

Hat der Osteopath einen bestimmten Persönlichkeitstypus?

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
„Master of Science“ in Osteopathie

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

niedergelegt
an der Wiener Schule für Osteopathie

von ***Volker Och***

Nürnberg, Dezember 2011

Betreut von Mag. Kathie Musiel, Mag. Claudia Gamsjäger, Mag. Ariane Rauch
Übersetzt von Edgar Eisenhut

Eidesstattliche Versicherung

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

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit genutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt weder im In- noch im Ausland noch einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegen. Diese Arbeit stimmt mit der von dem/der Gutachter/-in beurteilten Arbeit überein.

Datum

Unterschrift

Abstract

Objectives and Motivation

The present study raises the scientific question, if the osteopath has a certain personality type. The motivation for this study arose in the study of Hakomi therapy, an experiential body psychotherapy. Hakomi uses physical contact to support the body, in order to help deeper psychological barriers emerge into consciousness. This psychotherapeutic training showed clearly, how much transference and the resulting counter-transference are able to interfere in a therapeutic relationship. Consequently, certain mental patterns coming both from the therapist and also from the patient can cause defensive behavior in counterpart.

Design

This study is a cohort study. The results were obtained using the Freiburg Personality Inventory by Jochen Fahrenberg in the revised version of 1996 (FPI-R).

Methods

The FPI-R is a questionnaire that consists of 138 closed questions, which are questions that can only be answered by "yes" or "no". The scales of the test were not derived from the vast and difficult to overlook entire system of personality, but are derived from the theoretical interest of the authors in certain personality traits. All personality traits are defined in the manual, that is specific for this test. 104 osteopaths of both genders were interviewed.

Result

The present study provides scientific evidence that osteopaths are different to the general population with respect to their personality traits. This could be proven unequivocally by means of the Freiburg Personality Inventory.

Conclusions

The manual included with the Freiburg Personality Inventory contains information by which it can be properly applied and interpreted. Significantly higher test scores can be seen in the scales of life satisfaction, social orientation, impulsiveness, aggression, physical complaints, health concerns, extraversion and emotionality.

keywords:personality, transference, counter-transference, Freiburg Personality Inventory, osteopathy

Fragestellung und Motivation

Die hier vorliegende Studie stellt die wissenschaftliche Frage, ob der Osteopath einen bestimmten Persönlichkeitstypus hat. Die Motivation zu dieser Studie entstand beim Studium der Hakomi-Therapie, einer erfahrungsorientierten Körperpsychotherapie. Dort wird mit Körperkontakt gearbeitet, um den Körper zu unterstützen, damit tieferliegende seelische Barrieren Raum bekommen und ins Bewusstsein gelangen können. In dieser psychotherapeutischen Ausbildung wurde deutlich, wie stark die Übertragung und die daraus resultierende Gegenübertragung die therapeutische Beziehung stören können. Es bedeutet, dass bestimmte psychische Muster, sowohl vom Therapeuten als auch vom Patienten, Abwehrverhalten beim Gegenüber auslösen können.

Studiendesign

Diese Studie ist eine Kohortenstudie. Die Ergebnisse wurden mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar von Jochen Fahrenberg in der revidierten Fassung (FPI-R) von 1996 ermittelt.

Methodologie

Die Ergebnisse wurden mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar von Jochen Fahrenberg in der revidierten Fassung (FPI-R) von 1996 ermittelt. Das FPI-R ist ein Fragebogen mit 138 geschlossenen Fragen, was bedeutet, dass sie nur mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können. Die Skalen des Tests wurden nicht aus dem weiten und schwer zu überschauenden Gesamtsystem der Persönlichkeit abgeleitet, sondern sind aus den theoretischen Interessen der Autoren an bestimmten Persönlichkeitseigenschaften entstanden. Alle Persönlichkeitseigenschaften sind im Manual, spezifisch für diesen Test, definiert. Es wurden 104 Osteopathinnen und Osteopathen befragt.

Ergebnis

Die hier vorliegende Studie erbringt den wissenschaftlichen Beweis, dass sich Osteopathen in ihren Persönlichkeitsmerkmalen zur Normalbevölkerung unterscheiden. Dies konnte mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar zweifelsfrei nachgewiesen werden.

Schlussfolgerung

Das dem Freiburger Persönlichkeitsinventar beiliegende Handbuch enthält Informationen, durch die es korrekt angewendet und interpretiert werden kann. Die signifikant erhöhten Testwerte sind bei den Skalen Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Erregbarkeit, Aggressivität, körperliche Beschwerden, Gesundheits-sorgen, Extraversion und Emotionalität zu beobachten.

Schlüsselwörter: Persönlichkeit, Übertragung, Gegenübertragung, Freiburger Persönlichkeitsinventar, Osteopathie

1	Einleitung	12
1.1	Persönlicher Hintergrund und Motivation.....	12
1.2	Fragestellung.....	14
1.3	Osteopathische Relevanz	14
1.4	Kurzübersicht über die Studie	15
2	Theoretische Grundlagen.....	16
2.1	Überblick.....	16
2.2	Persönlichkeit und Charakter.....	16
2.2.1	Fehlende begriffliche Abgrenzung	16
2.2.2	Begriffsbestimmung der Persönlichkeit	17
2.2.2.1	Geschichtlicher Hintergrund	17
2.2.2.2	Psychoanalytisches Paradigma.....	18
2.2.2.3	Behavioristisches Paradigma	19
2.2.2.4	Eigenschaftsparadigma	19
2.2.2.5	Informationsverarbeitungsparadigma.....	19
2.2.2.6	Dynamisch-interaktionistisches Paradigma	20
2.2.3	Begriffsbestimmung des Charakters.....	20
2.2.3.1	Geschichtlicher Hintergrund	20
2.2.3.2	Charakterstile oder Charakterstrategien.....	21
2.3	Massenpsychologie und Persönlichkeitsentwicklung	27
2.3.1	Gültigkeit der Grundthesen	27
2.3.2	Einteilung der Massen.....	27
2.3.2.1	Ungleichartige Massen	27
2.3.2.2	Gleichartige Massen	28
2.3.2.3	Gefühle und Sittlichkeit der Massen.....	28
2.4	Traits und Habits.....	29
2.4.1	Zusammenhang mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar.....	29

2.4.2	Habits	30
2.4.3	Traits	30
2.5	Therapeutische Beziehung	32
2.6	Übertragung und Gegenübertragung	32
2.6.1	Bestehende Wechselbeziehung	32
2.6.2	Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Kontext	33
2.6.3	Übertragung und Gegenübertragung im körperpsychotherapeutischen Kontext	34
2.7	Neurobiologische Grundlagen	36
2.8	Psychologie in der osteopathischen Literatur	38
3	Methodologie	40
3.1	Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R	40
3.2	Konstruktionsprinzipien	41
3.2.1	Ziele des FPI-R	41
3.2.2	Strategien der Skalenkonstruktion	41
3.2.3	Repräsentativerhebung	42
3.3	Beschreibung der Skalen des FPI-R	42
3.3.1	Auswahl und Gestaltung der Skalen	42
3.3.2	FPI-R 1 – Lebenszufriedenheit	43
3.3.3	FPI-R 2 – Soziale Orientierung	44
3.3.4	FPI-R 3 – Leistungsorientierung	44
3.3.5	FPI-R 4 – Gehemmtheit	45
3.3.6	FPI-R 5 – Erregbarkeit	46
3.3.7	FPI-R 6 – Aggressivität	47
3.3.8	FPI-R 7 – Beanspruchung	48
3.3.9	FPI-R 8 – Körperliche Beschwerden	49
3.3.10	FPI-R 9 – Gesundheitssorgen	49

3.3.11 FPI-R 10 – Offenheit.....	50
3.3.12 FPI-R E – Extraversion	51
3.3.13 FPI-R N – Emotionalität.....	52
3.4 Testverlauf	53
3.4.1 Einschlusskriterien	53
3.4.2 Ausschlusskriterien	53
3.4.3 Kontaktaufnahme und Rekrutierung der Probanden	53
3.5 Beschreibung der statistischen Methoden.....	54
4 Ergebnisse.....	58
4.1 Deskriptive Statistik (Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum bzw. Häufigkeitsverteilung)	58
4.1.1 Erklärung der verwendeten Abkürzungen	58
4.1.2 Geschlecht	58
4.1.3 Altersverteilung.....	59
4.1.4 Schulabschluss	60
4.1.5 Familienstand	61
4.1.6 Berufstätigkeit	63
4.1.7 Berufsgruppe.....	64
4.2 Interpretation der Ergebnisse	66
4.2.1 Wahl der Darstellung	66
4.2.2 Einzelne Stanine-Werte	66
4.2.2.1 Lebenszufriedenheit.....	66
4.2.2.2 Soziale Orientierung.....	68
4.2.2.3 Leistungsorientierung	70
4.2.2.4 Gehemmtheit	72
4.2.2.5 Erregbarkeit	73
4.2.2.6 Aggressivität	75
4.2.2.7 Beanspruchung	76

4.2.2.8	Körperliche Beschwerden.....	77
4.2.2.9	Gesundheitssorgen.....	79
4.2.2.10	Offenheit	81
4.2.2.11	Extraversion	82
4.2.2.12	Emotionalität.....	84
4.3	Normalverteilungstests der 12 Rohwerte	86
4.3.1	Anmerkungen zur Signifikanz (Kottmann, 2009, s. p.)	86
4.3.2	Abweichung der 12 Messwerte von der Normalverteilung	87
4.3.3	Signifikanzen	88
5	Diskussion.....	89
5.1	Skalenvergleich	89
5.2	Lebenszufriedenheit	89
5.2.1	Interpretation und Verteilung hoher Testwerte	89
5.2.2	Osteopathische Relevanz des Skalenwertes	90
5.3	Soziale Orientierung	90
5.3.1	Interpretation und Verteilung hoher Testwerte	90
5.3.2	Osteopathische Relevanz des Skalenwertes	91
5.4	Erregbarkeit.....	92
5.4.1	Interpretation und Verteilung hoher Testwerte	92
5.4.2	Osteopathische Relevanz des Skalenwertes	93
5.5	Aggressivität.....	94
5.5.1	Interpretation und Verteilung hoher Testwerte	94
5.5.2	Osteopathische Relevanz des Skalenwertes	95
5.6	Körperliche Beschwerden.....	95
5.6.1	Interpretation und Verteilung hoher Testwerte	95
5.6.2	Osteopathische Relevanz des Skalenwertes	96
5.7	Gesundheitssorgen.....	97

5.7.1	Interpretation und Verteilung hoher Testwerte	97
5.7.2	Osteopathische Relevanz des Skalenwertes	97
5.8	Extraversion.....	98
5.8.1	Interpretation und Verteilung hoher Testwerte	98
5.8.2	Osteopathische Relevanz des Skalenwertes	98
5.9	Emotionalität.....	99
5.9.1	Interpretation und Verteilung hoher Testwerte	99
5.9.2	Osteopathische Relevanz des Skalenwertes	100
5.10	Allgemeine Betrachtungen.....	101
5.11	Ausblick.....	103
6	Zusammenfassung.....	104
7	Bibliographie	105
8	Anhang.....	111
8.1	Rundbrief	111
8.2	Fragebogen FPI-R.....	112
8.3	Statistische Rohwerte für das Freiburger Persönlichkeitsinventar.....	116
8.4	Normalverteilungstests der 12 Rohwerte (Kolmogorov-Smirnov-Test) ..	118
8.5	Vergleich der Messwerte vs. alters- und geschlechtsbezogene Normwerte	120
8.6	Verzeichnis der Abbildungen	121
8.7	Verzeichnis der Tabellen.....	122
9	Summary.....	I

1 Einleitung

1.1 Persönlicher Hintergrund und Motivation

Seit Beginn seiner therapeutischen Laufbahn ist der Urheber dieser Master Thesis bestrebt, sein Wissen ständig zu erweitern, um seiner Vorstellung von Ganzheitlichkeit in der Therapie gerecht werden zu können. Gleichzeitig stand und steht er den Lehrmeinungen der verschiedensten Therapien kritisch gegenüber, was ihn letztlich zu dieser Studie bewogen hat.

