dimension B: Beschreiben	Korrelationskoeffizient	0,317
	Sig. (2-seitig)	<0,001
	N	195
KIMS-Dimension C: Mit Aufmerksamkeit handeln	Korrelationskoeffizient	0,161
	Sig. (2-seitig)	0,025
	N	195
KIMS-Dimension D: Akzeptieren ohne Bewertung	Korrelationskoeffizient	0,093
	Sig. (2-seitig)	0,198
	N	195

5.5 Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und subjektiv empfundenen Beschwerden

Die Forschungsfrage zu den Zusammenhängen mit Belastungen wurde a priori wie folgt formuliert:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Achtsamkeit bei OsteopathInnen und subjektiv empfundenen Beschwerden in den vier Lebensbereichen Beruf, eigene Person, Familie und Freunde?

5.5.1 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala *Beruf* im BOSS I

Die Zusammenhänge zwischen den beiden Verfahren wurden mittels Spearman-Korrelationen berechnet. Aus dem BOSS I *Beruf* wurde der Mittelwert für die Berechnung herangezogen. Das Signifikanzniveau liegt nach Bonferroni-Korrektur bei 0,0125.

In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der Korrelationen angeführt, es zeigten sich bei drei von vier Dimensionen des KIMS-D signifikante, aber eher geringe Zusammenhänge mit den Beschwerden im Beruf.

Tabelle 9 Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Skala *Beruf* im BOSS I

Korrelationen	Spearman-Rho	BOSS I: <i>Beruf</i> - Gesamt- Mittelwert
KIMS-Dimension A: <i>Beobachten</i>	Korrelationskoeffizient	-0,146
	Sig. (2-seitig)	0,040
	N	199
KIMS-Dimension B: <i>Beschreiben</i>	Korrelationskoeffizient	-0,316
	Sig. (2-seitig)	<0,001
	N	199
KIMS-Dimension C: <i>Mit Aufmerksamkeit handeln</i>	Korrelationskoeffizient	-0,285
	Sig. (2-seitig)	<0,001
	N	199
KIMS-Dimension D: <i>Akzeptieren ohne Bewerten</i>	Korrelationskoeffizient	-0,367
	Sig. (2-seitig)	<0,001
	N	199

Der Zusammenhang zwischen der Dimension A: *Beobachten* im KIMS-D mit dem Mittelwert der Beschwerden im Beruf aus dem BOSS I ist nicht signifikant und auch nicht bedeutsam ($r_{\text{Spearman}} = -0,146$; $p = 0,040$).

Mit der Dimension B: *Beschreiben* zeigt sich allerdings ein signifikanter Zusammenhang ($r_{\text{Spearman}} = -0,316$; $p < 0,001$). Das heißt, mit einer stärkeren Ausprägung der Dimension B: *Beschreiben* gehen geringere Beschwerden im Beruf einher. Dieser Zusammenhang ist jedoch eher schwach ausgeprägt.

Etwas geringer, aber ebenso signifikant, fällt der Zusammenhang zwischen der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* und der Skala *Beruf* des BOSS I aus ($r_{\text{Spearman}} = -0,285$; $p < 0,001$). Je höher die Ausprägung der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* ausfällt, desto geringer sind die Beschwerden im Beruf im BOSS I ausgeprägt.

Der relativ stärkste Zusammenhang zeigte sich zwischen der Dimension D: *Akzeptieren ohne Bewertung* und der Skala *Beruf* des BOSS I ($r_{\text{Spearman}} = -0,367$; $p < 0,001$). Auch hier gehen mit höheren Werten in der Achtsamkeit signifikant geringere Beschwerden im Beruf einher.

In Abbildung 27 ist das Ergebnis der Beschwerden im Beruf im BOSS I anhand von Normwerten dargestellt. Dabei zeigte sich, dass knapp zwei Drittel im Normbereich liegen, und 37,4 % leicht bis deutlich erhöhte Werte aufwiesen. Das Ergebnis kann grundsätzlich als relativ positiv für die Berufsgruppe bewertet werden.

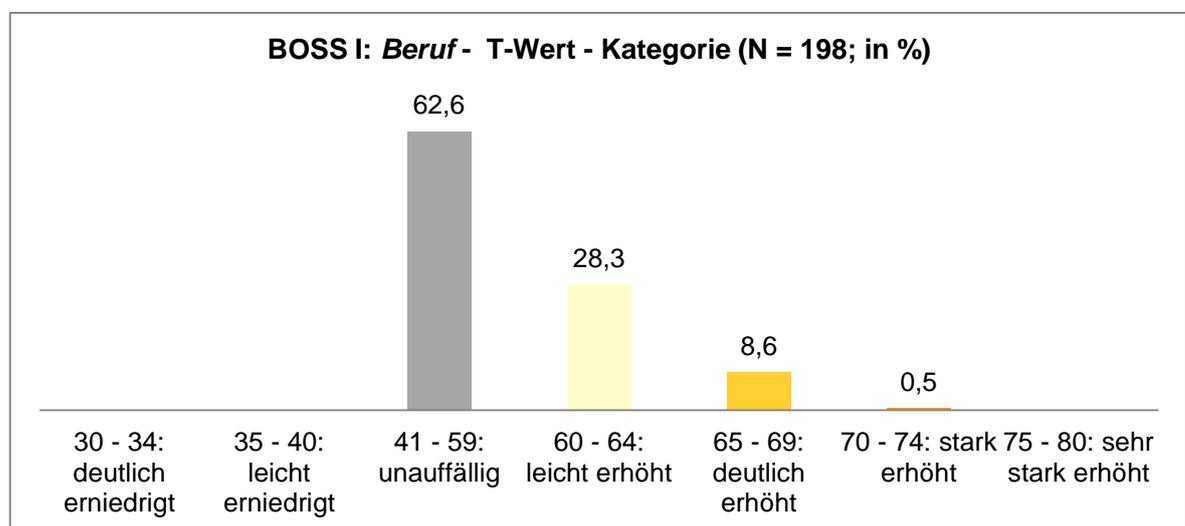


Abbildung 27 Ergebnisse der Beschwerden im Beruf im BOSS I in Normwertkategorien

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit einer höheren Ausprägung der Achtsamkeit geringere Beschwerden im Beruf einhergehen.

5.5.2 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala *Eigene Person* im BOSS I

Die Zusammenhänge zwischen den beiden Verfahren wurden ebenso mittels Spearman-Korrelationen berechnet. Aus dem BOSS I: *Eigene Person* wurde der Mittelwert für die Berechnung herangezogen. Das Signifikanzniveau liegt nach Bonferroni-Korrektur bei 0,0125.

In Tabelle 10 sind die Ergebnisse der Korrelationen angeführt, es zeigten sich bei drei von vier Dimensionen des KIMS-D signifikante, aber eher geringe Zusammenhänge mit den Beschwerden, die das Individuum selbst betreffen.

Der Zusammenhang zwischen der Dimension A: *Beobachten* im KIMS-D mit dem Mittelwert der Beschwerden in Bezug auf die eigene Person aus dem BOSS I ist nicht signifikant und auch nicht bedeutsam ($r_{\text{Spearman}} = -0,087$; $p = 0,221$).

Mit der Dimension B: *Beschreiben* zeigt sich wie schon bei den Beschwerden im Beruf ein signifikanter Zusammenhang ($r_{\text{Spearman}} = -0,229$; $p = 0,001$). Das heißt, mit einer stärkeren Ausprägung der Dimension B: *Beschreiben* gehen geringere Beschwerden, die eigene Person betreffend, einher. Auch hier ist der Zusammenhang schwach ausgeprägt.

Tabelle 10 Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Skala *Eigene Person* im BOSS I

Korrelationen	Spearman-Rho	BOSS I: <i>Eigene Person</i> - Mittelwert
KIMS-Dimension A: <i>Beobachten</i>	Korrelationskoeffizient	-0,087
	Sig. (2-seitig)	0,221
	N	199
KIMS-Dimension B: <i>Beschreiben</i>	Korrelationskoeffizient	-0,229
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	199
KIMS-Dimension C: <i>Mit Aufmerksamkeit handeln</i>	Korrelationskoeffizient	-0,317
	Sig. (2-seitig)	<0,001
	N	199
KIMS-Dimension D: <i>Akzeptieren ohne Bewerten</i>	Korrelationskoeffizient	-0,232
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	199

Etwas stärker fällt der Zusammenhang zwischen der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* und den Beschwerden die eigene Person betreffend im BOSS I aus ($r_{\text{Spearman}} = -0,317$; $p < 0,001$). Je höher die Ausprägung der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit*

handeln ausfällt, desto geringer sind die Beschwerden in Bezug auf die eigene Person im BOSS I ausgeprägt.

Etwas geringer ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen der Dimension D: *Akzeptieren ohne Bewertung* und der Skala *Eigene Person* im BOSS I ($r_{\text{Spearman}} = -0,232$; $p = 0,001$). Auch hier gehen mit höheren Werten in der Achtsamkeit signifikant geringere Beschwerden in Bezug auf die eigene Person einher.

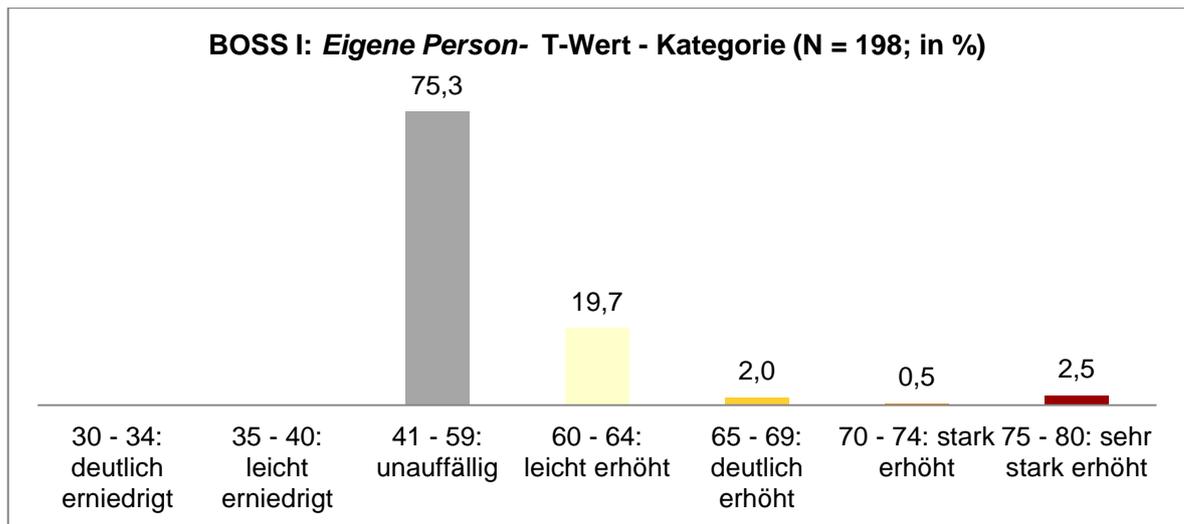


Abbildung 28 Ergebnisse für die Beschwerden in Bezug auf die eigene Person im BOSS I in Normwertkategorien

In Abbildung 28 ist das Ergebnis der Beschwerden in Bezug auf die eigene Person im BOSS I anhand von Normwerten dargestellt. Dabei zeigte sich, dass sogar drei Viertel im Normbereich lagen, und 24,7 % leicht bis deutlich erhöhte Werte aufwiesen. Das Ergebnis kann als durchaus positiv für die Berufsgruppe bewertet werden.

Auch in Bezug auf die Beschwerden im Zusammenhang mit der eigenen Person kann gesagt werden, dass diese bei stärker ausgeprägter Achtsamkeit etwas geringer ausfallen.

5.5.3 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala *Familie* im BOSS I

Die Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala *Familie* im BOSS I wurden ebenso mittels Spearman-Korrelationen berechnet. Aus dem BOSS I: *Familie* wurde ebenfalls der Mittelwert für die Berechnung herangezogen. Das Signifikanzniveau liegt nach Bonferroni-Korrektur bei 0,0125.

In Tabelle 11 sind die Ergebnisse der Korrelationen angeführt, es zeigten sich bei drei von vier Dimensionen des KIMS-D (*Beobachten* $p = 0,213$, *Beschreiben* $p = 0,083$ und *Akzeptieren ohne Bewertung* $p = 0,907$) keine signifikanten Zusammenhänge mit den Beschwerden im Bereich Familie.