Die erste Ausbildung des Verfassers war die des Masseurs und medizinischen Bademeisters. Endlich im beruflichen Alltag angekommen, wurde ihm bewusst, dass er Patientenfragen bezüglich ihrer Beschwerden häufig nicht, aber in jedem Fall nicht ausreichend beantworten konnte. Dies war ihm ein unerträglicher Zustand. Viele Fortbildungen in den folgenden Jahren sollten das ändern.

Regelmäßig berichtete der Autor einem Freund, der ein erfahrener Psychologe und Körpertherapeut ist, von den Fortbildungen und diskutierte mit ihm die Wirkweisen der verschiedenen Therapien. So erläuterte der Autor zum Beispiel nach einem Kursblock in manueller Therapie die Anatomie und Biomechanik des Ellenbogens samt der neurophysiologischen Verbindungen und der daraus folgenden Therapie. Der Freund gab zu bedenken, dass Dinge, die zu Herzen gehen, auch die Arme „lähmen“ könnten, und ohne die liebevolle Hinwendung des Therapeuten sei die beste Technik von wenig Erfolg gekrönt. Das hielt der Autor damals für esoterischen Blödsinn und allenfalls für Wellness-Anwendungen zu gebrauchen, aber keineswegs würdig, in das Kalkül einer seriösen Therapie einbezogen zu werden.

Den Autor ließ der Gedanke jedoch nicht mehr los und er begann, sich selbst und andere Therapeuten genauer zu beobachten. Dabei fiel ihm auf, dass Therapeuten mit deutlich weniger Ausbildung trotzdem beachtlichen Erfolg hatten. Dazu befragte er wiederum seinen Freund und bekam zur Antwort, dass diese Leute durch ihre Persönlichkeit und die dadurch entstehende heilsame Beziehung ihren Patienten helfen. Diese Antwort empfand der Verfasser als höchst unbefriedigend.

Er setzte deshalb seine Suche nach der „idealen Therapie“ fort und begegnete während der Ausbildung zum Physiotherapeuten schließlich einigen Osteopathen. Sie erzählten, dass diese Methode ganzheitlich ist und Körper, Geist und Seele des Patienten mitbehandelt. Das ergab Sinn, und der Autor begann, Osteopathie zu studieren. Endlich würde es ihm möglich sein, den ganzen Menschen zu behandeln, glaubte er.

Die Antwort auf die Frage zum Umgang mit den seelischen Anteilen bleibt ihm die Osteopathie bis heute schuldig. Die konnte beim Studium der Hakomi-Therapie, einer erfahrungsorientierten Körperpsychotherapie, beantwortet werden. Dort wird mit Körperkontakt gearbeitet, um den Körper zu unterstützen, damit tieferliegende seelische Barrieren Raum bekommen und ins Bewusstsein gelangen können. Äußerst interessant war, dass vor allem fasziale Techniken der Osteopathie und einige Abnehmetechniken der Körperpsychotherapie (die nähere Erläuterung dieser Techniken ist für die Studie nicht relevant) von der Handhaltung identisch sind. Lediglich die Herangehensweise ist eine andere.

In dieser psychotherapeutischen Ausbildung wurde deutlich, wie stark die Übertragung und die daraus resultierende Gegenübertragung die therapeutische Beziehung stören kann. Es bedeutet, dass bestimmte psychische Muster, sowohl aufseiten des Therapeuten als auch aufseiten des Patienten, Abwehrverhalten beim Gegenüber auslösen können. In der Umgangssprache wird gesagt, dass die Chemie zwischen zwei Personen nicht stimmt. Dies kann die Behandlung erheblich stören oder bindet zumindest einen Teil der Aufmerksamkeit des Therapeuten, was ihn daran hindert, sein therapeutisches Potenzial voll zu entfalten.

Diese Erkenntnis hat den Verfasser zum Thema der vorliegenden Studie inspiriert. Für eine Master Thesis ist es zu umfangreich und zu aufwendig, die komplexen Übertragungsmechanismen zu untersuchen. Jedoch ergab sich die folgende, viel grundlegendere Fragestellung.

1.2 Fragestellung

„Hat der Osteopath einen bestimmten Persönlichkeitstypus?“

Die vorliegende Studie versucht die Frage zu beantworten, ob der Osteopath einen bestimmten Persönlichkeitstypus hat, und wenn ja, welchen.

1.3 Osteopathische Relevanz

Die osteopathische Relevanz der Studie ist mehrschichtig. Sollte sich herausstellen, dass Osteopathen bestimmte Persönlichkeitseigenschaften besitzen, wäre dies hilfreich für Personen, die mit dem Gedanken spielen, Osteopathie zu studieren. Sie könnten das Ergebnis als Erweiterung des Anforderungsprofils nutzen.

Fertig ausgebildeten Therapeuten kann die Studie Aufschluss darüber geben, durch welche Persönlichkeitsmerkmale des Patienten er besonders angreifbar ist. Umgekehrt weiß der Therapeut, bei welchen Patienten er aufgrund seiner eigenen Persönlichkeitsstruktur besonders sensibel vorgehen muss. An dieser Stelle sei einschränkend darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Studie nur als Tendenz betrachtet werden können. Die individuelle Persönlichkeitsstruktur kann ein Therapeut nur durch eigene psychotherapeutische Supervision herausfinden.

Sollte die Studie signifikante Ergebnisse hervorbringen, wäre das Anlass, psychotherapeutische Aspekte in die osteopathische Ausbildung einfließen zu lassen. Besonders die Erkenntnisse der Körperpsychotherapie und der Tiefenpsychologie sind dann von Interesse. Die Osteopathie ist eine körperbezogene Therapie, weshalb die Erkenntnisse von Übertragung und Gegenübertragung aus der Psychotherapie von großem Nutzen sein können, um das Behandlungsspektrum zu erweitern und die Effizienz der Behandlung zu verbessern.

1.4 Kurzübersicht über die Studie

Diese Studie ist eine Kohortenstudie. Die Ergebnisse hat der Verfasser mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar von JOCHEN FAHRENBURG in der revidierten Fassung (FPI-R) von 1996 ermittelt. Das FPI-R ist ein Fragebogen mit 138 geschlossenen Fragen, was bedeutet, dass diese nur mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können. Die Skalen des Tests sind nicht aus dem weiten und schwer zu überschauenden Gesamtsystem der Persönlichkeit abgeleitet, sondern aus den theoretischen Interessen seiner Autoren an bestimmten Persönlichkeitseigenschaften entstanden. Alle Persönlichkeitseigenschaften sind im Manual, spezifisch für diesen Test, definiert.

In der Studie wurden 104 Osteopathinnen und Osteopathen befragt.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Überblick

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen geschaffen, die zum Verständnis der Studie und der späteren Diskussion notwendig sind.

Zunächst erfolgt eine Übersicht über die verschiedenen Persönlichkeits- und Charaktertheorien, wovon die wichtigsten erörtert werden.

Im Anschluss daran wird der Begriff der Beziehung definiert, um anhand dessen den Einfluss von verschiedenen Persönlichkeits- und Charaktertypen aufzuzeigen.

Darauf folgend werden einige Aspekte erörtert, welche mit Persönlichkeit und Beziehung im Zusammenhang stehen.

Anschließend wird untersucht, welchen Stellenwert die Psychologie in der Osteopathie und in anderen Körpertherapien hat und wie sie in die jeweilige Disziplin integriert wird.

Zum Schluss wird noch der Nutzen dieser Studie für die Osteopathie thematisiert.

2.2 Persönlichkeit und Charakter

2.2.1 Fehlende begriffliche Abgrenzung

Dieser Abschnitt behandelt das Thema des Charakters und der Persönlichkeit und stellt einige wichtige Theorien vor. Die beiden Begriffe werden im Alltag häufig für ein und dasselbe verwendet. Auch in der psychologischen Literatur ist keine klare Abgrenzung zu finden. In den siebziger Jahren ist in Herders Lexikon der Psychologie noch von einem Durcheinander der verschiedenen Persönlichkeits-theorien mit wenig Übereinstimmung von Daten und Definition zu lesen (VERNON, P. E. et al., 2007, 1578 ff.). Dieselben Autoren schreiben, dass jeder Psychologe die beiden Ausdrücke verwendet, ohne genau zu wissen, was sie bedeuten.

Beim Auswerten der Literatur war zu erkennen, dass die Persönlichkeitspsychologen erwartungsgemäß vorwiegend den Begriff der Persönlichkeit verwenden und die Körperpsychotherapeuten den des Charakters. Jede einzelne Theorie besitzt jedoch ihre eigene Definition der beiden Begriffe, worauf im Folgenden näher eingegangen wird (VERNON, P. E. et al., 2007, 1578 ff.; PERVIN, L. A. et al., 2005, 30 f.; AMELANG, M. und BARTUSSEK, D., 2001, 2 f.; LERSCH, PH. und THOMAE, H., 1960, 4; ASENDORPF, J. B., 2007, 2 f.; WEISS, H., 2006a, 935).

Im Folgenden gibt der Verfasser einen Überblick über verschiedene Persönlichkeits- und Charaktertheorien und führt die theoretischen Hintergründe, auf welche er sich in der Diskussion (Kapitel 5) bezieht, näher aus. Die Persönlichkeitspsychologie ist ein sehr umfassendes Thema und stellt im Psychologiestudium einen eigenen Studienzweig dar. Aus diesem Grund kann im Rahmen dieser Studie nur ein Einblick gewährt werden.

2.2.2 Begriffsbestimmung der Persönlichkeit

2.2.2.1 Geschichtlicher Hintergrund

Der Begriff der Persönlichkeit entstammt dem lateinischen Wort „persona“, das ursprünglich „Maske des Schauspielers“ bedeutete: Der Schauspieler konnte durch diese Maske einen bestimmten Charakter im Drama darstellen. Das Wort „person(e)“ bezeichnete im Mittelhochdeutschen den Menschen als Individuum, als lebendes Wesen und Träger bestimmter Eigenschaften (PFEIFER, W., 2003, 991). Die Etymologie des Wortes ist allerdings umstritten. RÖHRICH (2003, 1150) schreibt den Ursprung eher dem lateinischen „per“ und „sonare“ mit der Bedeutung „hindurchklingen“ zu.

Personen werden – anders als Gegenstände wie z. B. Steine oder Stäbe – als Subjekte und nicht als Objekte betrachtet. Das wirft die Frage auf, wodurch sie sich von anderen belebten und unbelebten Körpern unterscheiden und wie jemand identifiziert und re-identifiziert werden kann. Wie kann jemand seine personale Identität bewahren, d. h. trotz physischer und psychischer Veränderungen

derselbe bleiben? Diese Frage regte zu verschiedenen Persönlichkeitstheorien an, von denen im Folgenden einige wichtige kurz vorgestellt werden. Der nachfolgende Abschnitt soll nur einen Einblick in die Komplexität der Persönlichkeitstheorien gewähren und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Theorien sind ursprünglich aus der Alltagspsychologie entstanden, indem Unterschiede zwischen den verschiedenen Menschen beobachtet und beschrieben wurden. Heute wird die Alltagspsychologie als „naive Persönlichkeitstheorie“ bezeichnet. Diese individuellen Besonderheiten sind allerdings nicht präzise definiert, methodisch rigide ermittelt und beobachtbar. Sie sind praktisch für Vorausagen und Erklärungen im Alltag, aber unzureichend als psychologische Theorie (VAAS, R., 2001, 53). Daraus hat sich die Persönlichkeitspsychologie als Wissenschaft entwickelt.

Die Persönlichkeitspsychologie ist die empirische Wissenschaft von den überdauernden, nichtpathologischen, verhaltensrelevanten, individuellen Besonderheiten von Menschen einer bestimmten Population. Sie beschäftigt sich mit Normalvarianten der Persönlichkeit einschließlich verhaltensrelevanter genetischer und neuronaler Besonderheiten (ASENDORPF, J. B., 2007, 10 f.). Mit der Zeit haben sich verschiedene Paradigmen der Persönlichkeitspsychologie entwickelt, die sich in ihrer Entwicklung gegenseitig beeinflusst haben und zum Teil aufeinander aufbauen. Unter einem Wissenschaftsparadigma versteht man ein einigermaßen kohärentes, von vielen Wissenschaftlern geteiltes Bündel aus theoretischen Leitsätzen, Fragestellungen und Methoden, das längere historische Perioden in der Entwicklung einer Wissenschaft überdauert (ASENDORPF, J. B., 2007, 15).

2.2.2.2 Psychoanalytisches Paradigma

Dieses Paradigma geht auf Sigmund Freud zurück, der die Psychoanalyse begründete, die einerseits der Versuch war, eine umfassende Theorie des menschlichen Seelenlebens zu entwickeln, andererseits bis dato eine bestimmte psychotherapeutische Technik ist. Nach FREUDS Auffassung geht es um die Instanzen Ich, Es und Über-Ich, die bewusst, un- oder vorbewusst beeinflusst werden. Er

postuliert eine Charakterformung in der frühen Kindheit, die er als orale, anale und phallische Phase bezeichnet. Er stellt vor allem auf eine Triebdynamik und zahlreiche psychische Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verschiebung, Projektion usw. ab. Von dieser Auffassung grenzten sich zahllose Psychoanalytiker ab, woraus sich eigenständige Strömungen entwickelten (VAAS, R., 2001, 54; ASENDORPF, J. B., 2007, 16).

2.2.2.3 Behavioristisches Paradigma

Dieses Paradigma wurde maßgeblich von Watson, Pawlow und Skinner begründet, die das Reiz-Reaktionsverhalten in den Vordergrund stellten, etwa die Konditionierung und das Nachahmungsverhalten. Sie betonen die prägende Rolle der Umwelt, ignorieren aber die genetische Prädisposition und den Einfluss der Persönlichkeitsdisposition auf den Lernprozess (VAAS, R., 2001, 54; ASENDORPF, J. B., 2007, 29).

2.2.2.4 Eigenschaftsparadigma

Weitgehend unabhängig von den oben erwähnten Paradigmen, maßgeblich durch Stern und Allport beeinflusst, entstand das Eigenschaftsparadigma. Es entwickelte sich aus der naiven Persönlichkeitspsychologie und geht davon aus, dass Eigenschaften stabile Beziehungen zwischen den Aktionen und den Reaktionen einer Person erzeugen (VAAS, R., 2001, 54; ASENDORPF, J. B., 2007, 36).

2.2.2.5 Informationsverarbeitungsparadigma

In diesem Paradigma wird angenommen, dass menschliches Verhalten und Erleben auf der Informationsübertragung des Nervensystems beruht, welches über Rezeptoren Reize aus der Umwelt und dem eigenen Körper empfängt. Es kann Informationen umwandeln, die unter anderem verantwortlich für bewusstes Erleben sind, und Informationen auf die Umwelt über motorische Aktivitäten übertragen (VAAS, R., 2001, 54; ASENDORPF, J. B., 2007, 64).

2.2.2.6 Dynamisch-interaktionistisches Paradigma

In diesem Modell von Bronfenbrenner ist die Umwelt einer Person wie eine Zwiebel in verschiedene Schalen gegliedert. Sie werden in Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosysteme unterschieden. Umwelteinflüsse können indirekt von allen Schalen auf die Person einwirken, jedoch werden sie durch die dazwischenliegenden Schalen vermittelt. Persönlichkeitseigenschaften gelten mittelfristig als stabil, langfristig aber als instabil. Das Modell untersucht Korrelationen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Umwelteinflüssen, um kausale Beziehungen herauszufinden (VAAS, R., 2001, 54; ASENDORPF, J. B., 2007, 97).

Diese psychodynamische Betrachtungsweise wurde von u. a. von LOWEN (2007) um die körperliche Dimension erweitert. Er ist der Meinung, dass das Individuum durch den Körper seine Umwelt wahrnimmt und Erlebnisse körperlich verarbeitet (BÜNTIG, W., 1999, 347). Diese Betrachtungsweise wird im allgemeinen als Körperpsychotherapie bezeichnet. Nach Meinung des Verfassers ist diese von allen psychotherapeutischen Disziplinen der Osteopathie am nächsten, weshalb unten in Kapitel 2.6.3 noch näher darauf eingegangen wird.

2.2.3 Begriffsbestimmung des Charakters

2.2.3.1 Geschichtlicher Hintergrund

Der Begriff „Charakter“ ist vom griechischen Wort „charakter“ und aus dem Lateinischen „character“ abgeleitet, was Prägung oder Kennzeichen bedeutet (HANSER, H., 2001, Bd. 1, 243; PFEIFER, W., 2003, 191). Weitere Bedeutungen der Begriffe sind: Werkzeug zum Graben, Gravieren eingeritzter Buchstaben, körperliche und sprachliche Eigenart. Im Lateinischen wurde auch das eingebrannte Erkennungsmerkmal der Tiere und Sklaven so bezeichnet.

Im Spätmittelhochdeutschen wurde das Wort „karacter“ für Buchstabe, Zauberschrift und Merkmal verwendet (PFEIFER, W., 2003, 190). Seit der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts wird „Charakter“ in zunehmendem Maße für die Gesamtheit der

Wesenszüge, also das Eingeprägte an psychischen und geistigen Eigenarten des Menschen verwendet. Um diese Zeit wurde „Charakter“ auch gebraucht, um Sachobjekte mit einem Zeichen oder Merkmal zu versehen (PFEIFER, W., 2003, 191).

Der früher in der Psychologie im kontinentaleuropäischen Bereich verwendete Begriff „character“ drückt das strukturelle Gefüge ererbter und erworbener Eigenschaften aus. Er beschreibt das stetig gezeigte, individuelle Verhaltensmuster eines Menschen.

Die Grundzüge einer Charakterdiagnostik versucht die Charakterkunde oder Charakterlehre zu erarbeiten. Die Begriffe Charakter und Persönlichkeit werden in der Literatur häufig synonym verwendet. Umgangssprachlich werden sie oft auch mit dem Temperament gleichgesetzt. Das beschreibt im engeren Sinne die physiologischen und konstitutionellen Grundlagen der Persönlichkeit. Sie sind die erblich bedingten und zeitlich relativ stabilen Eigenschaften einer Person. Auch diese Definition variiert zwischen den verschiedenen Fachrichtungen (HANSER, H., 2001, Bd. 1, 243). Wesentlich für den Charakterbegriff ist, dass er nicht elementebezogen, sondern nur als Ganzheit gefasst werden kann. Deshalb ist der Charakter eine unteilbare individuelle Eigenart der Person. Er stellt sich in bestimmten Erlebniswelten dar, die sich ganzheitlich ordnen, dem Wandel unterworfen sind, im Wesen aber beharren. Der Charakter ist die Prägung der Person und eine wichtige Stufe der Persönlichkeitsentfaltung (ARNOLD, W. et al., 2007, 312).

2.2.3.2 Charakterstile oder Charakterstrategien

2.2.3.2.1 Lehrmeinung des Hakomi-Institutes

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Charakterstrategien besprochen, weil sie in der Körperpsychotherapie üblich sind und der Verfasser sich später in der Diskussion darauf beziehen wird. Die Begriffe Charakterstil und Charakterstrategie sind Synonyme.

Der folgenden Beschreibung der Charakterstile liegt die Lehrmeinung des Hakomi-Institutes (2005) zu Grunde, welche die Meinung des Verfassers widerspiegelt (WEISS, H., 2006b, s. p.; GÜNTHER, U., 2007, s. p.).

2.2.3.2.2 Schizoider Charakterstil

Dieser Stil ist der früheste und entwickelt sich vor der und um die Geburt oder in den ersten Monaten, wenn das Kind von seinen ersten Bezugspersonen Ablehnung und Hass erfährt.

Auslöser können auch Angstgefühle sein, die unmittelbar körperlich empfunden werden, z. B. zu laut, zu kalt, zu heiß etc. Auch durch Todesangst der Bezugspersonen, z. B. Krieg, Flucht, Unfall oder psychische Erkrankungen der Eltern, kann das Kind eine Erfahrung von bedrohlich erlebter, nicht veränderbarer Welt machen, was eine schizoide Überlebensstrategie entstehen lässt. Es schneidet sich von seinen Gefühlen, besonders der Angst, und seinem Leib ab und flüchtet sich in eine Welt der Gedanken und Fantasie.