Tabelle 11 Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Skala *Familie* im BOSS I

Korrelationen	Spearman-Rho	BOSS I: <i>Familie</i> - Mittelwert
KIMS-Dimension A: <i>Beobachten</i>	Korrelationskoeffizient	-0,089
	Sig. (2-seitig)	0,213
	N	196
KIMS-Dimension B: <i>Beschreiben</i>	Korrelationskoeffizient	-0,124
	Sig. (2-seitig)	0,083
	N	199
KIMS-Dimension C: <i>Mit Aufmerksamkeit handeln</i>	Korrelationskoeffizient	-0,189
	Sig. (2-seitig)	0,008
	N	196
KIMS-Dimension D: <i>Akzeptieren ohne Bewerten</i>	Korrelationskoeffizient	0,008
	Sig. (2-seitig)	0,907
	N	196

Einzig zwischen der Skala *Familie* im BOSS I und der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* im KIMS-D zeigte sich ein signifikanter, aber schwacher Zusammenhang ($r_{\text{Spearman}} = -0,189$; $p = 0,008$). Tendenziell gehen also mit höheren Werten in der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* geringere Beschwerden im Bereich Familie einher.

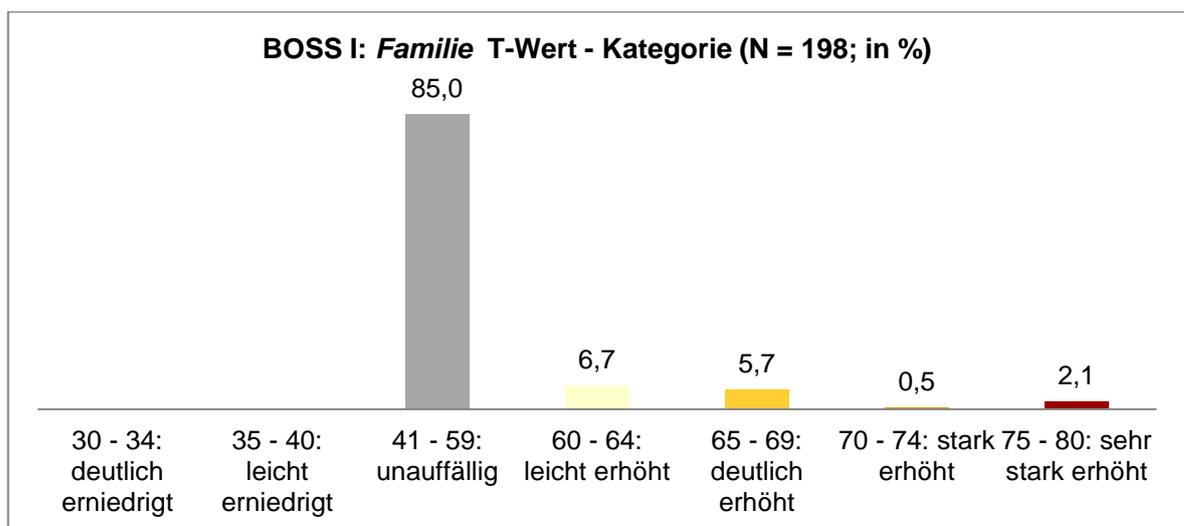


Abbildung 29 Ergebnisse der Beschwerden im Bereich Familie im BOSS I in Normwertkategorien

In Abbildung 29 ist das Ergebnis der Beschwerden im Bereich Familie im BOSS I anhand von Normwerten dargestellt. Dabei zeigt sich, dass 85 % der befragten OsteopathInnen

im Normbereich lagen, und nur 15 % leicht bis deutlich erhöhte Werte aufwiesen. Aus diesem Grund kann das Ergebnis sehr positiv für die Berufsgruppe bewertet werden.

Ein Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Beschwerden im Bereich Familie konnte nicht eindeutig gefunden werden, es zeigte sich nur ein schwacher Zusammenhang bei der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln*.

5.5.4 Zusammenhänge zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala *Freunde* im BOSS I

Die Zusammenhänge zwischen den beiden den Dimensionen der Achtsamkeit und der Skala *Freunde* im BOSS I wurden ebenso mittels Spearman-Korrelationen berechnet. Aus dem BOSS I: *Freunde* wurde ebenfalls der Mittelwert für die Berechnung herangezogen. Das Signifikanzniveau liegt nach Bonferroni-Korrektur bei 0,0125.

In Tabelle 12 sind die Ergebnisse der Korrelationen angeführt, es zeigten sich bei zwei von vier Dimensionen des KIMS-D (*Beobachten* und *Beschreiben*) keine signifikanten Zusammenhänge mit den Beschwerden im Bereich Freunde. Die p-Werte liegen über dem Signifikanzniveau von 0,0125.

Tabelle 12 Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Skala *Freunde* im BOSS I

Korrelationen	Spearman-Rho	BOSS I: <i>Freunde</i> - Mittelwert
KIMS-Dimension A: <i>Beobachten</i>	Korrelationskoeffizient	-0,068
	Sig. (2-seitig)	0,342
	N	199
KIMS-Dimension B: <i>Beschreiben</i>	Korrelationskoeffizient	-0,174
	Sig. (2-seitig)	0,014
	N	199
KIMS-Dimension C: <i>Mit Aufmerksamkeit handeln</i>	Korrelationskoeffizient	-0,216
	Sig. (2-seitig)	0,002
	N	199
KIMS-Dimension D: <i>Akzeptieren ohne Bewerten</i>	Korrelationskoeffizient	-0,234
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	199

Zwischen der Skala *Freunde* im BOSS I und der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* im KIMS-D zeigte sich ein signifikanter, aber schwacher Zusammenhang ($r_{\text{Spearman}} = -0,216$; $p = 0,002$). Mit höheren Werten in der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* gehen also signifikant geringere Beschwerden im Bereich Freunde einher.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich für den Zusammenhang zwischen der Skala *Freunde* im BOSS I und der Dimension D: *Akzeptieren ohne Bewertung* im KIMS-D ($r_{\text{Spearman}} = -0,234$; $p = 0,001$). Mit höheren Werten in der Achtsamkeitsskala gehen signifikant geringer Beschwerden im Bereich Freunde einher.

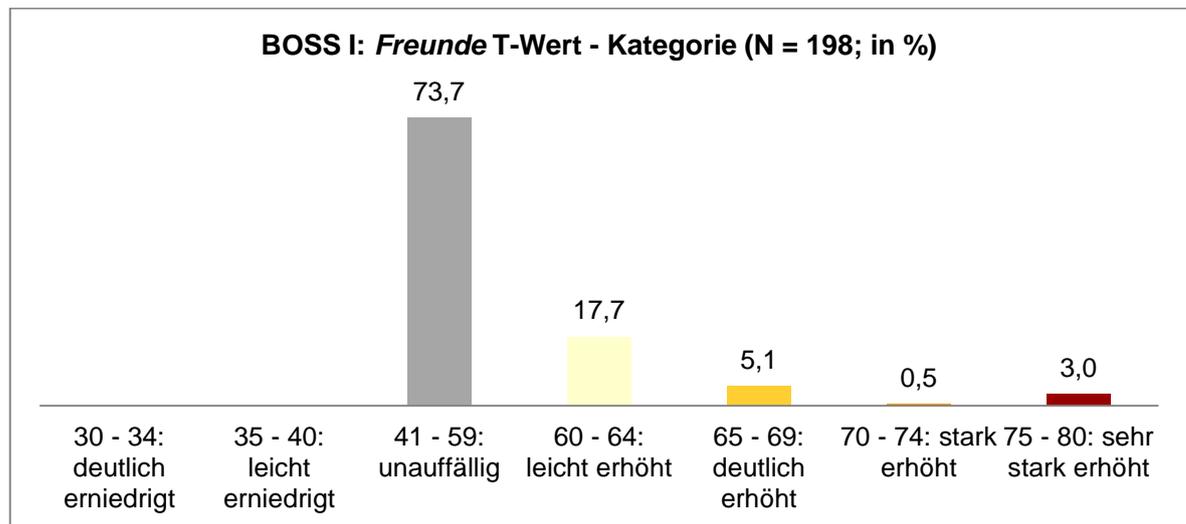


Abbildung 30 Ergebnisse für die Beschwerden in Bezug auf Freunde im BOSS I in Normwertkategorien

In Abbildung 30 ist das Ergebnis der Beschwerden in Bezug auf Freunde im BOSS I anhand von Normwerten dargestellt. Dabei zeigt sich, dass 73,7 % der befragten OsteopathInnen im Normbereich liegen, und 26,3 % leicht bis deutlich erhöhte Werte aufweisen. Auch dieses Ergebnis kann als erfreulich für die Berufsgruppe bewertet werden.

Ein Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und Beschwerden im Bereich Freunde konnte teilweise gefunden werden, es zeigte sich ein schwacher Zusammenhang in den Dimensionen C und D: *Mit Aufmerksamkeit handeln* und *Akzeptieren ohne Bewertung*.

6 Diskussion

In den folgenden Kapiteln werden die Forschungsergebnisse zusammengefasst und im Kontext der verwendeten Literatur diskutiert. Des Weiteren erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit der angewandten Forschungsmethode.

6.1 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse

Die vorliegende Studie hatte das Ziel, Achtsamkeit an einer Stichprobe von praktisch tätigen OsteopathInnen zu erheben. Einerseits sollte das subjektive Verständnis der Befragten, andererseits die Ausprägung der Achtsamkeit im Vergleich zu einer PsychologiestudentInnenstichprobe untersucht werden.

Dazu wurde eine Studie mittels Fragebogen an 728 praktisch tätige OsteopathInnen versandt. Die Rücklaufquote lag bei 30 %. Die Ergebnisse können somit nicht als repräsentativ bewertet werden, geben jedoch einen Einblick in die subjektive Sichtweise der teilnehmenden OsteopathInnen.

Die Studiengruppe (siehe Kapitel 5.1) umfasste 215 Personen, von denen 178 als Grundberuf PhysiotherapeutIn und 12 Arzt/Ärztin angaben. Das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren, 77 % der Personen waren weiblich und die durchschnittliche Dauer der Berufstätigkeit als OsteopathIn betrug 9,5 Jahre. 87 % waren selbstständig tätig, 3 % angestellt und 10 % sowohl angestellt als auch selbstständig. Das wöchentliche Arbeitspensum lag im Schnitt bei 29 Stunden.

Zur Interpretation der Antworten zum **Verständnis von Achtsamkeit im Allgemeinen** (Forschungsfrage 1, siehe Kapitel 5.2.1) wurden deduktiv auf Basis der bearbeiteten Literatur Kategorien entwickelt. Die Recherche führte zu sechs Hauptkategorien, denen zwei bis acht Subkategorien zugeordnet wurden.

Das umfangreichste Kategoriensystem betraf die „*Lenkung der Aufmerksamkeit*“ und umfasste acht Subkategorien, denen 239 Antworten von 201 Personen zugeordnet wurden. Es zeigte sich, dass sich das allgemeine Verständnis von Achtsamkeit vorwiegend auf die beiden Subkategorien „*Observing*“ (43 %) und „*Achtsamkeit auf sich, andere, Umwelt*“ (32 %) verteilte. Deutlich seltener wurden die beiden Subkategorien „*Fokussierung auf andere*“ (18 %) sowie „*Im Tun achtsam sein*“ (14 %) kodiert. Dies resultiert möglicherweise daraus, dass viele Inhalte implizit in den Antworten der Befragten enthalten waren, diese Kategorien aber nur kodiert wurden, wenn die entsprechenden Äußerungen explizit erfasst werden konnten. Das betrifft auch die Subkategorie „*In die Tiefe gehend*“, die nur einmal kodiert wurde.

Der Aspekt „*Fokussierung auf sich selbst*“ (7 %) wurde sehr selten kodiert, die beiden Subkategorien „*Abnehmende Reaktivität*“ (3 %) und „*Nicht identifiziert*“ (1 %) wurden sogar nur von drei bzw. sechs Personen explizit formuliert. „*Abnehmende Reaktivität*“ wurde definiert als ein Innehalten ohne sofortige Reaktion und die Subkategorie „*Nicht identifiziert*“ stand für eine nicht Identifikation mit Gedanken und Gefühlen in Bezug auf das Gegenüber und sich selbst. Im Fokus der Antworten stand somit primär die Wahrnehmung von äußeren und inneren Reizen und weniger die konkrete Beschreibung von Details. An dieser Stelle werden die Grenzen der Fragebogenmethode deutlich.

Ein weiterer sehr wesentlicher Aspekt war das Kategoriensystem „*Gegenwärtigkeit*“. Hier wurden deduktiv zwei Subkategorien definiert, die als „*Unmittelbarer Kontakt*“ und „*Anfängergeist*“ bezeichnet wurden. Mit 31 % wurde die Subkategorie „*Unmittelbarer Kontakt*“ sehr häufig kodiert (dritthäufigste Kategorie insgesamt). Hierbei wurden Aussagen kodiert, die das Hier und Jetzt beschrieben. Die zweite aus der Literatur ermittelte Subkategorie „*Anfängergeist*“ wurde nie kodiert. Damit war eine unvoreingenommene Haltung im Sinne eines frischen Forschergeistes gemeint, so, als würde die Erfahrung zum ersten Mal gemacht werden.