Der Körper ist zusammengezogen und fragmentiert mit erhöhtem Muskeltonus. Sinne und Selbstwahrnehmung sind unterbrochen; oft groß und schmal; eckige Bewegungen. Es besteht eher Scheu vor engen Beziehungen und Kontakten. Sicherheit scheint es nur im Alleinsein zu geben. Dieser Stil ist meist am Rückzug und einer scheinbar kalten Ausstrahlung erkennbar.

Bei körperlicher Berührung ist viel gehaltene Angst, manchmal sogar Horror spürbar. Dieser Alarmzustand und die daraus resultierende hohe Mobilisierung kann den palpatorischen Befund verfälschen.

Stärken sind die große Fähigkeit zur feinen Beobachtung, Objektivität und analytisches Denken, oft auch hohe Sensitivität, starke künstlerische, erfinderische und mentale Kreativität.

In der Behandlung können diese Patienten sehr detailliert über ihre Beschwerden erzählen.

2.2.3.2.3 *Oraler Charakterstil*

Dieser Stil entsteht meist in sehr früher Kindheit und wird durch einen chronischen Mangel an richtiger fürsorglicher Umgebung (Zuwendung, Kontakt, Berührung, Halten etc.) geprägt. Ein Mensch dieses Stils erlebt die Welt als Ort der Entbehrung, was sowohl durch fehlende als auch durch zu viel Nähe entstehen kann. Daraufhin schneidet er sich von der Ebene des Brauchens ab und wird im Prinzip unnahbar. Er fühlt sich bedürftig, wie ein Fass ohne Boden. Diesen Stil kann man sich durch ein aus dem Nest gefallenes Vögelchen verbildlichen.

Er ist körperlich leicht ermüdbar mit geringem Muskeltonus. Der Oberkörper ist zusammengesunken, er hat ein Hohlkreuz und durchgedrückte Beine. Sein Blick ist Hilfe suchend, oft traurig.

Menschen dieses Stils erleben die Welt als einen Ort des Mangels, und somit ist es für sie sinnvoll, sich schwach, bedürftig und kindlich zu verhalten, um Unterstützung und Zuwendung zu bekommen. Sie haben leichten Zugang zu ihren Emotionen und besitzen ein gewinnendes Wesen.

In der Therapie fallen diese Patienten dadurch auf, dass sie sich erst an die therapeutische Berührung gewöhnen müssen, weil sie diese Art der Zuwendung nicht in ihr System integrieren können. Am Ende der Behandlung möchten sie dann immer noch einen Nachschlag haben.

2.2.3.2.4 *Kompensiert oraler Charakterstil*

Die Ursprünge sind die Gleichen wie beim oralen Stil, jedoch hat sich dieser Mensch von dem Gedanken verabschiedet, andere zu brauchen. Er ist der Überzeugung, dass man alles alleine machen muss, ohne Unterstützung von außen. Diese Menschen führen privat ein zum Teil isoliertes Leben (allein lebend, allein reisend, allein zu Abend essend etc.), sind im Gegensatz dazu aber sozial engagiert. Man könnte sie auch als „Helfer“ und „Kümmerer“ bezeichnen, die anderen oft genau das gerne geben, was ihnen selbst auch gut täte.

Der Körper ist kraftvoll aufgerichtet und hat teilweise Bein- und Beckenhaltungen wie bei Menschen des oralen Stils. Sie sind aktiv und ausdauernd.

Diese Menschen haben meist eine große Leistungsbereitschaft und Autonomie. Sie sind wegen ihrer Bereitschaft zu geben häufig in therapeutischen und sozialen Berufen zu finden.

Patienten mit diesem Stil sind sehr um das Wohlergehen des Therapeuten besorgt.

2.2.3.2.5 Masochistischer Charakterstil

Die Ursprünge dieses Charakterprozesses liegen in einer Zeit, in der das Kind lernt, sich selbst zu behaupten und sich gegenüber der Welt abzugrenzen, indem es lustvoll „nein“ sagt. Das Kind beginnt neugierig die Welt zu entdecken.

Wenn die Grenzen, welche die Eltern setzen, nicht vor allem der Orientierung oder dem Schutz dienen, sondern mit moralisierendem Druck erfolgen, steht das Kind vor einem Dilemma: „Wenn ich tue, was ich will, verliere ich dich, und wenn ich tue, was du willst, dann verliere ich mich“. Das Kind verlagert jetzt das „nein“ nach innen, um die Beziehung nicht zu verlieren, und macht somit die Erfahrung, dass es sinnvoll ist auszuhalten, um zu bestehen.

Im Körper drückt sich eine große Kraft und Ausdauer, aber auch festgehaltene Energie aus. Die Körperhaltung erinnert manchmal an eine Schildkröte.

Menschen dieses Stils sind sehr loyale Freunde und Kollegen, oft mit viel Sinn für Humor.

2.2.3.2.6 Psychopathische Charakterstile

Die beiden psychopathischen Charakterstile haben ihren Ursprung ab dem zweiten bis vierten Lebensjahr, wenn authentische Gefühle wie Angst und Traurigkeit nicht ernst genommen oder sogar verlacht werden. Menschen beider Stile lernen,

ihre eigenen Ängste und wahren Gefühle zu verbergen, nehmen aber unterschiedliche Strategien zu Hilfe.

Psychopathischer Stil 1

Menschen mit diesem psychopathischen Anteil machen sich stärker und wichtiger, als sie sich wirklich fühlen, und verlieren dadurch allmählich den Kontakt zu ihren wahren Gefühlen. Sie kennen nur ein „oben“ oder „unten“ und befinden sich in dem Dilemma, immer oben sein zu müssen.

Der Körper ist nach oben hin mobilisiert und wirkt etwas aufgeblasen. Die Beine und der untere Körperteil sind verhältnismäßig schwächlich.

Die Stärken von Menschen dieses Charakterstils, Führung zu übernehmen, kann in der Therapie zu Konflikten führen, weil sie dies in der Therapie auch versuchen werden.

Psychopathischer Stil 2

Menschen dieses Stils haben gelernt, sich so zu zeigen, wie es erforderlich scheint, um geliebt zu werden. Sie manipulieren andere, um zu bekommen, was sie selbst brauchen. Dadurch geht der Kontakt zum authentischen und wahren Selbst mit der Zeit verloren.

Ihr Körper ist flexibel und geschmeidig. Die Spannung liegt tief unter der weichen Oberflächenmuskulatur.

Durch die ausgeprägte Fähigkeit, sich auf andere einzustellen, fällt es diesen Menschen vordergründig leicht, Beziehungen aufzubauen. In der Therapie werden sie versuchen, ein guter Patient zu sein, was es schwer macht, das Kernproblem zu erkennen.

2.2.3.2.7 Rigide Charakterstile

Diese Charakterprozesse prägen sich ab dem fünften bis sechsten Lebensjahr, wenn das Kind lernt, dass es keine bedingungslose Liebe in der Welt gibt. So ver-

sucht es durch Handlungen, Aufmerksamkeit und Zuneigung zu bekommen. Auch hier haben sich zwei unterschiedliche Strategien entwickelt.

Hysterischer Stil

Menschen dieses Stils haben die Erfahrung gemacht, dass es nötig ist, die eigenen Ereignisse und Gefühle zu dramatisieren und zu übersteigern, um Aufmerksamkeit von anderen zu bekommen. Jede Trennung von für sie wichtigen Personen wäre ein Drama, und dies gilt es unbedingt zu verhindern.

Der Körper hat viel Energie und der Thorax ist geschützt.

Menschen mit diesem Charakterbild haben leichten Zugang zu Emotionen und nicht selten eine mediale Veranlagung.

Phallischer Stil

Personen mit dem phallischen Charakterprozess sind zur Überzeugung gekommen, für Aufmerksamkeit und Anerkennung hart arbeiten zu müssen. Sie setzen sich Ziele, von denen sie sich durch nichts ablenken lassen, und retten sich durch ihre Rastlosigkeit in die Handlung.

Der Körper dieser Menschen ist aufgerichtet und weist einen hohen Tonus auf.

Diese Personen sind überfokussiert und rational, aber auch sehr gewissenhaft und zuverlässig.

2.2.3.2.8 Schlussbemerkung

Abschließend möchte der Verfasser noch einmal betonen, dass jeder Mensch alle Charakterstile in sich trägt. Jeder wird in diese Welt geboren, und sie formt sich nicht um den Einzelnen, weshalb jeder Konflikte erlebt, zu deren Bewältigung er sich verschiedener Charakterstrategien bedienen muss. Aus diesem Grund sind die Charakterstile in Dominanz und Kombination individuell.

2.3 Massenpsychologie und Persönlichkeitsentwicklung

2.3.1 Gültigkeit der Grundthesen

Dieser Abschnitt geht der Frage nach, welchen Einfluss die Massenpsychologie auf die Persönlichkeit hat. Die Berufsgruppe der Osteopathen könnte durchaus als Masse bezeichnet werden und somit die Persönlichkeit des Einzelnen beeinflussen. Als Grundlage wirkt LE BONS Buch „Psychologie der Massen“, basierend auf dem Text der Ausgabe von 1911 (LE BON, G., 2009). Er begründete die Massenpsychologie, deren Grundthesen heute noch vertreten werden, weil Massenphänomene im großen Stil sehr schwer bis unmöglich wissenschaftlich zu überprüfen sind (ARNOLD, W. et al., 2007, 1322). Das Werk ist historisch vor der wissenschaftlichen Forschung der Persönlichkeits- und Charakterpsychologie entstanden.

2.3.2 Einteilung der Massen

2.3.2.1 Ungleichartige Massen

2.3.2.1.1 *Namenlose Massen*

Als namenlose Massen werden Menschenansammlungen jeglicher Art bezeichnet, bei denen sich Menschen unterschiedlichster Herkunft, gesellschaftlicher Schicht und Nationalität zusammenfinden.

2.3.2.1.2 *Nicht namenlose Massen*

Der Begriff umfasst zum Beispiel die Teilnehmer eines Geschworenengerichtes, Parlaments und beratender Ausschüsse, die im Einzelnen namentlich benannt sind.

2.3.2.2 Gleichartige Massen

2.3.2.2.1 Sekten

In der Organisation gleichartiger Massen bezeichnet die Sekte den ersten Grad. Zu ihr gehören Einzelne, die oft verschiedene Berufe ausüben, unterschiedliche Erziehung genossen haben und aus voneinander abweichenden Milieus stammen und die nur durch das Band der Überzeugung miteinander verbunden sind.