Das dritte Kategoriensystem enthielt den Aspekt „*Akzeptieren ohne Bewerten*“ und umfasste drei Subkategorien. Hier wurde am häufigsten die Subkategorie „*Neutralität, Urteilslosigkeit, Offenheit*“ kodiert, das betraf 18 % der befragten OsteopathInnen. Äußerungen zu den Subkategorien „*Geduld, Gelassenheit*“ (2 %) sowie „*Absichtslosigkeit-kein Veränderungswunsch*“ (2 %) fanden sich in den Antworten kaum.

Der aus der Literatur stammende Aspekt „*Beschreiben*“ wurde mit zwei Subkategorien in das Kategoriensystem aufgenommen. In den Antworten der OsteopathInnen fanden sich aber so gut wie keine Aussagen zu den Subkategorien „*Einsichtsvolles Verstehen*“ (1 %) und „*Begriffliches Benennen*“ (keine Kodierung).

Das nächste Kategoriensystem wurde „*Mitfühlendes Verständnis*“ genannt und umfasste zwei Subkategorien. Hier zeigte sich die zweithäufigste Subkategorie der gesamten Analyse mit 36 %, die als „*Andere wertschätzen, Empathie*“ bezeichnet wurde. Deutlich seltener (19 %) wurde die Subkategorie „*Sich selbst wertschätzen*“ kodiert. Auch hier wurden nur explizite Nennungen kodiert.

Kaum Erwähnung fanden Subkategorien aus dem Abschnitt „*Sonstige Kategorien*“. Hierbei handelt es sich um die Subkategorien „*Sonstiges*“ (5 %), „*Spiritualität*“ (3 %), „*Ethische Haltung – Lebenseinstellung*“ (2%), „*Osteopathische Begriffe*“ (1 %) sowie „*Ganzheitlichkeit*“ (keine Kodierung).

Auch bei der zweiten offenen Frage zum **Verständnis von Achtsamkeit im Kontext der Tätigkeit als OsteopathIn** (Forschungsfrage 1, siehe Kapitel 5.2.2) wurde ein erheblicher Anteil der Antworten dem Kategoriensystem „*Lenkung der Aufmerksamkeit*“ zugeordnet. Knapp die Hälfte der Antworten der befragten OsteopathInnen wurden der Subkategorie „*Im Tun achtsam sein*“ (48 %) zugeordnet. Die Subkategorien „*Fokussierung auf andere*“ (40 %), „*Aufmerksamkeit auf sich, andere, Umwelt*“ (36 %) sowie „*Observing*“ (30 %) wurden ebenso relativ häufig kodiert.

Im Unterschied zu Achtsamkeit im Allgemeinen (14 %) wurde „*Im Tun achtsam sein*“ also deutlich häufiger kodiert, das Gleiche gilt für „*Fokussierung auf andere*“ (18 %). Die Subkategorie „*Aufmerksamkeit auf sich, andere, Umwelt*“ wurde bei beiden Fragestellungen ähnlich oft kodiert. „*Observing*“ wurde mit 43 % bei der Frage nach Achtsamkeit im Allgemeinen öfter kodiert.

Bei der Fragestellung nach Achtsamkeit im Kontext der osteopathischen Behandlung wurden die Subkategorien „*Nicht identifiziert*“ und „*Fokussierung auf sich selbst*“ (je 10 %), „*In die Tiefe gehend*“ (5 %) und „*Abnehmende Reaktivität*“ (2 %) nicht häufiger kodiert als bei der Frage nach Achtsamkeit im Allgemeinen.

Beim Kategoriensystem „*Gegenwärtigkeit*“ wurden relativ wenige Antworten kodiert. 16 % der Antworten wurden der Subkategorie „*Unmittelbarer Kontakt*“ zugeordnet, „*Anfängergeist*“ wurde nie kodiert. Es fanden sich keine eindeutigen Hinweise auf diese Kategorie in den Antworten der Befragten.

Etwas mehr Zuordnungen fanden sich für das Kategoriensystem „*Akzeptieren ohne Bewerten*“. Die Subkategorie „*Neutralität, Urteilslosigkeit, Offenheit*“ wurde in 24 % der Fälle kodiert, die beiden anderen Subkategorien „*Absichtslosigkeit – kein Veränderungswunsch*“ (11 %) und „*Geduld, Gelassenheit*“ (3 %) deutlich seltener. Damit besteht kein besonderer Unterschied zu den Nennungen bei der Frage nach Achtsamkeit im Allgemeinen, wo die Anteile in der gleichen Reihenfolge bei 18 % und je 2 % lagen. Somit wurde nur die Subkategorie „*Absichtslosigkeit – kein Veränderungswunsch*“ häufiger kodiert.

Es gab ebenfalls kaum Kodierungen im Kategoriensystem „*Beschreiben*“, wo nur in 7 % der Fälle „*Einsichtsvolles Verstehen*“ kodiert wurde. Eine Äußerung wurde der Subkategorie „*Begriffliches Benennen*“ zugeordnet. Bei Achtsamkeit im Allgemeinen wurden diesen Kategorien noch weniger Aussagen zugeordnet.

Deutlich mehr Kodierungen waren im Kategoriensystem „*Mitfühlendes Verständnis*“ zu verzeichnen. Bei 36 % der Befragten wurden Kodierungen für die Subkategorie „*Andere Wertschätzen, Empathie*“ vorgenommen, das ist exakt gleich viel wie bei Achtsamkeit im

Allgemeinen. Bei 15 % wurde auch die Subkategorie „*Sich selbst wertschätzen*“ kodiert, etwas seltener als bei Achtsamkeit im Allgemeinen (19 %).

Die „*Sonstigen Kategorien*“ kamen in Häufigkeiten bis zu sechs Äußerungen vor.

Um die Forschungsfragen 2 und 3, welche die **Ausprägung von Achtsamkeit bei OsteopathInnen im Vergleich zu PsychologiestudentInnen** beleuchteten, beantworten zu können, wurde der standardisierte Fragbogen KIMS-D (siehe Kapitel 4.5.2) verwendet.

In der Dimension A: *Beobachten* (siehe Kapitel 5.3.1) ist erkennbar, dass sich die OsteopathInnen im Vergleich zu PsychologiestudentInnen im Hinblick auf Wahrnehmung von Veränderungen ihres Körpers, Wahrnehmung von ge- und entspannter Muskulatur, Wahrnehmung des Körpers beim Gehen, Empfindungen im Gesicht, Wahrnehmung von Geräuschen, Wahrnehmung von Gerüchen und Düften sowie der Wahrnehmung von Kunst und Natur in ihren Formen und Farben signifikant unterscheiden. Die befragten OsteopathInnen sind achtsamer in Bezug auf die Wahrnehmung ihres Körper und der Umwelt.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen PsychologiestudentInnen und OsteopathInnen konnten in Bezug auf Beachtung des Gefühls beim Baden oder Duschen, Beeinflussung der Körperempfindungen durch Speisen und Getränke, Achtsamkeit auf die Auswirkung von Gefühlen und Gedanken auf das Verhalten sowie Achtsamkeit auf die Veränderung der eigenen Stimmung ausfindig gemacht werden.

Das allgemeine Verständnis der Achtsamkeit, welches durch die erste Forschungsfrage in dieser Studie erhoben wurde zeigte deutlich, dass 43 % der OsteopathInnen die Beobachtung bzw. Observing als Grundkomponente der Achtsamkeit verstehen. In ihrer praktischen Arbeit üben 30 % dieses gezielte Beobachten aus, was die Ergebnisse des KIMS-D in der Dimension A: *Beobachten* erklären könnte.

In der Dimension B: *Beschreiben* (siehe Kapitel 5.3.2) konnte lediglich bei einem Item ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Dieser bezieht sich auf die Schwierigkeit körperliche Empfindungen mit den richtigen Worten zu beschreiben. OsteopathInnen können demnach körperliche Wahrnehmungen signifikant besser in Worte fassen.

Es zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied in der Selbsteinschätzung darin, eigene Gefühle, Gedanken, Ärger, Erfahrungen oder Überzeugungen in Worte fassen zu können oder Wörter für Sinneswahrnehmung zu finden.

Bei der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* (siehe Kapitel 5.3.3), welche mit der dritten Skala des KIMS-D erhoben wurde, zeigten sich bei fast allen Items signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. So lassen etwa OsteopathInnen

seltener ihre Gedanken schweifen oder sich im Tun ablenken, konzentrieren sich stärker auf das was sie gerade tun, sind achtsamere Autofahrer, lesen aufmerksamer, denken bei ihrem Tun an nichts anderes, schweifen während des Tuns weniger in Tagträume und Sorgen ab und richten ihre Aufmerksamkeit vollkommen auf eine Sache.

Diese Ergebnisse können mit den Ergebnissen der Forschungsfrage 1 und deren Kategorie „*Im Tun achtsam sein*“ in Verbindung gebracht werden. 48 % der Aussagen der OsteopathInnen dieser Stichprobe wurden in der Kategorie „*Im Tun achtsam sein*“ kodiert. Die Aussagen zu ihrer osteopathischen Tätigkeit entsprachen einer achtsamen Grundhaltung und unterstreichen die errechneten Studienergebnisse in der Dimension C: „*Mit Aufmerksamkeit handeln*“.

Die PsychologiestudentInnen jedoch wiesen signifikant höhere Werte auf, wenn es darum geht, während der Hausarbeit in Tagträumerei zu verfallen.

Kein Unterschied zu den PsychologiestudentInnen wiesen OsteopathInnen bei der gleichzeitigen Konzentration auf mehrere Dinge auf. Fast die Hälfte (48,5 %) der OsteopathInnen gibt an, manchmal dazu zu neigen Dinge gleichzeitig zu tun, anstatt sich auf eine Sache zu konzentrieren.

Bei allen Items der Dimension C: Akzeptieren ohne Bewerten (siehe Kapitel 5.3.4) zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den befragten OsteopathInnen und PsychologiestudentInnen.

Es zeigt sich, dass OsteopathInnen bei unangebrachten Gedanken oder Gefühlen signifikant seltener Kritik an sich selbst üben als PsychologiestudentInnen, die Wahrnehmung von Gefühlen seltener in richtig oder falsch unterteilen, Gefühle signifikant seltener infrage stellen, signifikant seltener davon überzeugt sind unnormale Gedanken zu haben, weniger über eigene Gedanken urteilen, Erfahrungen seltener bewerten, Gedanken eher zulassen, gegenüber den eigenen Gefühlen weniger negativ eingestellt sind und unvernünftige Ideen weniger missbilligen.

Bei dieser Dimension zeigen sich die deutlichsten Unterschiede zwischen OsteopathInnen und PsychologiestudentInnen. Den OsteopathInnen gelingt es leichter Gefühle anzunehmen und sie stellen sie signifikant weniger infrage.

Diese Forschungsfrage 4, die sich auf die Ausprägung von **Achtsamkeit in Abhängigkeit vom Quellberuf** bezog, wurde aufgrund des großen Anteils von PhysiotherapeutInnen unter den Befragten (83 %) nicht beantwortet. Auf die Prüfung der Signifikanz wurde verzichtet, weil die Gruppen extrem ungleich verteilt wären, in der zweiten Berufsgruppe ÄrztInnen waren nur zwölf Personen. In der Gruppe: *Sonstige*

Berufe waren nur vier Personen zu verzeichnen. Die Aussagekraft dieser Berechnung wäre fraglich.

Die Ergebnisse der Forschungsfrage 5, welche die **soziodemografischen Faktoren und deren Einfluss auf die Achtsamkeit** untersuchte, kam zu folgenden Ergebnissen: Zwischen dem Alter und den Achtsamkeitsdimensionen (siehe Kapitel 5.4.1) zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang, auch nach Geschlecht war kein signifikanter Unterschied nachweisbar (siehe Kapitel 5.4.2). In den Dimensionen A und B: *Beobachten* und *Beschreiben* lag das Ergebnis nahe an der Signifikanzgrenze, von der Tendenz her wiesen Frauen etwas höhere Werte auf. Es ist jedoch anzunehmen, dass das Geschlecht kein Prädiktor für achtsames Verhalten ist. Mit dem wöchentlichen Arbeitspensum zeigte sich ebenfalls kein Zusammenhang, diese Korrelationen lagen alle nahe Null (siehe Kapitel 5.4.3). Ein einziger schwacher Zusammenhang zeigte sich mit der Dauer der Berufstätigkeit als OsteopathIn (siehe Kapitel 5.4.4). Je länger die Befragten tätig waren, desto höhere Werte wiesen sie in der Dimension B: *Beschreiben* auf.

Die Ergebnisse bezüglich des **Zusammenhangs zwischen Achtsamkeit und subjektiv empfundener Beschwerden** (Forschungsfrage 6, siehe Kapitel 5.5) zeigen, dass OsteopathInnen mit höheren Werten in den Dimensionen B, C und D: *„Beschreiben“*, *„Mit Aufmerksamkeit handeln“* und *„Akzeptieren ohne Bewertung“* signifikant geringere Beschwerden im Beruf aufwiesen. Einzig mit der Dimension A: *„Beobachten“* zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. Diese Zusammenhänge legen nahe, dass Achtsamkeit ein protektiver Faktor für die praktisch tätigen OsteopathInnen sein kann, auch wenn es sich um eher schwache Zusammenhänge handelt. Die Gruppe der befragten OsteopathInnen wies außerdem überwiegend (63 %) unauffällige Werte in der Skala: *Beruf* (siehe Kapitel 4.5.3) auf. Bezogen auf die Skala: *Eigene Person* zeigte sich dasselbe Bild. Achtsamere OsteopathInnen wiesen auch signifikant weniger Beschwerden in Bezug auf die eigene Person auf – ausgenommen die Dimension A: *Beobachten* im KIMS-D. Hier lagen die Zusammenhänge wieder im niedrigen Bereich. Es zeigten sich wiederum positive Ausprägungen für die Gruppe der Befragten, 75 % wiesen unauffällige Werte bei den Beschwerden auf.

Zwischen den Dimensionen der Achtsamkeit und den Beschwerden im Bereich Familie zeigten sich kaum signifikante Zusammenhänge. Einzig die Dimension C: *„Mit Aufmerksamkeit handeln“* korrelierte schwach negativ mit den familiären Beschwerden. Je mehr die Befragten mit Aufmerksamkeit handeln, desto weniger Beschwerden im Bereich Familie zeigten sich. Allerdings fiel dieser Zusammenhang sehr schwach aus. Mit den übrigen Dimensionen im KIMS-D zeigten sich beinahe Null-Korrelationen. 85 % der Befragten wiesen unauffällige Werte auf.

Ähnlich fällt das Ergebnis für die Zusammenhänge mit den Beschwerden für die Skala: *Freunde* aus. Je höher die Werte der Befragten in den Dimensionen C und D: „*Mit Aufmerksamkeit handeln*“ und „*Akzeptieren ohne zu bewerten*“ waren, desto weniger Beschwerden im Bereich *Freunde* haben sie. Auch hier zeigen sich nur schwache Zusammenhänge. 74 % der Werte liegen im unauffälligen Bereich.

Zusammenfassend kann von einer Korrelation der Ausprägung der Achtsamkeit mit den Beschwerden im Beruf und in Bezug auf die eigene Person ausgegangen werden. Mit höheren Werten in der Achtsamkeit gehen geringere Beschwerden im Beruf einher. Das gilt jedoch nicht für den Zusammenhang mit den Beschwerden in den Bereichen *Freunde* und *Familie*.

6.2 Diskussion der Forschungsergebnisse

Aufgrund der angeführten Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass sich das **allgemeine Verständnis von Achtsamkeit** (Forschungsfrage 1) bei den OsteopathInnen vorwiegend auf die Kategorien „*Lenkung der Aufmerksamkeit*“, „*Mitfühlendes Verständnis*“ sowie „*Gegenwärtigkeit*“ bezieht. Nach den vorliegenden Ergebnissen scheint sich das Verständnis von Achtsamkeit der OsteopathInnen mit den Definitionen der Achtsamkeit nach Baer (2003), Bishop (2002), Bishop et al. (2004), Brown et al. (2007), Kabat Zinn (1990, 1994), Shapiro et al. (2006) und Shapiro (2009) zu decken. Siegel (2012) erwähnt die positiven Auswirkungen der Gegenwärtigkeit, welche hilft, heilt und sowohl den PatientInnen als auch den TherapeutInnen Wohlbefinden ermöglicht.

In diesen Ergebnissen spiegeln sich einige Grundpfeiler buddhistischen Denkens wider, sich im Hier und Jetzt zu befinden, sich seiner Gefühle und Gedanken bewusst zu sein und urteilsfrei wahrzunehmen (Schumann, 2000). In der vorliegenden Studie gaben jedoch nur 18 % der Befragten Urteilslosigkeit explizit an.

Anhand des deduktiven Kategoriensystems zeigten sich weitere Aspekte aus der Literatur, die im analysierten Material nicht vorkamen bzw. nicht kodiert wurden. Die Subkategorie „*Abnehmende Reaktivität*“ wurde kaum kodiert, auch eine distanzierte Position wurde selten explizit erwähnt. Die in der Literatur definierte „*Nicht-Identifikation*“ als Form der Teilhabe an der Erfahrung wurde kaum direkt benannt. In der Studie wurde der Faktor des Beobachtens („*Observing*“) stärker betont.

Bei der Explikation von **Achtsamkeit im Kontext der Tätigkeit als OsteopathIn** (Forschungsfrage 1) verwendeten die Befragten so gut wie gar nicht osteopathische Fachbegriffe. Auch Subkategorien wie „*Spiritualität*“, „*Ganzheitlichkeit*“ oder der sprichwörtliche „*Anfängergeist*“ kamen in den Antworten selten explizit vor. Vielleicht zeigt

sich hier eine zu starke Ausdifferenzierung des Kategoriensystems, das so umfassend wie möglich erstellt wurde. Es kann aber auch der Fall sein, dass jene Aspekte nicht genannt wurden, weil diese aus einem impliziten Verständnis heraus resultieren. Der buddhistische Ansatz von Suzuki (1975), kontinuierlich neu und mit frischem Forschergeist Situationen zu erfassen, wurde nie in dieser Exaktheit formuliert. Harrer und Weiss (2016) bezeichnen diesen Ansatz als immerwährende Neugier. Es ist möglich, dass dieser Ansatz implizit in der Kategorie „Gegenwärtigkeit“ enthalten war.

Weniger Betonung fand die Subkategorie „*Fokussierung auf sich selbst*“. Der Fokus der TherapeutInnen auf sich selbst stellt nach Harrer (2013a) eine wichtige Komponente dar, damit die PatientInnen von der Therapie profitieren können. Ohne Selbstfürsorge besteht die Gefahr einer Überlastung, was zu Erschöpfungszuständen sowie Unruhe führen kann und sich negativ auf die TherapeutIn-PatientIn-Beziehung auswirkt (Zarbock et al., 2012). Für Lauterbach (2015) ist es aufgrund der ständigen Konfrontation mit dem Leiden der PatientInnen jedoch wichtig, ständige Selbstfürsorge und Reflexion zu betreiben, um in der Arbeit als TherapeutIn resistent zu bleiben. Die Aufmerksamkeit auf sich selbst ermöglicht es nach Becker (2007), sich der Stille im Herzen gewahr zu sein, um daraus folgend in die PatientInnen hineinfühlen zu können. Der in den Antworten eher geringe Fokus auf die eigene Person kann auch daher rühren, dass dies für die Befragten ohnehin selbstverständlich ist, schließlich zeigten sich beim Fragebogen BOSS I wenige Belastungen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass einige Begriffe und die daraus resultierenden Kategorien in den Antworten nicht so häufig vorkamen wie erwartet, was ein Hinweis auf die Grenzen der Erhebungsmethode sein kann. Anhand der Stichworte wurden nur jene Kodierungen vorgenommen, die explizit benannt wurden. Interviews würden weit mehr in die Tiefe gehen.

Andere erwartete Begriffe fanden sich häufiger, z.B. Achtsamkeit in der Kommunikation. Hier finden sich viele Subkategorien der vorliegenden Studie wieder. So beschreibt etwa Hartwig (2014), dass der Fokus und die Wahrnehmung des Gegenübers zu einer achtsamen Kommunikation zählen. Altmeyer (2010) und Kuhlmann (2012) setzen die Kommunikation in Verbindung mit einem bewertungsfreien Zuhören und Kraschowitz (2008) spricht von gegenseitigem Respekt welcher als achtsame Kommunikation verstanden werden kann. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, inwieweit die befragten OsteopathInnen dezidiert achtsame Kommunikation als Teil des Achtsamkeitsbegriffes in der Osteopathie meinten. Überschneidungen im Kategoriensystem werden an dieser Stelle deutlich.

Im Vergleich zu PsychologiestudentInnen hinsichtlich der **Ausprägung der Achtsamkeit** (Forschungsfragen 2 und 3) unterschieden sich OsteopathInnen in der Dimension A: „*Beobachten*“ deutlich von PsychologiestudentInnen. Für OsteopathInnen ist Vertrauen zum eigenen Körper wichtig, um auch in PatientInnen Veränderungen bewirken zu können (Liem, 2014d). Das unterstreicht die Sichtweise der versorgenden Haltung sich selbst gegenüber, welche auch Hähn-Jakobs (2012) hervorhebt. Selbstwahrnehmung ist eine Voraussetzung für Empathie, die durch eine gute Eigenregulation erreicht werden kann (Krause, 2008). Ein Mindestmaß an Konzentration sollte nach Baer et al. (2006) gegeben sein, um den Fokus auf sich selbst, das Gegenüber oder die Umwelt richten zu können. Harrer und Weiss (2016) beschreiben Beobachten als ein Teilhaben an sich selbst oder einem anderen, welches mit Aktivierungen des rechten präfrontalen Kortex einhergeht und die Aufmerksamkeit, sensorische Verarbeitung sowie das Körperempfinden verbessert (Lazar et al., 2005). Die Studienergebnisse zeigen, dass für die befragten OsteopathInnen Beobachten als Grundkomponente der Achtsamkeit einen hohen Stellenwert hat, was sich mit den Studienergebnissen von Escurieux und Labbé (2011) deckt.

In der Dimension B: *Beschreiben* zeigt sich für die OsteopathInnen eine statistisch gesehen gleichwertige Ausprägung wie bei PsychologiestudentInnen. Das steht etwas im Gegensatz zu den Ergebnissen der qualitativen Daten, wo die Kategorie „*Beschreiben*“ kaum kodiert wurde. Es scheint sich um ein implizites Vorgehen zu handeln, das aber nicht explizit benannt und dem Gegenüber kommuniziert wird. Auch aufgrund der langen Berufserfahrung könnten, wie auch schon Harrer und Weiss (2016) beschreiben, Wahrnehmungsinhalte besser in Worte gefasst werden, was wiederum die gezielte Wahrnehmung verstärkt. Da aber die Kommunikation in der osteopathischen Tätigkeit eine starke nonverbale Komponente hat, kam dieser Aspekt bei den offenen Fragen wahrscheinlich nicht so sehr zum Tragen.

In der Dimension C: *Mit Aufmerksamkeit handeln* zeigen sich sehr deutliche Unterschiede zwischen PsychologiestudentInnen und OsteopathInnen, da OsteopathInnen möglicherweise einen viel stärkeren Fokus auf achtsames Handeln legen. Nach Amberg (2016) und Stalder (2011) ist es achtsamen Personen leichter möglich innezuhalten, um Wahrgenommenes zu beschreiben. Durch dieses nicht sofortige Setzen von Handlungen könnte bei den befragten OsteopathInnen der Autopilotenmodus (Lauterbach, 2014) umgangen werden, um Freiheit und Positives zu erlangen (Harrer, 2013b). Wühl (2008) verwies in diesem Zusammenhang auf die positiven Auswirkungen eines erhöhten Aufmerksamkeitszustandes der OsteopathInnen, der auch in einer sensibleren Palpation mündet. Zudem erinnert Becker (2007) an die durch die Aufmerksamkeit entstehende Stille, welche die eigentliche Veränderung in PatientInnen bewirkt. In einer sehr hohen

Ausprägung der Dimension C: *Mit Achtsamkeit Handeln* könnte jedoch die Gefahr stecken, die Fokussierung auf die eigene Person etwas aus dem Blick zu verlieren.

Auch bei der Dimension D: *Akzeptieren ohne Bewerten* handelt es sich wieder um eine Ausprägung, die in der quantitativen Erhebung wesentlich deutlicher zum Ausdruck kommt als im qualitativen Teil. Hier zeigten sich auch die deutlichsten Unterschiede zwischen PsychologiestudentInnen und OsteopathInnen, was für eine besonders achtsame Grundhaltung der OsteopathInnen spricht. Wie auch schon Esch (2014) anführt, geht die achtsame Grundhaltung mit einer offenen und urteilslosen Haltung einher, bei welcher das Gegenüber mit all seinen Facetten wahrgenommen wird. Die befragten OsteopathInnen akzeptieren nicht nur das Gegenüber sondern weisen auch, betreffend die eigenen Gefühle und Empfindungen, eine offene und akzeptierende Haltung auf. Dies lässt sich nach der Studie von Urry et al. (2004) mit dem Mut, Herausforderungen anzunehmen und Neues zu erfahren, in Verbindung bringen.

Es wurden so gut wie keine **Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und den soziodemografischen Daten** (Forschungsfrage 5) gefunden. Achtsamkeit hängt somit nicht von Alter, Geschlecht oder Berufserfahrung ab, vielmehr scheint es sich um eine generelle Haltung der Berufsgruppe der OsteopathInnen zu handeln. Zur Untermauerung dieser Annahme wären aber Vergleiche mit anderen in helfenden Berufsgruppen tätigen Personen nötig.