2.3.2.2.2 Kasten

Die Kaste stellt den höchsten Organisationsgrad dar, dessen die Masse fähig ist. Zur Kaste gehören nur Einzelne von gleichem Beruf, folglich auch ziemlich ähnlicher Bildung und ähnlichen Lebensverhältnissen. LE BON (2009) nennt hier z. B. die militärische und die Priesterkaste, jedoch könnte man hier durchaus auch die Berufsgruppe der Osteopathen ansiedeln.

2.3.2.2.3 Klassen

Zur Klasse gehören Menschen verschiedenen Ursprungs, die weder Mitglieder einer Sekte sind noch den gleichen Beruf haben. Sie sind durch bestimmte Interessen, Lebensgewohnheiten und Erziehung einander ähnlich, etwa die Klasse der Bürger und Bauern etc. (LE BON, G., 2009, 146 ff.).

2.3.2.3 Gefühle und Sittlichkeit der Massen

LE BON vertritt die Auffassung, dass der Einzelne in der Masse zum Spielball aller äußeren Reize wird. Er wird dabei triebhaft, reizbar und unfähig zum logischen Denken. Er legt überschwängliche Gefühle an den Tag, wie es bei Kindern und geistig einfach strukturierten Menschen der Fall ist (LE BON, G., 2009, 40). Dadurch ist die Masse übermäßig beeinflussbar, woraus sich die blitzschnelle Ausrichtung der Gefühle in einem bestimmten Sinne erklärt (LE BON, G., 2009, 43). Für diesen Umstand macht er die Massenseele verantwortlich. Sie ist eine Art Ge-

meinschaftsseele, die durch den bloßen Umstand der Umformung zu einer Masse entsteht. Dabei ist es unwesentlich, wie ähnlich oder unähnlich Lebensweise, Beschäftigung, Charakter oder Intelligenz des Einzelnen ist (LE BON, G., 2009, 32). Die Hauptmerkmale des Einzelnen in der Masse sind das Schwinden der bewussten Persönlichkeit, Vorherrschaft des unbewussten Wesens, Leitung der Gedanken und Gefühle durch Beeinflussung und Übertragung in der gleichen Richtung sowie die Neigung zu unverzüglicher Wirklichkeit der eingeflöbten Ideen (LE BON, G., 2009, 37).

Diese Thesen sind möglicherweise relevant, wenn es um bestimmte Behandlungsweisen oder verschiedene Strömungen in der Osteopathie geht, was jedoch nicht Gegenstand dieser Studie ist. In der vorliegenden Studie wird mittels Fragebogen die Persönlichkeit des Einzelnen untersucht. Die Probanden sind folglich keiner Massendynamik ausgesetzt, welche, wie oben ausgeführt, die bewusste Persönlichkeit des Einzelnen schwinden lässt. Aspekte der Massenpsychologie sind für diese Studie somit nicht relevant.

2.4 Traits und Habits

2.4.1 Zusammenhang mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar

In diesem Abschnitt werden die Begriffe *Traits* und *Habits* erklärt und die Unterschiede zwischen beiden herausgearbeitet, da dies für das bessere Verständnis dieser Studie wichtig ist. Der für diese Studie verwendete Test, das Freiburger Persönlichkeitsinventar, bezieht sich auf die Traits der Testpersonen. Ihnen wird der Begriff der Habits gegenübergestellt und erläutert. Die einzelnen Dispositionseigenschaften mit ihren spezifischen Facetten sind im Kapitel 3 über die Methodologie nachzulesen.

Alle Informationen dieses Abschnitts sind einem Standardwerk der Psychologie von AMELANG und BARTUSSEK entnommen (AMELANG, M. und BARTUSSEK, D., 2001, 46 ff.); im Verlaufe dieses Kapitels wird das Werk deshalb nicht noch einmal als Quelle angegeben.

2.4.2 Habits

Das Wort *Habits* bedeutet Gewohnheiten, die der zentrale Untersuchungsgegenstand des Behaviorismus sind. Um bei Untersuchungen eine möglichst große Objektivität der gewonnenen Beobachtungsdaten zu erzielen, sollten nur solche Effekte und Prozesse akzeptiert werden, die mithilfe von Apparaten und deshalb in gewisser Weise unabhängig von der Person des Untersuchungsleiters zu beobachten sind. Untersucht werden die Reaktionen der Sinnesorgane, Muskeln und Drüsen auf externe Reize, also die angeborenen und artspezifischen Reaktionen, die Reflexe. Jeder Organismus verfügt über eine Vielzahl derartiger Schaltungen, die je nach Häufigkeit der Verknüpfungsstellen als mono- oder polysynaptische Reflexe bezeichnet werden. Als wohl bekanntestes Beispiel sind hier die Forschungen des russischen Physiologen Pawlow anzuführen, der die Beobachtung machte, dass Hunde beim Anblick von Futter mit der unwillkürlichen Reaktion des Speichelflusses reagierten. Diese Reaktion konnte auf andersartige Reize, z. B. Klingel- oder Glockentöne etc., übertragen werden, wenn sie wiederholt zeitgleich mit der Futtergabe kombiniert wurden.

Als Habits oder Gewohnheiten werden alle gelernten Verbindungen zwischen Reizen oder Reizmustern und irgendwelchen Reaktionen bezeichnet.

Dem gegenüber stehen die Traits, die im folgenden Abschnitt erklärt werden.

2.4.3 Traits

Als *Traits* oder Dispositionseigenschaften werden bestimmte psychische Eigenarten eines Menschen beschrieben, in denen er sich von seinen Mitmenschen unterscheidet. Dazu werden Attribute wie intelligent, faul, hilfsbereit, umweltbewusst, egoistisch, kleinkariert etc. herangezogen, die Eigenschaften unterstellen, denen ein interindividuell variierendes Verhalten in verschiedenen Situationen folgt.

Wenn wir jemanden als hilfsbereit bezeichnen, so begründet sich dies auf kürzlich gemachte Beobachtungen, etwa diejenigen, dass der Betreffende unlängst einer

alten Dame über die Straße half, mit seinem Sohn die Hausaufgaben durchsprach oder für seinen Verein ehrenamtliche Tätigkeiten verrichtete. Damit wird gleichzeitig die Erwartung verbunden, dass die als hilfsbereit bezeichnete Person auch in Zukunft unter geeigneten Umständen Verhaltensweisen an den Tag legt, die die Eigenschaft „hilfsbereit“ erfüllen.

Hilfsbereitschaft als solche ist als Eigenschaft ebenso wenig beobachtbar wie etwa Faulheit oder Trunksucht. Das Wissen über bestimmte Verhaltensweisen bezieht sich vielmehr auf die Handlungsbereitschaften, die sich der Beobachtung selbst entziehen. Die Dispositionseigenschaften sind von allgemeinerer Art als die Habits, dennoch ist die Abgrenzung im Einzelfall oft schwierig, da es Eigenschaftskonzepte von sehr unterschiedlicher Breite gibt.

Die Definition der Dispositionseigenschaften reicht von „relativ breite und stabile Disposition zu bestimmten Verhaltensweisen, die konsistent in verschiedenen Situationen auftreten“ über „der Eigenschaftsbegriff [bezieht] sich auf stilistische Konsistenzen im zwischenmenschlichen Verhalten“ bis „in seiner einfachsten Bedeutung bezieht sich der Begriff Eigenschaft auf konsistente Unterschiede im Verhalten oder in Charakteristiken von zwei oder mehreren Personen“ (AMELANG, M. und BARTUSSEK, D., 2001, 46 ff.).

Wie auch immer die genaue Definition formuliert werden mag, folgen Dispositionsprädikate doch immer zwei wichtigen Prinzipien:

„1. Die Zusammenfassung vieler und verschiedener Verhaltensweisen in gemeinsamen Kategorien (den Traits) gewährleistet Ökonomie und führt deshalb zu einer Entlastung unserer informationsverarbeitenden Systeme. Würden sich die Mitmenschen und die differentielle Psychologie nur mit den einzelnen Verhaltensweisen beschäftigen, ergäben sich beträchtliche Probleme daraus, der ungeheuren Fülle von Einzelbeobachtungen gerecht zu werden.

2. Bedeutender noch ist die Aussicht, gestützt auf eigenschaftstheoretische Feststellungen und den in ihnen enthaltenen Bedeutungsüberschuss Vorhersagen für solche Situationen machen zu können, für die bislang keine Beobachtungsgelegenheiten bestanden haben.“

Angesichts des oben gewählten Beispiels der Hilfsbereitschaft würde man einer mit dieser Eigenschaft belegten Person prognostizieren, dass sie auch einen liegengebliebenen Kraftfahrer abschleppt.

2.5 Therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung kann im Allgemeinen als der erste Kontakt zwischen Therapeut und Patient und der sich daraus ergebenden Interaktionen bezeichnet werden. Sie eröffnet den Raum für nonverbale und unbewusste Kommunikationshandlungen, was man auch als Resonanz oder Interferenz bezeichnen kann. Die daraus entstehenden Übertragungen und Gegenübertragungen geben Aufschluss über die Erfahrungen und Erlebnisse des Patienten, welche dann in den psychotherapeutischen Prozess integriert werden (CORNELL, W. F., 2006, 492 f.). Dieser Vorgang kann auch als Wechselwirkung zwischen dem Unbewussten sowohl des Therapeuten als auch des Patienten bezeichnet werden (CAPRA, F., 1983, 408).

2.6 Übertragung und Gegenübertragung

2.6.1 Bestehende Wechselbeziehung

Dieser Abschnitt untersucht die Thematik der Übertragung und Gegenübertragung. Zum Ersten werden die ursprünglichen Begriffe definiert, zum Zweiten wird versucht, sie in einen Kontext zur neueren Forschung zu bringen. Die Forschungen von RIZZOLATTI, G. und SINIGAGLIA, C. (2008) sowie BAUER, J. (2006) brachten vielversprechende Erkenntnisse hervor, welche die neurobiologischen Grundlagen für die Phänomene der Übertragung, Gegenübertragung und der Empathie bilden könnten.

Übertragung wird im Allgemeinen als das Phänomen der Wahrnehmung oder Interpretation gegenwärtiger Situationen im Lichte vergangener Erfahrung – oder ähnlich: vergangener Situationen – bezeichnet (TOMAN, W., 2007, 2383). Die aktuellen Objekte werden verzerrt wahrgenommen, weil sie gewissermaßen im Lichte

der früheren Beziehungserfahrungen gesehen werden (HANSER, H., 2001, Bd. 3, 392). In der Praxis ist die Übertragung des Patienten unlöslich mit der Gegenübertragung des Therapeuten verwoben. Die Gegenübertragung bezeichnet alle bewussten und unbewussten Gefühle, Empfindungen und Reaktionen des Therapeuten in Bezug auf den Patienten (HARK, H., 2003, 63).

2.6.2 Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Kontext

Der Begriff *Übertragung* bezeichnet die Einstellungen, die ein Patient gegenüber dem Therapeuten entwickelt (PERVIN, L. A. et al., 2005, 175). Es ist eine bestimmte Form der Beziehung zwischen Therapeut und Patient während der psychotherapeutischen Behandlung. Die Übertragung ist eine spezielle Form der Projektion, welche einen allgemeinen psychischen Vorgang darstellt, indem seelische Inhalte auf andere Objekte übertragen werden (HARK, H., 2003, 185; JUNG, C. G., 1999, 134; JUNG, C. G., 2001, 176).

Jeder Mensch trägt geistige Bilder in sich, die mit Emotionen verbunden sind, welche auf frühen zwischenmenschlichen Beziehungen beruhen. Dies bedeutet eine emotional geladene geistige Repräsentation. Sie beeinflussen die Art und Weise, wie wir andere Menschen sehen und auf sie reagieren, ebenso wie unsere Gefühle uns selbst gegenüber. Dies geschieht unbewusst und automatisch (PERVIN, L. A. et al., 2005, 175). Die Übertragung ist Teil ihrer menschlichen Beziehung wie auch jeder Form der Therapie.

Die Psychoanalyse nutzt die Übertragung als dynamische Kraft, um Verhaltensveränderungen herbeizuführen. Der Analytiker ist bestrebt, die Übertragung zu fördern, weshalb er viele formale Eigenschaften der analytischen Behandlungssituation dahingehend strukturiert. So unterstützt es die Entwicklung einer abhängigen Beziehung, dass der Patient auf der Couch liegt. Die emotionale Wichtigkeit der analytischen Beziehung im alltäglichen Leben des Patienten wird durch die Terminplanung mit häufigen Sitzungen verstärkt. Ziel dieses Prozederes ist es, eine Übertragungsneurose zu entwickeln, durch die der Patient seine alten Konflikte

voll ausleben kann. Jetzt ist es möglich, sich die trieb- und abwehrspezifischen Komponenten des ursprünglichen infantilen Konflikts anzuschauen und diese verstehen zu lernen. Durch die Einsicht, die der Patient sowohl auf einer intellektuellen als auch auf einer emotionalen Ebene hinsichtlich der Art seiner Konflikte realisiert, kann eine Änderung eintreten (PERVIN, L. A. et al., 2005, 176).

Durch die Gegenübertragung kann eine Therapiesitzung empfindlich gestört werden, weil der Therapeut als Reaktion auf die Übertragung des Patienten sein eigenes Bewusstsein und seine eigenen unbewussten Gefühle und Empfindungen auf den Patienten überträgt. Die „psychische Infektion“ durch die Neurose des Patienten bedeutet eine besondere Berufsgefahr bei den Therapeuten. Indem der Patient auch bedrängende Inhalte seines Unbewussten bespricht, werden auch im Unbewussten des Therapeuten beständig Komplexe und psychische Prozesse angeregt. Diese führen zu einer gemeinsamen Unbewusstheit, wodurch der Behandlungsprozess außer Kontrolle geraten kann (HARK, H., 2003, 63). Bei bewusster Wahrnehmung der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse durch den Therapeuten können diese zu einem wichtigen Hilfsinstrument in der Therapie werden. Sie können eine Verstehenshilfe für den verborgenen Sinn der Mitteilungen des Patienten sein. Die Gefühlsreaktionen des Analytikers auf seinen Patienten sind also ein wichtiges therapeutisches Instrument für Empathie und Verstehen des Patienten (DIEPOLD, B. und ZAUNER, J., 1980, s. p.).

2.6.3 Übertragung und Gegenübertragung im körperpsychotherapeutischen Kontext

In diesem Abschnitt werden die Übertragungsphänomene aus körperpsychotherapeutischer Sicht betrachtet, wobei Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zu den anderen Disziplinen herausgestellt werden. Die gewonnenen Erkenntnisse werden anschließend in Beziehung zur Osteopathie gebracht.

Die Körperpsychotherapeuten berücksichtigen alle die oben genannte Dimension der Übertragung und bauen darauf auf. Sie sind der Meinung, dass entscheidende Kernüberzeugungen sich im gesamten Organismus verkörpern, und daher

sind sie in den verschiedensten körperlichen Manifestationen anzutreffen. Alle Reaktionen, die sich körperlich äußern, z. B. Atmung, Gesten, Körperhaltung und vieles mehr, sollten als Zugang zur unbewussten Ebene von zentralen Organisationsprinzipien genutzt werden. Die Muskulatur und Physiologie des Körpers werden von tieferen Schichten des Stammhirns organisiert, weshalb der Körper kaum zu lügen imstande ist (JOHANSON, G. J., 2006, 182; MORGAN, M., 2006, 239). Der Körper kann also als „gefrorene Lebensgeschichte“ angesehen werden (GOTTWALD, C., 2008, s. p.). Der größte Teil der Gedächtnisleistungen ist aus allgemeinen phylogenetischen und biologischen Gründen nicht über bewusste Prozesse gesteuert (WEISS, H., 2006b, s. p.).

Die Körperpsychotherapeuten nutzen die Übertragungsprozesse, die als Veränderungen des eigenen körperlichen Befindens wahrgenommen werden, um einen besseren Zugang zum Erleben des Patienten zu haben. So kann der Therapeut an eigenen körperlichen Veränderungen, zum Beispiel einer plötzlich auftretenden Enge in der Brust oder Verspannungen in der Nackenmuskulatur, Rückschlüsse auf die charakterlichen Prozesse seines Patienten ziehen. Dies setzt voraus, dass der Therapeut sich über seine eigenen charakterlichen Prozesse im Klaren ist und diese von denen des Patienten unterscheiden kann (WEISS, H., 2006b, s. p.; GÜNTHER, U., 2007, s. p.).

Die vorausgegangenen Ausführungen zeigen, dass in zwischenmenschlichen Beziehungen, ob therapeutisch oder privat, andauernd Übertragungsprozesse stattfinden. Dies kann zur Folge haben, dass mit einer Gegenübertragung reagiert wird. Eine therapeutische Sitzung, gleich ob in der Psychotherapie oder der Osteopathie, kann durch diese Gegenübertragungsprozesse empfindlich gestört werden. Daher ist es für jeden Therapeuten wichtig, sich über seine eigenen charakterlichen Prozesse klar zu werden, was nur durch eine psychotherapeutische Supervision erreicht werden kann.

2.7 Neurobiologische Grundlagen

In diesem Abschnitt werden einige neurobiologische Grundlagen erörtert. Es werden neurobiologische Korrelate für die Übertragung und Gegenübertragung wie auch für die Verbindung zwischen Körper und Psyche dargestellt.

Anfang der achtziger Jahre wurde bei Affen im Inneren ihres prämotorischen Kortex – einem Teil des Gehirns, das bei der Bewegungsplanung mitwirkt – eine neue Gruppe von motorischen Neuronen entdeckt. Diese Gruppe von Neuronen wird als Spiegelneuronen bezeichnet. Sie feuern in gleicher Weise, unabhängig davon, ob der Affe selbst zweckbezogene Handlungen ausführt oder ob er einen anderen Affen oder einen Menschen dabei beobachtet (GALLESE, V. et al., 2003, 324). Um dieses Ergebnis beim Menschen zu verifizieren, zeigte man Versuchspersonen virtuell erzeugte Bilder, die Greifbewegungen einer Hand darstellten. Das Gehirn der Versuchspersonen wurde dabei mit Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und funktioneller Magnetresonanztomographie beobachtet. Die PET zeigte keine nennenswerten Aktivitäten in den Hirnarealen, die denen des Affen hätten entsprechen können. Erst als bei einer Versuchswiederholung die Bewegungen nicht von einer virtuellen, sondern von einer realen Hand ausgeführt wurden, zeigten sich Aktivitäten in den motorischen Arealen (RIZZOLATTI, G. und SINIGAGLIA, C., 2008, 125 f.; IACOBONI, M., 2008, 68 f.). Deshalb ist von der Annahme auszugehen, dass das Spiegelneuronensystem bei der Ausführung von Handlungen und ihrem Verständnis in gleicher Weise beteiligt ist (GALLESE, V. et al., 2003, 324 f.).

BAUER (2006, 34 f.) ist der Meinung, dass das System der Spiegelneuronen grundlegend für die Beziehung und Beziehungsgestaltung ist. Daher sind direkte menschliche Kontakte wichtig für die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit, die wichtig für die körperliche und seelische Gesundheit sind (BAUER, J., 2009, 13). Besonders prägend für den Charakter sind die frühkindlichen Einflüsse und Erlebnisse, welche den Rahmen bilden, in dem spätere Erfahrungen verarbeitet werden (GOTTWALD, C., 2006, 123). Die Signalrate der Spiegelneuronen kann massiv reduziert werden durch Angst, Anspannung und Stress. Daher ist das Vermö-

gen, andere zu verstehen, sich einzufühlen und feine Schwingungen in einer Kommunikation wahrzunehmen, in solchen Situationen vermindert.

DAMASIO bezeichnet die körperlichen Empfindungen als Grundreferenz, um die Außenwelt wahrzunehmen. Die dreidimensionale Vorstellung des Raumes, die im Gehirn konstruiert wird, ist abhängig von der Anatomie des Körpers und seinen Bewegungsmustern in der Umwelt. Das bedeutet, dass alles, was wir durch bewusstes Erleben wahrgenommen haben, der Wirklichkeit am nächsten kommt, wodurch unser Wissen von der Außenwelt gestaltet wird. Jedoch wird uns immer verborgen bleiben, wie weit unser Wissen mit der absoluten Wirklichkeit übereinstimmt (DAMASIO, A. R., 2005, 312 f.). Der Körper ist somit der Schauplatz der primären Emotionen wie Freude, Trauer, Furcht, Ärger, Überraschung und Ekel. Die Emotionen haben die Aufgabe, dem Organismus zu helfen, am Leben zu bleiben. Diese Mechanismen sind im Unterbewusstsein verankert und können ohne bewusste Auslösung in Gang gesetzt werden (DAMASIO, A. R., 2004, 67 ff.).