Die Forschungsfrage 6 welche den **Zusammenhang zwischen Achtsamkeit und subjektiv empfundenen Beschwerden** beleuchtete, führte zu interessanten Ergebnissen. Wie Heidenreich et al. (2006) und Zarbock et al. (2012) anführen, führen Herausforderungen in helfenden Berufen häufig zu körperlichen und psychischen Symptomen. Die untersuchte Stichprobe wies bei 28 % leicht erhöhte Werte auf, Daten von helfenden Berufen liegen als Vergleich nicht vor. Um die Werte im Hinblick auf die Beschwerden im Beruf zu interpretieren, können die Studienergebnisse von Chang et al. (2004), Mackenzie et al. (2006) und Weinstein et al. (2009) herangezogen werden, die eine verbesserte Stressverarbeitung durch Achtsamkeit postulieren. Wie auch schon Altner (2008) und Weynen (2009) darlegten, scheinen Achtsamkeit praktizierende Menschen in stressbelasteten Berufen sich selbst gegenüber mehr Wertschätzung zu zeigen. Inwieweit Achtsamkeit tatsächlich ein Prädiktor für Beschwerden im Beruf sein kann, kann auf Basis dieser Daten jedoch nicht geklärt werden; einerseits, weil sich in der Stichprobe so gut wie alle Befragten als achtsam beschrieben, andererseits kann über Non-Responder der Studie keine Aussage gemacht werden. Die protektiven Auswirkungen der Achtsamkeit auf die eigene Person und deren emotionale Stabilität (Krasner et al., 2009), das Wohlbefinden (Brown & Kasser, 2005; Grossmann et al., 2004)

sowie die Körperwahrnehmung (Grossmann et al., 2004) könnten auch für die vorliegenden Studienergebnisse erklärend sein.

6.3 Methodische Diskussion

Wie schon im Methodenteil angeführt, haben Erhebungen mittels Fragebogen Vor- und Nachteile. Durch diese Vorgehensweise konnten OsteopathInnen aus ganz Österreich auf ökonomische Art und Weise einbezogen werden. Sie stellen, wie von Bortz und Döring (2002) gefordert, eine relativ homogene Gruppe dar. Sie sehen als Voraussetzung auch einen hohen Strukturierungsgrad des Befragungsinhalts, was in diesem Fall natürlich kritisch gesehen werden kann. Grundlage für den Einsatz der Fragebögen war das Vorliegen thematisch gut passender, validierter Instrumente.

Der Fragebogen KIMS-D erwies sich als einigermaßen praktikabel. Allerdings wäre ein Instrument mit Normwerten vorzuziehen, derzeit ist jedoch keines verfügbar. Auch Ergebnisse vergleichbarer Berufsgruppen hätten die Aussagekraft der Ergebnisse gestärkt. Studentische Stichproben sind in der Literatur am häufigsten als Vergleichsgruppe verfügbar, sie unterscheiden sich aber natürlich hinsichtlich des Alters und der Lebenserfahrung.

Bei der Datenanalyse wurden je nach Voraussetzung der Daten angemessene Verfahren eingesetzt, der Gefahr einer Alpha-Inflation wurde mittels Bonferroni-Korrektur begegnet. Zum Vergleich einer vorliegenden Stichprobe mit einer anderen Population gibt es allerdings keine nonparametrischen Verfahren.

Möglicherweise kam im Zuge der Bearbeitung auch der Effekt der sozialen Erwünschtheit, wie ihn Mummendey und Grau (2008) beschreiben, zum Tragen. Der Fragebogen enthält Aspekte, mit denen sich die untersuchte Berufsgruppe eventuell gut identifizieren kann.

Der KIMS-D ist nicht konkret auf den praktischen Arbeitsalltag der OsteopathInnen bezogen, daher sind Rückschlüsse auf die Achtsamkeit in konkreten Behandlungssituationen nicht zulässig. Auch deswegen wurden die offenen Fragen in Bezug auf Achtsamkeit im Allgemeinen und im Kontext der Tätigkeit als OsteopathIn gestellt. Sie erwiesen sich als höchst aufschlussreich in Bezug auf das subjektive Verständnis von Achtsamkeit. Der Einbezug von offenen Fragen störte die Bearbeitung des Fragebogens nicht und konnte die Befragten zur Reflexion anregen und so zum Thema hinführen.

Da die Datenerhebung nicht durch persönlichen Kontakt erfolgte, sondern via Mail und Post, besteht jedoch theoretisch die Möglichkeit, dass die Befragten den Begriff der

Achtsamkeit im Internet oder in Lehrbüchern recherchierten, was eine Verzerrung der Antworten zur Folge hätte.

Wie in den Kapiteln 4.7.1 bis 4.7.6 dargelegt wurde, wurde das Kategoriensystem deduktiv auf Basis einer ausführlichen Literaturrecherche entwickelt. Dadurch wurde deutlich, dass einige Subkategorien, wie z.B. „Anfängergeist“, „Spiritualität“, etc. in den Antworten der Befragten nicht oder sehr selten vorkamen.

An vielen Stellen wurde bei der Kodierung jedoch deutlich, dass die Auswertung qualitativer Daten aus einem Fragebogen Grenzen haben. Sie sind in Stichworten verfasst und fallen nicht besonders umfangreich aus. So entstand oft das Gefühl, die Befragten hätten mit ihrem Kommentar „mehr sagen wollen“ als kodiert werden konnte, und implizit wären mehr Inhalte damit gemeint gewesen. Allerdings wurden nur Kategorien vergeben, die explizit in den Äußerungen zu finden waren. Eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden könnte womöglich umfassendere Ergebnisse liefern.

Die Schwierigkeit im Umgang mit den Äußerungen könnte aber auch auf die vielfältigen und nur selten deckungsgleichen Definitionen von Achtsamkeit zurückzuführen sein. Das wurde schon bei der Kategorienfindung zu Beginn der empirischen Arbeit beschrieben.

Dabei wurde deutlich, dass eine „echte“ qualitative Methode zum subjektiven Verständnis von Achtsamkeit natürlich weit tiefergehende Informationen liefern könnte. Interviewer haben die Möglichkeit nachzufragen, Befragte können länger über ihre Antworten reflektieren. Aufbauend auf die vorliegende Arbeit bieten sich demnach Einzelinterviews mit praktizierenden OsteopathInnen an; diese könnten ein noch umfassenderes Bild über das Verständnis von Achtsamkeit liefern.

Die vorliegende Stichprobe deckt ein einigermaßen breites Spektrum an in Österreich tätigen OsteopathInnen ab. Die Repräsentativität kann auf Basis dieser Stichprobe jedoch nicht für alle praktisch tätigen OsteopathInnen in Anspruch genommen werden. Da die Teilnahme an der Befragung freiwillig war, ist mit Selektionseffekten wie zeitlicher Verfügbarkeit oder Motivation zur Teilnahme zu rechnen. Dies führt zu einer eingeschränkten Bewertbarkeit der Ergebnisse.

7 Konklusion

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass OsteopathInnen ein umfassendes Verständnis von Achtsamkeit haben, das durch einen praktischen Zugang gekennzeichnet ist. Die Komplexität des Begriffes *Achtsamkeit* konnte durch das vorab definierte Kategoriensystem nicht reduziert werden. Aus diesem Grund sind der Erfassung der Achtsamkeit Grenzen gesetzt. Die Ausprägung von Achtsamkeit bei den OsteopathInnen ist in einigen Dimensionen höher als bei PsychologiestudentInnen. Die OsteopathInnen weisen eine stärkere Fokussierung auf Beobachtung körperlicher Phänomene, auf Achtsamkeit im täglichen Handeln und auf Akzeptieren ohne Bewerten auf. Die Ausprägungen korrelieren nicht mit soziodemografischen Faktoren, erfahrenere OsteopathInnen weisen höhere Ausprägungen in der Dimension B: *Beschreiben* auf.

Schlussfolgerung

Die befragten OsteopathInnen scheinen nicht nur ein umfassendes Verständnis von Achtsamkeit zu haben, sondern Achtsamkeit sowohl im beruflichen wie auch privaten Kontext zu praktizieren. Es zeigen sich Hinweise, dass achtsamere OsteopathInnen geringere Beschwerden aufweisen.

Ausblick

Um ein genaueres Bild über die Achtsamkeit im Kontext der osteopathischen Praxis zu bekommen und die Auswirkung auf die Behandlung sowie die Effekte auf OsteopathIn und PatientIn zu erfassen, sind weitere Studien nötig. Kausale Aussagen über die Wirksamkeit von Achtsamkeit können an dieser Stelle nicht getroffen werden. Durch weitere Forschungsarbeiten könnte untersucht werden inwieweit PatientInnen von achtsameren OsteopathInnen profitieren.

Ein selbstfürsorgliches und achtsames Verhalten in Bezug auf sich selbst sollte schon in der Osteopathieausbildung und später in der täglichen Praxis im Bewusstsein verankert werden, da gerade in helfenden Berufen physische und psychische Belastungen hoch sind. Die Studienergebnisse weisen schon auf ein selbstfürsorgliches Verhalten der OsteopathInnen hin, auch wenn der Fokus eindeutig beim Gegenüber liegt. Die tägliche Schulung der Aufmerksamkeit auf sich selbst, die Umwelt oder das Gegenüber trägt zur besseren Entfaltung der Achtsamkeit bei.

Da der Mensch ein ständig lernendes und sich weiterentwickelndes Wesen ist (Siegel, 2012), sollte auch nicht auf die ständige Schulung der Achtsamkeit vergessen werden. In Zeiten von Hektik und Schnelllebigkeit vermag Achtsamkeit das empathische Miteinander zu fördern.

LITERATURVERZEICHNIS

- Altmeyer, P. (2010). Kinder als osteopathische Patienten. In T. Liem, A. Schleupen, P. Altmeyer & R. Zweedijk (Hrsg.), *Osteopathische Behandlung von Kindern* (S. 2-15). Stuttgart: Hippokrates.
- Altner, N. (2008). Der Wunsch nach Verbundensein - Achtsamkeitspraxis und die Entwicklung beraterischer Qualitäten. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 39(376), 379-390.
- Amberg, M. (2016). Komponenten der Achtsamkeit. In M. Amberg (Hrsg.), *Führungskompetenz Achtsamkeit - Eine Einführung für Führungskräfte und Personalverantwortliche* (S. 17-21). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Angermayr, M. & Strassl, L. (2013). Leiborientierter Zugang zur inneren Stimmigkeit. Ein Dialog mit existenzanalytischen und osteopathischen Prinzipien und deren psychotherapeutischen Implikationen. *Existenzanalyse*, 30(2), 55-62.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Bauer, J. (2014). *Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. München: Wilhelm Heyne.
- Becker, R. (2007). *Leben in Bewegung & Stille des Lebens*. Pähl: Jolandos.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71-83.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (3.Aufl.)*. Heidelberg: Springer Medizin.

- Brown, K. W. & Kasser, T. (2005). Are psychological and ecological well-being compatible? The role of values, mindfulness and lifestyle. *Social Indicators Research, 74*, 349-368.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-848.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2004). Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations from Experience. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 242-248.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. & Creswell, J. D. (2007). Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry, 18*(4), 272-281.
- Buchheld, N. (2000). *Achtsamkeit in Vipassana-Meditation und Psychotherapie. Die Entwicklung des "Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit" (FFA). Schriften zur Meditation und Meditationsforschung (Band 2)*. Frankfurt: Peter Lang.
- Chang, V. Y., Palash, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., . . . Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy and positive states of mind. *Stress and Health, 20*, 141-147.
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I. & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine, 69*(6), 560-565.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alternations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564-570.
- De Saint-Exupéry, A. (1956). *Der kleine Prinz*. Düsseldorf : Karl Rauch.
- Duden. (2006). *Duden. Die deutsche Rechtschreibung*. Mannheim: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG.
- Engemann, K. (2015). Was ist eigentlich....Wahrnehmung? *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 13*(2), 34-36.
- Esch, T. (2014). *Die Neurobiologie des Glücks: Wie die Positive Psychologie die Medizin verändert*. Stuttgart: Georg Thieme.

- Esch, T., Guarna, M., Bianchi, E. & Stefano, G. B. (2004). Meditation and Limbic Processes. *Biofeedback*, 32(3), 22-32.
- Escuriex, B. F. & Labbé, E. E. (2011). Health Care Providers' Mindfulness and Treatment Outcomes: A Critical Review of the Research Literature. *Mindfulness*, 2(4), 242-253.
- Fryman, V. M. (1998). *Die gesammelten Schriften von Viola M. Frymann, DO*. Pähl: Jolandos Verlag.
- General Osteopathic Council. (2000). *Standard of proficiency*. London: General Osteopathi Council.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Hrsg.), *Mindfulness and Psychotherapy* (S. 3-27). New York: Guilford Press.
- Grepmaier, L. J. & Nickel, M. K. (2007). *Achtsamkeit des Psychotherapeuten*. Wien: Springer.
- Grossman, P. & Reddemann, L. (2016). Achtsamkeit: Wahrnehmen ohne Urteilen - oder ein Weg, Ethik in der Psychotherapie zu verkörpern? *Psychotherapeut*, 61(3), 222-228.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits - A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Grossmann, P. (2009). Das Üben der Achtsamkeit: Eine einzigartige klinische Intervention für die Verhaltenswissenschaften. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie - Ein Handbuch* (S. 69-101). Tübingen: dgvt.
- Hagemann, W., & Geuenich, K. (2009). *Burnout-Screening-Skalen (BOSS) - Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Hähn-Jakobs, C. (2012). Osteopathische Berührung im Spiegel der Supervision. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 10(1), 27-28.
- Harrer, M. E. (2013a). Achtsamkeit in der psychotherapeutischen Beziehung. In U. Anderssen-Reuster, P. Meibert & S. Meck (Hrsg.), *Psychotherapie und buddhistisches Geistestraining* (S. 277-297). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Harrer, M. E. (2013b). *Burnout und Achtsamkeit*. Regensburg: Klett-Cotta.

- Harrer, M. E. & Weiss, H. (2016). *Wirkfaktoren der Achtsamkeit - wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Hartwig, B. (2014). Achtsamkeit und Kommunikation in der Osteopathie. *Osteopathische Medizin*, 15(3), 21-24.
- Heidenreich, T., Ströhle, G. & Michalak, J. (2006). Achtsamkeit: Konzeptuelle Aspekte und Ergebnisse zum Freiburger Achtsamkeitsfragebogen. *Verhaltenstherapie*, 16(1), 33-40.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, . . . Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(1), 11-17.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T. & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43.
- Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R. & Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, 421(1), 16-21.
- Hüther, G. (2006). Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In M. Storch, B. Cantieni, G. Hüther & W. Tschacher (Hrsg.), *Embodiment - Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (S. 73-98). Bern: Huber.
- Hüther, G. (2011). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Gesund und stressfrei durch Meditation - Das große Buch der Selbstheilung*. Wien: Wiener Verlag.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306.
- Kang, D. H., Jo, H. J., Jung, W. H., Kim, S. H., Jung, Y. H., Choi, C. H., . . . Kwon, J. S. (2013). The effect of meditation on brain structure: cortical thickness mapping and diffusion tensor imaging. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 27-33.

- Koebler, G. (1995). *Deutsches Etymologisches Wörterbuch*. Zugriff am 16. 01. 2016.
Verfügbar unter www.koeblergerhard.de/derwbhin.html
- Kraschowitz, G. (2008). Das Prinzip des Dialogischen in der Osteopathie. In T. Liem, P. Sommerfeld & P. Wühl (Hrsg.), *Theorien osteopathischen Denkens und Handelns* (S. 92-99). Stuttgart: Hippokrates.
- Krasner, M. D., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J. & Quill, T. E. (2009). Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293.
- Krause, R. (2008). *Palpation-Wahrnehmung-Heilung: Ein Übungsbuch*. Stuttgart: Sonntag-Verlag.
- Kuhlmann, C. (2012). Vom Dialog mit dem Gewebe zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 10(1), 24-27.
- Langer, E. J. (2000). The Construct of Mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56(1), 1-9.
- Lauterbach, J. (2014). *Energierreise zum Ort der Entspannung*. Berlin: Argon Balance.
- Lauterbach, M. (2015). *Engagiert und gesund bleiben*. Köln: BALANCE buch und medien verlag .
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wassermann, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., . . . Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.
- Lenzeder, G. (2009). *Achtsamkeit und ihre Bedeutung für das Wohlbefinden - Eine explorative Studie*. Diplomarbeit: Universität Salzburg.
- Leonhart, R. (2004). *Lehrbuch Statistik: Einstieg und Vertiefung* (1.Aufl.). Bern: Huber.
- Liem, T. (2014a). Behandlungsprinzipien. In T. Liem (Hrsg.), *Morphodynamik in der Osteopathie - Grundlagen und Anwendung am Beispiel der kranialen Sphäre* (S. 253-298). Stuttgart: Karl F. Haug.
- Liem, T. (2014b). Diagnoseprinzipien. In T. Liem (Hrsg.), *Morphodynamik in der Osteopathie - Grundlagen und Anwendung am Beispiel der kranialen Sphäre* (S. 202-237). Stuttgart: Karl F. Haug.
- Liem, T. (2014c). Palpation - Die Kunst des Fühlens. In T. Liem (Hrsg.), *Morphodynamik in der Osteopathie - Grundlagen und Anwendung am Beispiel der kranialen Sphäre* (S. 148-158). Stuttgart: Karl F. Haug.

- Liem, T. (2014d). Therapeut und therapeutische Interaktion. In T. Liem (Hrsg.), *Morphodynamik in der Osteopathie - Grundlagen und Anwendung am Beispiel der kranialen Sphäre* (S. 238-252). Stuttgart: Karl F. Haug.
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M. & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *PNAS*, *101*(46), 16369-16373.
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A. & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, *19*(2), 105-109.
- Marris, T. (2015). Wie können wir unsere Wahrnehmung verbessern? *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, *13*(2), 20-23.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung* *1*(2). Zugriff am 18. 03. 2016. Verfügbar unter www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/prinFRIENDLY/1089/2383
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G. & Nachtigall, C. (2015). Die deutsche Version der Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) - Psychometrische Befunde zu einem Achtsamkeitsfragebogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *37*(3), 200-208.
- Mipham, J. R. (2000). *Teachings from the Sutra tradition*. Halifax: Vajradhatu Publications.
- Mitha, N. (2014). Im Gespräch mit...Sue Turner. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, *12*(2), 6-7.
- Möckel, E. (2013). Bewegung und Stille in der Arbeit mit Kindern. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, *11*(4), 32-34.
- Mummendey, H. D. & Grau, I. (2008). *Die Fragebogen-Methode (5. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Nhat Hanh, T. (1990). *Umarme deine Wut - Sutra der vier Verankerungen der Achtsamkeit*. München: Theseus.
- Norcross, J., Beutler, L. & Levant, R. (2005). *Evidence based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press.
- Novy, R. & Sommerfeld, P. (2009). Wie gestalten Osteopathen die Beziehung zu ihren Patienten? Eine qualitative Studie. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, *7*(2), 6-9.

- Nyanaponika. (1950). *Satipatthana. Der Heilweg buddhistischer Geistesschulung*. Konstanz: Christiani.
- Nyanaponika. (2007). *Geistestraining durch Achtsamkeit: Die buddhistische Satipatthana Methode*. Stammbach: Beyerlein & Steinschulte.
- OsteopathieSchule Deutschland. (2013). *Master of Science in Osteopathie*. Folder der OsteopathieSchule Deutschland. Zugriff am 06. 02. 2015. Verfügbar unter www.di-uni.de/fileadmin/download/osteopathie/2013_01_08_Flyer_Teilzeit.pdf
- Platsch, K. (2015). Kernkompetenzen der ärztlichen Persönlichkeit - eine Lücke in der Medizin füllen. *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, 58(4), 10-13.
- Queri, S., Konrad, M. & Keller, K. (2012). Ein Stressmodell für Mitarbeiter in der psychiatrischen Rehabilitation: Effekte von Person- und Organisationsmerkmalen. *Die Rehabilitation*, 51(4), 245-253.
- Rakel, D. P., Hoefft, T. J., Barrett, B. P., Chewing, B. A., Craig, B. M. & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Medicine*, 41(7), 494-501.
- Remmers, C., Topolinski, S. & Koole, S. L. (2016). Why Being Mindful May Have More Benefits Than You Realize: Mindfulness Improves Both Explicit and Implicit Mood Regulation. *Mindfulness*, 7(4), 829-837.
- Rose, N. & Walach, H. (2009). Die historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation - Ein Exkurs in Buddhismus und christliche Mystik. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie - Ein Handbuch* (S. 27-48). Tübingen: dgvt.
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M. & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289-297.
- Schumacher, J. (2003). SWLS Satisfaction with Life Scale. In J. Schumacher, A. Klaiber & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 305-309). Göttingen: Hogrefe.
- Schumann, H. W. (2000). *Handbuch Buddhismus. Die zentralen Lehren: Ursprung und Gegenwart*. München: Diederichs.
- Shapiro, S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 555-560.

- Shapiro, S. & Carlson, L. (2011). *Die Kunst und Wissenschaft der Achtsamkeit*. Freiburg: Arbor.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J. & Freedman, B. (2006). Mechanism of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Siegel, D. J. (1999). *Wie wir werden die wir sind - Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Jungfermann.
- Siegel, D. J. (2007). *Das achtsame Gehirn*. Freiburg: Arbor.
- Siegel, D. J. (2012). *Der achtsame Therapeut - Ein Leitfaden für die Praxis*. München: Kösel-Verlag.
- Siegel, R. & Germer, C. (2014). Weisheit und Mitgefühl. In C. Germer & R. Siegel (Hrsg.), *Weisheit und Mitgefühl in der Psychotherapie - Achtsame Wege zur Vertiefung der therapeutischen Praxis* (S. 23-66). Freiburg: Arbor.
- Singer, T. & Bolz, M. (2013). *Mitgefühl: In Alltag und Forschung*. Leipzig: Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften.
- Stalder, R. (2011). *Salutogenese und Achtsamkeit - Entwicklung von Focus und Haltung in der Arbeit mit Menschen*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller GmbH & Co. KG.
- Stanley, S. S., Reitzel, L. R., Wingate, L. R., Cukrowitz, K. C., Lima, E. N. & Joiner, T. E. (2006). Mindfulness: A Primrose Path for Therapists Using Manualized Treatments? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 327-335.
- Ströhle, G., Nachtigall, C., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2010). Die Erfassung von Achtsamkeit als mehrdimensionales Konstrukt - Die deutsche Version des Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(1), 1-12.
- Suzuki, S. (1975). *Zen-Geist Anfänger-Geist*. Berlin: Theseus.
- Urry, H. L., Nitschke, J. B., Dolksi, I., Jackson, D. C., Dalton, K. M., Mueller, . . . Davidson, R. J. (2004). Making a life worth living. Neural correlates of well-being. *Psychological Science*, 15(6), 367-372.
- Vestergaard-Poulsen, P., Van Beek, M., Skewes, J., Bjarkam, C. R., Stubberup, M., Bertelsen, J. & Roepstorff, A. (2009). Long-term meditation is associated with increased gray matter density in the brain stem. *Neuroreport*, 20(2), 170-174.

- Wagner, G. (2015). Wahrnehmung und ihre Bedeutung für das Patientengespräch. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 13(2), 24-28.
- Weber, K. G. (2009). Palpation zwischen Struktur und Energie. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 7(2), 20-24.
- Weinstein, N., Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43, 374-385.
- Weynen, R. (2009). Im Gespräch mit ... Michael Kuchera. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie*, 7(1), 4-5.
- Wührl, P. (2008). Aufmerksamkeit und Wissen, Projektion und Einverleibung - Möglichkeitsbedingungen osteopathischer Sensibilität. In T. Liem, P. Sommerfeld, & P. Wührl, *Theorien osteopathischen Denkens und Handelns* (S. 84-91). Stuttgart: Hippokrates.
- Wurll, P. (2011). Achtsamkeit als therapeutische Grundhaltung. In U. Anderssen-Reuster (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik - Haltung und Methode* (S. 110-121). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Zarbock, G., Ammann, A. & Ringer, S. (2012). *Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater*. Weinheim, Basel: Beltz.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Stichprobenrekrutierung.....	25
Tabelle 2	Deduktiv entwickeltes Kategoriensystem für das Verständnis von Achtsamkeit	29
Tabelle 3	Angaben zum Quellberuf.....	37
Tabelle 4	Prüfung der Achtsamkeitsdimensionen und des Alters auf Normalverteilung	62
Tabelle 5	Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und dem Alter.....	62
Tabelle 6	U-Tests für die Prüfung des Unterschieds in den Achtsamkeitsdimensionen nach Geschlecht	63
Tabelle 7	Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und dem wöchentlichen Arbeitspensum	64
Tabelle 8	Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Dauer der Berufstätigkeit als OsteopathIn	65
Tabelle 9	Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Skala <i>Beruf</i> im BOSS I.....	66
Tabelle 10	Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Skala <i>Eigene Person</i> im BOSS I	68
Tabelle 11	Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Skala <i>Familie</i> im BOSS I.....	70
Tabelle 12	Spearman-Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen den Achtsamkeitsdimensionen und der Skala <i>Freunde</i> im BOSS I	71