Für die Osteopathie haben diese Erkenntnisse große Bedeutung, da der Körper die Referenz für Emotionen und Empfindungen ist und somit Beziehungen körperlich wahrgenommen werden. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass aufgrund der körperlichen Behandlung, also während der Therapie beim Patienten Emotionen freigesetzt werden, die sich auf den Therapeuten übertragen können. Je nachdem, wie bedrohlich diese Übertragung für den Therapeuten ist, kann er mit einer Gegenübertragung reagieren. Die Mechanismen sind oben in Kapitel 2.6 ausgeführt. Dies hat zur Folge, dass die Beziehung zwischen Osteopath und Patient gestört ist, was die Wahrnehmung des Therapeuten einschränkt. Das bedeutet eine qualitative Minderung der osteopathischen Behandlung (NOVY, R., 2007, 15 f.). Zum anderen ist es möglich, dass die unterbewussten Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen bereits vor der Behandlung in Gang gesetzt werden, was körperliche Reaktionen bei Therapeut und Patient zur Folge haben kann. Das könnte bedeuten, dass der Patient z. B. mit einer Abwehrspannung reagiert, die es erschwert, die ursächliche Läsion zu finden. Auch in diesem Fall könnte der Osteopath körperliche Reaktionen zeigen, was seine Wahrnehmungsfähigkeit einschränkt und somit die Qualität der Behandlung mindert.

Diese Ausführungen zeigen, dass die Persönlichkeit des Osteopathen Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung haben und somit die Qualität der Behandlung mindern kann. Daher wäre es wichtig zu wissen, welche speziellen Persönlichkeitsmerkmale der Osteopath hat, um im Vorfeld der Behandlung einen Weg zu finden, diese professionell zu handhaben, um einen störenden Einfluss auf die Behandlung zu vermeiden. Darüber soll diese Studie Aufschluss geben.

2.8 Psychologie in der osteopathischen Literatur

Dieser Abschnitt zeigt auf, wie das Thema der Psychologie in der osteopathischen Literatur behandelt wird. Die Osteopathie sieht sich als ganzheitliche Therapieform, die den Patienten in seiner Ganzheit betrachtet, unter Berücksichtigung seiner körperlichen, seelischen und geistigen Prozesse (LIEM, T., 2005, 10). Das Ziel dieses Abschnitts ist, die osteopathische Sichtweise der psychischen Anteile herauszustellen. Von besonderem Interesse ist die Art und Weise, wie man sich seelischen Konflikten annähert und diese behandelt.

Der Begründer der Osteopathie, A. T. STILL, vertritt in *Die Philosophie der Osteopathie* eine eher mechanistische Sichtweise der seelischen Anteile. So sieht er das Gehirn als Organ an, von dem aus Kräfte in die mechanischen Anteile des Körpers geschickt werden, um so die Maschine Mensch am Funktionieren zu halten. Daher sieht er den Osteopathen als Maschinisten, der den anormalen Zustand dieses Räderwerks erkennen und beheben kann, woraufhin die Natur die vollständige Gesundheit übernehmen soll (HARTMANN, C., 2005, 12 f.). Er vertritt die Auffassung, dass das Denken Gehirnaktionen impliziert. So benutzt er den Begriff der *Räder der Gedanken*, die mit einer bestimmten Umdrehungszahl auf die Denkleistung reagieren. Somit ergibt eine hohe Gedankenleistung eine hohe Umdrehungszahl dieser Räder. Wenn jetzt noch eine körperliche Überlastung hinzukommt, entsteht eine Überlastung dieser Maschine Mensch (HARTMANN, C., 2005, 24 f.). Diese aus heutiger Sicht doch recht lineare Sichtweise lässt erkennen, dass STILL körperliche, seelische und geistige Prozesse in seine Denkweise integriert.

J. M. LITTLEJOHN veröffentlichte im *Journal of Osteopathy* einen Aufsatz zum Thema *Psychologie und Osteopathie*. Dort vertritt er die Auffassung, dass mentale Zustände und Aktivitäten nur Reaktionen der physiologischen Beziehungen und Zustände seien (HARTMANN, C., 2009, 4). Des Weiteren glaubt er, dass über das optische System aufgenommene Sinneseindrücke sich in den Zellkörper und somit in das Zellgedächtnis einprägen. Diese können bei einer inneren und äußeren Stimulation mit aufgerufen werden. Er schreibt auch von unbewussten mentalen Aktivitäten, wie sie auch FREUD in seiner *Psychoanalyse* benennt. Nicht bekannt ist, ob und inwieweit LITTLEJOHN FREUDs Texte kannte (HARTMANN, C., 2009, 10 f.).

Zeitgenössische Autoren wie CROIBIER gehen auf körperliche und seelische Interaktionen detaillierter ein. Er beschreibt die Konstitutionstypen und stellt verschiedene Theorien gegenüber. Einige Bezeichnungen sind in der heutigen Körperpsychotherapie immer noch aktuell, wobei die ebenso beschriebenen Morphotypen nach Kretschmar und Sheldon heute als überholt gelten (CROIBIER, A., 2006, 188 ff.). Weiterhin beschreibt er die einzelnen Charaktertypen und zeigt Möglichkeiten auf, wie der Therapeut auf diese eingehen kann (CROIBIER, A., 2006, 199 ff.). Andere Autoren erwähnen Charakter- und Temperamentstypen aus diagnostischen Aspekten (LIEM, T., 2006a, 219; WICHNALEK, L., 2010, 343 f.).

Nach diesem kurzen Überblick auf die osteopathische Literatur, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, lassen sich dennoch Tendenzen erkennen. Die Osteopathie berücksichtigt Charakter- und Persönlichkeitstheorien, um den Patienten in seiner Ganzheit wahrzunehmen und somit individueller behandeln zu können. In der Osteopathie wird weder der Psyche noch der Physiologie noch den Körperstrukturen eine Vormachtstellung eingeräumt, jedoch versucht sie, über die Struktur des Körpers auf den Gesamtorganismus und somit auch auf das Befinden Einfluss zu nehmen (LIEM, T., 2005, 11; MICHAUD, C., 2004, 9 ff.; BOLT, J., 2007, 4 ff.).

3 Methodologie

3.1 Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R

Dieser Abschnitt beschreibt das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), das in dieser Studie als Test verwendet wird.

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar wurde in den sechziger Jahren als erstes deutsches Persönlichkeitsinventar entwickelt, nachdem es seinerzeit nur Übersetzungen angloamerikanischer Tests gab. Im Jahr 1982 wurde anlässlich der 4. Auflage eine große Repräsentativumfrage durchgeführt, welche als Grundlage und teilweise Revision diente. Seit der Revision im Jahr 1984 wurden die älteren Parallel- und Kurzformen nicht weitergeführt. Zu unterscheiden ist in den letzten Auflagen zwischen den Formen FPI-A 1 als neu normierte und sprachlich zum Teil modifizierte Fortsetzung der ursprünglichen Version sowie der hier verwendeten revidierten Fassung FPI-R, die zum Teil andere Dimensionen aufweist.

Das FPI-R soll die vorangegangenen Versionen ablösen. Die Form FPI-A 1 wird nur noch weitergeführt, um die Kontinuität und Vergleichbarkeit mit älteren Studien zu ermöglichen.

Das hier verwendete FPI-R ist ein mehrdimensionaler Persönlichkeitstest, der sowohl im klinischen als auch im nicht-klinischen Bereich zur Persönlichkeitsdiagnostik verwendbar ist. Dieser Test ist auch als Forschungsinstrument einsetzbar, da er viele quantitative Daten über wichtige Persönlichkeitsdimensionen erfassen kann. Für Extrembereiche, z. B. bei Personen im unteren Quartil der Intelligenzverteilung und im psychopathologischen Bereich, ist dieser Test nicht zu empfehlen.

3.2 Konstruktionsprinzipien

3.2.1 Ziele des FPI-R

Mit dem FPI-R werden nur Traits, zeitlich stabile Persönlichkeitseigenschaften, untersucht. Den Testautoren ist bewusst, dass auf Traits nur mittels einer Vielzahl verschiedener Daten geschlossen werden kann. Hierzu stellt der Test nur eine Datenquelle dar. Hiermit sollen Eigenschaftsdimensionen erfasst werden, um Individuen diesbezüglich auf Rangskalenniveau vergleichbar zu machen. Die Urheber des FPI-R orientierten sich bei der Entwicklung nicht an einer spezifischen Persönlichkeitstheorie, sondern an eigenen Interessen und Erfahrungen der Autoren an bestimmten Dimensionen des Verhaltens. Teils wurden auch theoretische Grundlagen (Extraversion und Neurotizismus), teils Eigenschaften mit Relevanz für das soziale Zusammenleben (z. B. Aggressivität) und das subjektive Zurechtkommen mit Anforderungen (z. B. Lebenszufriedenheit, Beanspruchung) mit einbezogen. Im Hinblick auf die Konstruktwahl erfolgte eine Anlehnung an anglo-amerikanische Vorbilder, insbesondere an die Dimensionen Neurotizismus und Extraversion und an das Merkmal Aggressivität, die von Eysenck beschrieben wurden.

3.2.2 Strategien der Skalenkonstruktion

Die Autoren gingen von bestimmten psychologischen Konstrukten aus, die ihnen aufgrund von Literatur und Erfahrung als interessant und wichtig erschienen. Sie nutzten eine konventionelle Item- und Faktorenanalyse, ohne sich durch diese Verfahren schematisch einschränken zu lassen. Bei diesem Test wird ein breiter Geltungsbereich angestrebt, mit Ausnahme von psychopathologisch auffälligen Patienten und Personen mit geringerer Bildung als Hauptschulabschluss.

3.2.3 Repräsentativerhebung

Dem verwendeten Test liegt eine Normstichprobe von 2.035 Testpersonen zugrunde. Dieses Quoten-Auswahlverfahren wurde an Bürgern der Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer) vorgenommen, deren repräsentatives Abbild sich in dieser Auflage des FPI-R widerspiegelt. In der letzten Auflage von 2001 wurde noch die Bevölkerung der neuen Bundesländer mit einbezogen, was keine signifikanten Unterschiede zur Folge hatte.

In der vorliegenden Studie wird dennoch die ältere Fassung mit der Repräsentativerhebung der alten Bundesländer verwendet, da viele Testpersonen aus Österreich kommen. Es ist anzunehmen, dass die gesellschaftlichen Umstände, welche die Entwicklung beeinflussen, zwischen den alten Bundesländern und Österreich ähnlicher sind als zwischen den alten und den neuen Bundesländern.

3.3 Beschreibung der Skalen des FPI-R

3.3.1 Auswahl und Gestaltung der Skalen

Die folgenden psychologischen Beschreibungen der zehn Standardskalen und der zwei Zusatzskalen des FPI-R stützen sich hauptsächlich auf die Überlegungen zu den beabsichtigten Konstrukten und auf die wesentlichen Inhalte der für diese Skalen ausgewählten Items. Außerdem werden die Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Alter und die Beziehungen zu anderen Skalen einbezogen.