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung aus Mayring (2000).....	28
Abbildung 2	Altersverteilung der Stichprobe.....	35
Abbildung 3	Verteilung der Dauer der Tätigkeit als OsteopathIn	35
Abbildung 4	Art der Beschäftigung	36
Abbildung 5	Verteilung des wöchentlichen Arbeitspensums in Stunden.....	36
Abbildung 6	Häufigkeiten für die Subkategorien „Lenkung der Aufmerksamkeit“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)	38
Abbildung 7	Häufigkeiten für die Subkategorien „Gegenwärtigkeit“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)	39
Abbildung 8	Häufigkeiten für die Subkategorien „Akzeptieren ohne Bewerten“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)	40
Abbildung 9	Häufigkeiten für die Subkategorien „Beschreiben“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)	40
Abbildung 10	Häufigkeiten für die Subkategorien „Mitfühlendes Verständnis“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)	41
Abbildung 11	Häufigkeiten für die Subkategorie „Sonstige Kategorien“ (Achtsamkeit im Allgemeinen)	41
Abbildung 12	Häufigkeiten für die Subkategorien „Lenkung der Aufmerksamkeit“ (Achtsamkeit als OsteopathIn).....	43
Abbildung 13	Häufigkeiten für die Subkategorien „Gegenwärtigkeit“ (Achtsamkeit als OsteopathIn).....	43
Abbildung 14	Häufigkeiten für die Subkategorien „Akzeptieren ohne Bewerten“ (Achtsamkeit als OsteopathIn).....	44
Abbildung 15	Häufigkeiten für die Subkategorien „Beschreiben“ (Achtsamkeit als OsteopathIn).....	44
Abbildung 16	Häufigkeiten für die Subkategorien „Mitfühlendes Verständnis“ (Achtsamkeit als OsteopathIn).....	45
Abbildung 17	Häufigkeiten für die Subkategorien „Sonstige Kategorien“ (Achtsamkeit als OsteopathIn).....	45
Abbildung 18	Mittelwerte für die Items der Dimension A: <i>Beobachten</i> für die OsteopathInnen und eine Vergleichsgruppe	47
Abbildung 19	Häufigkeiten für die Ausprägungen der Items der Dimension A: <i>Beobachten</i>	49
Abbildung 20	Mittelwerte für die Items der Dimension B: <i>Beschreiben</i> für die OsteopathInnen und eine Vergleichsgruppe	51
Abbildung 21	Häufigkeiten für die Ausprägungen der Items der Dimension B: <i>Beschreiben</i>	52

Abbildung 22	Mittelwerte für die Items der Dimension C: <i>Mit Aufmerksamkeit handeln</i> für die OsteopathInnen und eine Vergleichsgruppe	54
Abbildung 23	Häufigkeiten für die Ausprägungen der Items der Dimension C: <i>Mit Aufmerksamkeit handeln</i>	55
Abbildung 24	Mittelwerte für die Items der Dimension D: <i>Akzeptieren ohne Bewerten</i> für die OsteopathInnen und eine Vergleichsgruppe	58
Abbildung 25	Häufigkeiten für die Ausprägungen der Items der Dimension D: <i>Akzeptieren ohne Bewerten</i>	59
Abbildung 26	Boxplots für die Dimensionen Achtsamkeit im KIMS-D nach Geschlecht	63
Abbildung 27	Ergebnisse der Beschwerden im Beruf im BOSS I in Normwertkategorien	67
Abbildung 28	Ergebnisse für die Beschwerden in Bezug auf die eigene Person im BOSS I in Normwertkategorien.....	69
Abbildung 29	Ergebnisse der Beschwerden im Bereich Familie im BOSS I in Normwertkategorien	70
Abbildung 30	Ergebnisse für die Beschwerden in Bezug auf Freunde im BOSS I in Normwertkategorien	72

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

α	Gewähltes Signifikanzniveau (5 %)
α_{adj}	Adjustiertes Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur
k	Anzahl statistischer Tests bei der Prüfung einer Hypothese
M	Mittelwert
N	Anzahl einbezogener Personen
p	probability value: empirisch ermittelter Wahrscheinlichkeitswert für das Ergebnis einer Hypothesenprüfung bei gültiger H_0
r_{Spearman}	Korrelationskoeffizient nach Spearman
sig	Ausdruck für den p-Wert in Tabellen zur Signifikanzprüfung
Std.Abw.	Standardabweichung vom Mittelwert
t	empirisch ermittelter Prüfwert bei t-Tests
T	Normwert bei psychologischen Testverfahren (Durchschnittsbereich: 50 ± 10)
Z	empirisch ermittelter Prüfwert bei Signifikanztests (Standardnormalverteilung)

ANHANG A Motivationsschreiben

Liebe Kolleginnen und Kollegen!



Ich, Isabella Andrejic, Osteopathin in Kärnten, schreibe derzeit an meiner Masterarbeit und bitte Sie um Ihre Mithilfe bei meiner Online-Umfrage.

In meiner Arbeit beschäftige ich mich mit dem Thema „**Eigenes Wohlbefinden durch Achtsamkeit und ihre Relevanz für den Beruf des Osteopathen**“.

Durch Ihre Mitarbeit leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Bedeutung von Achtsamkeit für den Beruf des Osteopathen.

Da für die sinnvolle und seriöse Auswertung meiner Arbeit ein großer Rücklauf notwendig ist, bitte ich Sie, an meiner Befragung teilzunehmen. Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. **10 – 15 Minuten**.

Der unten stehende link führt zur Befragung (Achtung: Gleichzeitig STRG + mit Mouse Klicken um die Bearbeitung zu aktivieren!)

<https://de.surveymonkey.com/r/Andrejic>

Selbstverständlich werden die Daten anonym und streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Eine Zuordnung zu Ihrer Person wird ausgeschlossen. Ich versichere auch, weder Daten, noch Ihre Antworten missbräuchlich zu verwenden. Die mir zur Verfügung gestellten Daten werden nach der Auswertung gelöscht.

Wer Interesse an den Studienergebnissen hat, schreibt mir eine E-Mail und erhält die Ergebnisse zugesandt.

Liebe Grüße und herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Isabella Andrejic

Für etwaige Rückfragen kontaktieren Sie mich bitte unter:

isa.andre@gmx.at



ANHANG B Offene Fragen

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Herzlichen Dank, dass Sie an meiner Umfrage teilnehmen!



Bitte füllen Sie den gesamten Fragebogen aus, da ich Ihre Daten sonst nicht verwenden kann.

Im ersten Teil geht es um Achtsamkeit, im zweiten Teil um Belastungen im Beruf, in der Freizeit und Partnerschaft.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, von Interesse ist Ihre persönliche Meinung oder Erfahrung.

Danke für die Unterstützung.

Isabella Andrejic

Was verstehen Sie unter Achtsamkeit im Allgemeinen?

Was verstehen Sie unter Achtsamkeit bei Ihrer Tätigkeit als Osteopath/Osteopathin?

ANHANG C Exemplarische wörtliche Zitate zum Verständnis von Achtsamkeit im Allgemeinen

<i>Achtsamkeit im Allgemeinen bedeutet für mich respektvoll und aufmerksam zu sein und zu "überprüfen", was für meine Umgebung gerade entsprechend ist, bevor ich handle oder spreche, etc. d. h. ob es ein "okay" gibt.</i>
<i>Wie gehe ich mit mir und meiner Umwelt um? Nämlich achtsam, die Grenzen nicht zu überschreiten, in jeglicher Hinsicht!</i>
<i>Achtsamkeit ist für mich, Respekt dem Menschen entgegen zu bringen. Seine Wünsche, seine Meinungen, seine Person als solches zu akzeptieren. Aber auch meine Ressourcen zu respektieren und auf mich zu schauen.</i>
<i>Bei sich zu sein und bei der Sache die man tut.</i>
<i>Im Jetzt zu sein und sich selbst und die Umgebung wahrzunehmen.</i>
<i>Konzentration, Bewusstheit im Umgang mit sich selbst und mit anderen.</i>
<i>Respekt, Eigenverantwortlichkeit, Aufmerksamkeit und Hellhörigkeit seiner Bedürfnisse und Wahrnehmung ohne Egoismus und Narzissmus vor sich selbst und anderen.</i>
<i>Liebevolle Wahrnehmung.</i>
<i>Wie gehe ich mit mir und meiner Umwelt um? Nämlich achtsam, die Grenzen nicht zu überschreiten, in jeglicher Hinsicht!</i>
<i>Achtsamkeit ist eine Art liebevoller Aufmerksamkeit, die Antennen sind auf Empfang, ich nehme alles wahr, was gerade ist. Ich muss dazu im Hier und Jetzt sein.</i>

ANHANG D Exemplarische wörtliche Zitate zum Verständnis von Achtsamkeit im Kontext der Tätigkeit als OsteopathIn

<i>Den Respekt dem Patienten gegenüber stets zu wahren - adäquate Technik und Nähe/Distanz.</i>
<i>Respektvoll, hellhörig, behutsam.</i>
<i>Im Hier und Jetzt beim Patienten sein. Ihm begegnen mit Offenheit, Vertrauen und einem Neutral.</i>
<i>Präsenz, Wachsein, Mitgefühl.</i>
<i>Offene Haltung dem Patienten gegenüber und allen Informationen die vom System des Patienten kommen. Vorurteilsfreie Bewertung der Informationen die im therapeutischen Prozess auftreten.</i>
<i>Achtsamkeit in der Osteopathie bedeutet für mich, meine beste Leistung und höchste Aufmerksamkeit für jeden Patienten zu bieten, im Einklang mit seinen Wünschen und Bedürfnissen.</i>
<i>Pat. respektvoll begegnen. Neutral sein im Arbeiten.</i>
<i>Sich selbst wahrnehmen. Dialog mit dem Gewebe führen.</i>
<i>Das Gewahr werden und respektieren der Grenzen des Patienten.</i>
<i>Auf den einzelnen Patienten eingehen, ständig im Austausch mit dem Patienten sein, die Reaktionen des Patienten und des Gewebes beachten und darauf Rücksicht nehmen.</i>

ANHANG E Englische Kurzfassung

Mindfulness and its relevance to osteopathic practice

Author: Isabella Andrejic
Supervisor: Ass. Prof. Jan Porthun, MMSc
External Tutor: Mag. phil. Dr. rer. nat. Birgit Senft, M. Eval.
Translation: Mag.^a phil. Eva Adelbrecht

Correspondence address:

Isabella Andrejic
Matschach 45
9191 Feistritz im Rosental
Austria
E-Mail: isa.andre@gmx.at
Mobile phone: +43 664 5048010

The author is an osteopath and physiotherapist. In 1998, she graduated from the Physiotherapy Academy of the Vienna General Hospital. She obtained her osteopathic training at the Vienna School of Osteopathy. At present, she works as a self-employed physiotherapist and osteopath in Ferlach, Carinthia, in Austria.

ABSTRACT

Background: Mindfulness has been described as an open-minded, non-judgmental, and appreciative attitude which is strongly tied to the present moment. It is an attitude towards oneself and one's environment. Considered to be an essential competence in predominantly non-verbal communication as well as in therapeutic relationships, it requires awareness for original approaches in every new situation and must be understood as a process as well as a result.

The **aim** of the explorative study was to determine the subjects' understanding of mindfulness and its integration in their lives, as well as the subjective complaints. It was conducted with a random sample of 215 osteopaths in Austria. The design was the questionnaire method (paper/pencil and online) with open questions. The data were analysed statistically and by content analysis following the deductive method.

Results: The osteopaths' understanding of mindfulness in general was primarily related to the categories "observing", "appreciation of others/ empathy", "directing one's attention towards oneself/ others/ the environment", and "direct contact". However, in connection with osteopathic work, the predominant categories were "being mindful in one's actions", "focussing on others", "directing one's attention towards oneself/ others/ the environment", and "appreciation of others/ empathy".

Notably high ratings were given in the dimensions "observe", "act with awareness", and "accept without judgment". The ratings are not associated with sex, age, or workload. The dimension "describe" received higher ratings in more experienced osteopaths.

The more mindful osteopaths had slightly fewer complaints in relation to their job and to themselves. The degree of mindfulness shows hardly any correlation with complaints regarding family or friends.

Discussion: The results reflect a mindful predisposition in the interviewed osteopaths. Future studies could be conducted to explore if mindfulness has an impact on therapeutic outcome.

Keywords:

Osteopathy, mindfulness, compassion, self-care

Introduction

According to Shapiro and Carlson [1], a mindful conduct is an essential element of the relationship between patient and therapist and can help the therapist to evolve in his or her professional practice.

The author of the present study believes that a mindful predisposition in approaching a patient, along with the readiness to learn from personal experience, can contribute significantly to enriching osteopathic day-to-day practice. Grepmaier and Nickel [2] were able to identify positive effects of therapists' mindful approach on the therapeutic responses of their patients.

Harrer [3] identified a protective effect of mindfulness not only on the patient but also on the therapist. A mindful approach in professional practice is seen as valuable burnout prophylaxis for the therapist, as it may prevent exhaustion and increase self-awareness (Zarbock, Ammann & Ringer [4]).

The meta-analysis of Grossmann, Niemann, Schmidt and Walach [5] shows that the training of mindfulness enables people to cope more easily with stressful situations in their workaday life and to reduce anxiety. This in turn improves life quality as well as physical and mental well-being. Escuriex and Labbé [6] detected similar effects of mindfulness training on the physical and mental perception.

The above described research results suggest that mindfulness is an essential factor in osteopathic treatment. Based on this hypothesis, the following research questions were formulated:

- 1) What is mindfulness for the osteopaths?
- 2) How strongly is mindfulness developed among osteopaths?
- 3) How do the osteopaths' ratings of different aspects of mindfulness differ from another random sample?
- 4) Are there any differences in mindfulness depending on the osteopath's primary profession (e.g. physician, physiotherapist)?
- 5) Are there any correlations between mindfulness in osteopaths and various sociodemographic factors (age, sex, workload per week, length of professional practice)?
- 6) Are there any correlations between the ratings of aspects of mindfulness and subjectively perceived problems (job, self, family, friends)?

Material and methods

The author of the present study applied a quantitative data collection method using a questionnaire from September to December 2015. 728 Austrian osteopaths with completed training were contacted. The rate of return amounted to 30 %.

In a first step, the test persons had to answer two open questions in order to determine their understanding of mindfulness in general as well as in connection with their osteopathic practice.

In a second step, the standardised questionnaire Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, KIMS-D [7] had to be answered in order to gather data determining the ratings which the osteopaths gave to the different aspects of mindfulness and to compare them with a random sample of psychology students.

The burnout screening scale BOSS [8] was used to determine mental and psychosocial stress.

In addition, sociodemographic data were collected.

All data were analysed with SPSS, using descriptive and statistic interference methods. In addition, charts were drawn using Excel. The open answers were analysed using Mayring's content analysis [9]. Based on the literature, the author developed categories by deduction and applied them to the material in several runs.

Results

The results from the analysis of the open questions reveal that the test persons' understanding of mindfulness involves predominantly observing, being mindful in one's actions, directing one's attention towards oneself/ others/ the environment, being present in the moment, as well as appreciating and showing empathy for others.

The analysis of the questionnaire regarding mindfulness illustrated that the interviewed osteopaths gave significantly higher ratings in the dimension "observe" compared to the psychology students. The questions were related to the perception of the body, odours, sounds, art, and nature.

No significant differences were detected regarding the observation of the sensations during bathing/ showering, the influence of food/ drinks on bodily sensations, the mindful observation of the effect of feelings/ thoughts on their own behaviour, as well as the mindful observation of alterations in their own mood.

In the dimension "describe", a significant difference between both samples was only identified in one item: the difficulty in finding the right words for describing bodily sensations. Osteopaths have a significantly higher ability to verbalise bodily sensations than psychology students.

The dimension "act with awareness" revealed that osteopaths are less likely to let the mind wander or get distracted from what they are doing, that they concentrate more on what they are doing in the present moment, drive more observantly, read more attentively, do not think about other things while engaged in an activity, daydream less, drift off less into thoughts about their own sorrows, and focus their attention completely on one thing.

The most distinct differences between osteopaths and psychology students were observed in the dimension "accept without judgment". The tendency to criticise themselves for having inappropriate thoughts or feelings, to classify the perception of feelings into right and wrong, to question their own feelings, and to be convinced of having abnormal thoughts was significantly lower in the osteopaths than in the psychology students. Furthermore it was revealed that the osteopaths judged their own thoughts and experiences less, tolerated thoughts more, had a less negative attitude towards their own feelings, and were less likely to dispraise unreasonable thoughts.

The analysis of the data regarding the primary profession was not conducted due to the low heterogeneity (83 % physiotherapists).

The data analysis did not reveal any significant differences in each dimension of mindfulness with regard to age, sex and weekly workload, respectively. However, a weak correlation was observed between the dimension "describe" and the factor "length of working life": the longer the interviewees' professional life, the higher their ratings in the dimension "describe".

The analysis of the correlations of the mindfulness dimensions with the burnout screening scales showed significantly less *complaints regarding the job* in osteopaths with higher ratings in the dimensions "describe", "act with awareness", and "accept without judgment". However, no significant correlation was observed between *complaints regarding the job* and the dimension "observe".

Concerning the *complaints regarding oneself*, more mindful osteopaths gave significantly lower ratings, except in the dimension "observe".

Almost insignificant correlations were observed between the different dimensions of mindfulness and the *complaints regarding family*. Only the dimension "act with

awareness" showed a slightly negative correlation with this complaint: the more the interviewees acted with awareness, the fewer their *complaints regarding family*.

The results regarding the correlations between the different dimensions of mindfulness and *complaints regarding friends* were similar. The more the interviewees claimed to "act with awareness" and to "accept without judgment", the fewer their *complaints regarding friends*.

Discussion

The general understanding of mindfulness among the osteopaths was predominantly linked to the following categories, which were developed deductively: "directing attention", "compassionate understanding" and "being present in the moment". In general, it can be stated that the interviewed osteopaths manifested a comprehensive general understanding of mindfulness.

In explaining mindfulness in the context of an osteopath's work, hardly any osteopathic technical terms were used. Even terms like spirituality, holism, or the proverbial "beginner's mind" were mentioned only in rare cases. Possibly, this is due to too strong a differentiation of the system of categories, which was developed to be as comprehensive as possible. Another possible explanation is that these aspects were not mentioned because they form part of an implicit understanding and may thus be enclosed in the answers given. Suzuki's [10] Buddhist approach of confronting situations always in a new way and with a fresh mind, which was followed for the development of categories, was for example hardly found in the answers. Thus it is possible that this approach was implicit in the category "being present in the moment".

Attention towards oneself was emphasised less by the interviewees. Yet, according to Harrer [3], putting the focus on him- or herself represents an important component for the therapist in order to be able to ensure that therapy is effective. Zarbock et al. [4] emphasise that a lack of self-care carries the danger of overburden, which in turn has negative effects on the relationship between the patient and therapist. The fact that attention towards oneself was barely mentioned by the interviewees may be due to the fact that they see it as a given; the low rates for burdens registered in the burnout screening scales support this conclusion.

The results of the KIMS-D showed that for the interviewed osteopaths, the dimension "observe" was one of the fundamental components of mindfulness, which is in agreement with Escuriex and Labbé [6].

With regard to the dimension "describe", the osteopaths gave equivalent ratings to the psychology students. This is somewhat contradictory to the results derived from the qualitative data, where the category "describing" was scarcely encoded. It seems to be an implicit procedure that is neither explicitly mentioned nor communicated. Harrer and Weiss [11] suggest that a longstanding career could help a therapist to verbalise what he or she perceives, which in turn reinforces selective perception. As communication in the osteopathic field contains a strong non-verbal component, presumably this aspect did not really find its expression in the open questions.

In the dimension "act with awareness", clear differences could be traced between osteopaths and psychology students, as the osteopaths put a much stronger focus on acting with awareness. In this context, Wühl [12] pointed out the positive effect of an increased state of awareness of the osteopath, leading to a more sensitive palpation.

The dimension "accept without judgment" appears much more clearly in the quantitative than in the qualitative section. In this context, the author wants to point out the advantage of combining qualitative and quantitative enquiry methods, as this may lead to a more comprehensive result.

In order to evaluate the results regarding job-related complaints, the research results of Chang et al. [13], Mackenzie et al. [14], and Weinstein et al. [15] may serve as a reference: they relate mindfulness to positive stress-handling strategies. Based on the results of the present study, mindfulness cannot be identified as a firm predictor for fewer job-related complaints.

The questionnaire KIMS-D proved to be practicable. However, results of comparable occupational groups would have reinforced the validity of the results. Student samples were most easily available as a comparison group in the relevant literature; however, by nature they differed in age and life experience from the present experimental group.

The questionnaire KIMS-D does not relate closely to the day-to-day practice of an osteopath. Therefore, conclusions cannot be drawn regarding a mindful behaviour in specific treatment situations. The open questions proved to be highly informative in matters of the subjective understanding of mindfulness. They did not interfere with the handling of the questionnaire; they introduced the subject and could inspire the interviewees to reflect on it.

As the data collection was not conducted face to face but by mail and e-mail, the interviewees theoretically had the possibility to read up on the term of mindfulness on the internet or in textbooks, which might have resulted in a distortion of the answers.

During the analysis of the answers to the open questions, it became clear in many cases that qualitative data obtained from a questionnaire have many limitations. They are formulated in keywords and turn out not to be particularly comprehensive. The author often had the feeling that the interviewees may have "wished to say more" than they were able to encode.

A "genuine" qualitative method surveying the subjective understanding of mindfulness would certainly deliver much more detailed information. The interviewer has the possibility to dig deeper, the interviewees can reflect longer on their answers. Based on the present paper, individual interviews with practising osteopaths would make it possible to further investigate into the understanding of mindfulness.

The present random sample covers a reasonably broad spectrum of osteopathic activities. However, representativeness cannot be claimed on the basis of this sample. As participation in the survey was voluntary, possible selection effects such as temporal availability or motivation to participate have to be taken into account.

Conclusion

The results of the present study reveal that the interviewed osteopaths have a comprehensive understanding of the concept of mindfulness, characterised by a practical approach.

A self-caring and mindful behaviour towards oneself should be an integral part of the consciousness of students of osteopathy as well as practising osteopaths in their day-to-day routine, given that physical as well as mental stress is elevated especially in helping professions. The study results reveal a self-caring behaviour of the osteopaths, even if the focus in their field of work is very clearly on the patient.

Further studies should be conducted more profoundly and should involve the perspective of the patients. One challenge will certainly be choosing the most adequate method for measuring the results.

It will be highly interesting to observe to what extent mindfulness will find its way into the curriculum of osteopathic studies and hence even more into the day-to-day work of osteopaths.

Disclosure

The author has no personal financial or institutional interest in any of the drugs, materials or devices described in this article.

References

- [1] S. Shapiro and L. Carlson, Die Kunst und Wissenschaft der Achtsamkeit [The Art and Science of Mindfulness], Fribourg: Arbor, 2011.
- [2] L. J. Grepmaier and M. K. Nickel, Achtsamkeit des Psychotherapeuten [Mindfulness of the Psychotherapist], Vienna: Springer, 2007.
- [3] M. E. Harrer, "Achtsamkeit in der psychotherapeutischen Beziehung" [Mindfulness in the psychotherapeutic relationship], in *Psychotherapie und buddhistisches Geistestraining [Psychotherapy and Buddhist Mental Training]*, U. Anderssen-Reuster, P. Meibert and S. Meck, Ed., Stuttgart, Schattauer GmbH, 2013a, pp. 277-297.
- [4] G. Zarbock, A. Ammann, and S. Ringer, Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater [Mindfulness for psychotherapists and counsellors], Weinheim, Basel: Beltz, 2012.
- [5] P. Grossman, L. Niemann, S. Schmidt, and H. Walach, "Mindfulness-based stress reduction and health benefits - A meta-analysis", *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 57:, No. 1, pp. 35-43, 2004.
- [6] B. F. Escuriex and E. E. Labbé, "Health Care Providers' Mindfulness and Treatment Outcomes: A Critical Review of the Research Literature", *Mindfulness*, Vol. 2:, No. 4, pp. 242-253, 2011.
- [7] G. Ströhle, C. Nachtigall, J. Michalak, and T. Heidenreich, "Die Erfassung von Achtsamkeit als mehrdimensionales Konstrukt - Die deutsche Version des Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)" [The recording of mindfulness as a multidimensional construct - The German version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)], *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie [Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy]*, Vol. 39:, No. 1, pp. 1-12, 2010.
- [8] W. Hagemann and K. Geuenich, Burnout-Screening-Skalen (BOSS) - Manual [Burnout Screening Scales (BOSS) - A manual], Göttingen: Hogrefe, 2009.
- [9] P. Mayring, "Forum Qualitative Sozialforschung" [Forum of Qualitative Social Research], 20th June 2000. [Online]. Available: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/1089/2383>. [accessed on 18th March

2016].

- [10] S. Suzuki, Zen-Geist Anfänger-Geist [Zen Mind, Beginner's Mind], Berlin: Theseus, 1975.
- [11] M. E. Harrer and H. Weiss, Wirkfaktoren der Achtsamkeit - wie sie die Psychotherapie verändern und bereichern [Common Factors of Mindfulness - How They Change and Enrich Psychotherapy], Stuttgart: Schattauer GmbH, 2016.
- [12] P. Wühl, "Aufmerksamkeit und Wissen, Projektion und Einverleibung - Möglichkeitsbedingungen osteopathischer Sensibilität" [Awareness and Knowledge, Projection and Assimilation - Conditions of possibility of osteopathic sensitivity], *Theorien osteopathischen Denkens und Handelns [Theories of osteopathic reasoning and acting]*, T. Liem, P. Sommerfeld, and P. Wühl, Ed., Stuttgart, Hippokrates, 2008, pp. 84-91.
- [13] V. Y. Chang, O. Palash, R. Caldwell, N. Glasgow, M. Abramson, F. Luskin, M. Gill, A. Burke, and C. Koopman, "The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy and positive states of mind", *Stress and Health*, Vol. 20:, pp. 141-147, 2004.
- [14] C. S. Mackenzie, P. A. Poulin, and R. Seidman-Carlson, "A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides", *Applied Nursing Research*, Vol. 19:, No. 2, pp. 105-109, 2006.
- [15] N. Weinstein, K. W. Brown, and R. M. Ryan, "A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping and emotional well-being", *Journal of Research in Personality*, Vol. 43:, pp. 374-385, 2009.