Mit diesen FPI-R-Skalen werden relativ breite Konstrukte, die regelmäßig noch psychologisch abgrenzbare Subkonstrukte enthalten, erfasst. Deshalb sind mehrere beschreibende Eigenschaftsbegriffe zweckmäßig. Im Verlauf der Testkonstruktion sind Skalen entstanden, von denen einige psychologisch unipolar (z. B. wenige körperliche Beschwerden – viele körperliche Beschwerden), andere eher bipolar (z. B. Lebenszufriedenheit – Lebensunzufriedenheit) zu interpretieren sind. Einige der bisherigen FPI-Skalen wurden durch Aufnahme zusätzlicher Facetten oder durch andere Gewichtung von Subkonstrukten so umgestaltet, dass die

entstandenen FPI-R-Skalen inhaltlich nicht mehr identisch sind. Da die Namen der Konstrukte (Skalen 4, 5 und E) dennoch beibehalten wurden, muss bei allen auf das FPI gestützten Aussagen künftig genau vermerkt sein, ob es sich um FPI-R oder FPI-A 1 handelt.

3.3.2 FPI-R 1 – Lebenszufriedenheit

lebenszufrieden, gute Laune, zuversichtlich
unzufrieden, bedrückt, negative Lebenseinstellung

Mit dieser Skala werden die Grundstimmung und die eher positive oder eher negative Lebenseinstellung und Lebenserfahrung erfasst, welche sich auch auf Leistungsmotivation und körperliches Befinden auswirken.

Testpersonen mit hohem Skalenwert betonen ihre allgemeine Lebenszufriedenheit. Sie bezeichnen ihre Partnerbeziehung (Ehe) als gut und sind (waren) von ihrem Beruf voll befriedigt. Sie mochten rückblickend nicht anders gelebt haben, sehen zuversichtlich in die Zukunft und scheinen mit sich selbst in Frieden zu leben. Diese positive Lebensgrundstimmung äußert sich als gelassenes Selbstvertrauen, durch Ausgeglichenheit und meist gute Laune.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert sind mit den gegenwärtigen und früheren Lebensbedingungen, Partnerbeziehung und Beruf oft unzufrieden und meinen, dass sie das, was in ihnen steckt, kaum verwirklichen konnten. Deswegen grübeln sie viel über ihr Leben nach. Oft haben sie alles satt und äußern eine bedrückte, unglückliche Stimmung, Depressivität und negative Lebenseinstellung.

Der Skalenwert FPI-R 1 ist nur geringfügig von Geschlecht und Alter abhängig. Höhere Lebenszufriedenheit findet sich bei ausgeprägter Leistungsorientierung, geringer Erregbarkeit, relativ wenigen körperlichen Beschwerden und bei niedrigen Werten der Offenheit.

3.3.3 FPI-R 2 – Soziale Orientierung

sozial verantwortlich, hilfsbereit, mitmenschlich
Eigenverantwortung in Notlagen betonend, selbstbezogen, unsolidarisch

Diese Skala erfasst die mehr oder minder ausgeprägte Disposition mitmenschlicher Hilfsbereitschaft.

Testpersonen mit hohem Skalenwert fühlen eine soziale Verantwortung für andere Menschen und drücken ihre Hilfsbereitschaft aus. Sie gehen auf die Sorgen anderer ein und sind motiviert zu helfen, zu trösten und zu pflegen. Sie empfinden ein schlechtes Gewissen über eigenen Wohlstand und Konsum im Vergleich zu anderen und sind zu Geldspenden und Mithilfe in sozialen Einrichtungen bereit.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert betonen einerseits die Verantwortung des Einzelnen für seine Lebensbedingungen, andererseits sehen sie für Sozialhilfe den Staat als zuständig an. Bitten um Geldspenden sind ihnen lästig, und bei karitativen Aufgaben würden sie sich wahrscheinlich nicht engagieren.

Der Skalenwert FPI-R 2 ist geringfügig vom Geschlecht abhängig, und zwar bei Frauen deutlicher ausgeprägt. Die Skala ist von allen übrigen Skalen praktisch unabhängig, abgesehen von einer negativen und eher geringen Korrelation zur Aggressivität. Bemerkenswert ist die niedrige Korrelation ($r = -0,16$) mit der Skala Offenheit, obwohl viele der im FPI-R 2 enthaltenen Aussagen generell als sozial erwünscht gelten könnten.

3.3.4 FPI-R 3 – Leistungsorientierung

leistungsorientiert, aktiv, schnell handelnd, ehrgeizig konkurrierend
wenig leistungsorientiert oder energisch, wenig ehrgeizig konkurrierend

Diese Skala erfasst individuelle Unterschiede der Leistungsorientierung im beruflichen und außerberuflichen Bereich, ohne jedoch Aussagen über direkte, aufgabenbezogene Leistungsmotivation oder tatsächliche Leistungsfähigkeit zu gestatten.

Testpersonen mit hohem Skalenwert sind leistungsorientiert und leistungsmotiviert. Sie sehen sich als Tatmenschen, welche die wesentlichen Aufgaben energisch anpacken und dann schnell und effizient bewältigen. Es macht ihnen auch Spaß, mit anderen zu wetteifern, und sie lassen sich auch zu ernster Konkurrenz herausfordern. Berufliches Engagement ist ihnen deshalb oft wichtiger als Freizeitbeschäftigungen.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert zeigen wenig Ehrgeiz oder Konkurrenzverhalten. Sie lehnen diese Leistungsorientierung vielleicht grundsätzlich ab oder sind eher passive und wenig leistungsmotivierte Menschen, für die beruflicher Erfolg und engagierte Arbeit nicht wesentlich sind.

Der Skalenwert FPI-R 3 ist nur geringfügig vom Geschlecht, aber etwas deutlicher vom Lebensalter abhängig, d. h. im mittleren Lebensalter relativ stärker ausgeprägt. Korrelativ besteht ein Zusammenhang mit höherer Lebenszufriedenheit und geringerer Gehemmtheit. Zur Skala Offenheit besteht keine nennenswerte Beziehung.

3.3.5 FPI-R 4 – Gehemmtheit

gehemmt, unsicher, kontaktscheu
ungezwungen, selbstsicher, kontaktbereit

Diese Skala erfasst eine vielfältig bedingte Gehemmtheit, welche vor allem als soziale Hemmung und Schüchternheit, aber auch als Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit erlebt wird.

Testpersonen mit hohem Skalenwert fühlen sich im sozialen Umgang gehemmt. Sie scheuen sich, in einen Raum zu gehen, in dem bereits andere zusammensitzen. Sie möchten bei Geselligkeiten lieber im Hintergrund bleiben und es fällt ihnen schwer, vor einer Gruppe zu sprechen oder in Erscheinung zu treten. Sie sind leicht verlegen oder sogar ängstlich und erröten schnell. Mit Menschen, die sie nicht kennen, sind sie ungern zusammen, sie kommen dann kaum in ein Gespräch und schließen nur langsam Freundschaften.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert sind ungezwungen und kontaktbereit. Sie finden leicht Umgang, indem sie auf andere zugehen, sie ansprechen und sich selbstsicher in einer Gruppe bewegen.

Der Skalenwert FPI-R 4 hängt nur geringfügig mit Geschlecht, Alter und Schulabschluss zusammen. Von den anderen Skalen sind nur die körperlichen Beschwerden mit Gehemmtheit korreliert. Kontaktscheue, eher ängstliche Probanden erleben mehr körperliche Beschwerden und psychosomatische Störungen. Zur Skala Offenheit besteht keine nennenswerte Beziehung.

3.3.6 FPI-R 5 – Erregbarkeit

erregbar, empfindlich, unbeherrscht
ruhig, gelassen, selbstbeherrscht

Diese Skala erfasst die empfindlich reizbare Komponente des Temperaments, welche mit aggressiven Zügen und dem Gefühl der Überforderung und allgemeinen Unzufriedenheit verbunden sein kann.

Testpersonen mit hohem Skalenwert schildern sich als leicht erregbar und reizbar. Sie sind leicht aus der Ruhe zu bringen und können oft ihren Ärger nicht recht beherrschen, werden dann auch aggressiv mit unbedachten Äußerungen und Drohungen. Sie können die Dinge nicht leicht nehmen, sondern reagieren empfindlich oder hastig, auch wenn es eigentlich nicht wichtig war.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert zeichnen sich durch Gelassenheit aus. Auch durch viele Ereignisse und Störungen sind sie nicht leicht aufzuregen, zu provozieren oder zu verärgern. Sie bleiben geduldig, ruhig und lassen sich nicht hetzen.

Der Skalenwert FPI-R 5 korreliert nur unwesentlich mit Geschlecht und Alter. Deutliche Beziehungen bestehen zwischen hoher Erregbarkeit und hoher Aggressivität einerseits sowie hoher Beanspruchung und geringer Lebenszufriedenheit andererseits. Bemerkenswert ist auch der Zusammenhang mit Offenheit, wobei sich eine ähnliche Interpretation wie bei der Skala Aggressivität anbietet.

3.3.7 FPI-R 6 – Aggressivität

aggressives Verhalten, spontan und reaktiv, sich durchsetzend
wenig aggressiv, kontrolliert, zurückhaltend

Testpersonen mit hohem Skalenwert lassen die Bereitschaft zu aggressiver Durchsetzung erkennen. Dies kann sich sehr verschieden äußern, z. B. kann es ihnen Spaß machen, anderen Menschen Fehler nachzuweisen oder böswillige Streiche auszuüben. Fühlen sie sich beleidigt oder in ihren Rechten betroffen, so setzen sie sich zur Wehr und wenden dabei vielleicht auch körperliche Gewalt an. Sie reagieren leicht wütend und unbeherrscht.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert schildern sich als wenig aggressiv in spontaner oder reaktiver Hinsicht. Sie sind entweder zurückhaltender, passiv und aggressiv gehemmt oder können sich derart kontrollieren, dass es nicht zu aggressiven Reaktionen kommt. Sie bedienen sich weder körperlicher Gewalt noch handfester Auseinandersetzungen zur Durchsetzung ihrer Rechte.

Der Skalenwert FPI-R 6 hängt nur geringfügig mit Geschlecht und Schulabschluss, aber etwas stärker mit dem Lebensalter ($r = -0,22$) zusammen, d. h., jüngere Männer haben die höchsten Werte. Außer der Beziehung zur Skala Erregbarkeit ist nur noch die hohe Korrelation zur Skala Offenheit ($r = 0,47$) hervorzuheben.

Einerseits entsprechen sich aggressive Verhaltenstendenzen durch Verletzung gängiger Normen und ungeniertes Zugeben alltäglicher Fehler, andererseits könnte die geringe Anzahl aggressiver Aussagen bei zugleich niedriger Offenheit auch eine Folge der Antworttendenz sein, einen guten Eindruck machen zu wollen. Deshalb muss das Testwert-Profil, wenn möglich auch auf zusätzliche Informationen gestützt, im Zusammenhang vorsichtig interpretiert werden. Hohe Skalenwerte brauchen noch nicht manifeste Aggressivität zu bedeuten.

3.3.8 FPI-R 7 – Beanspruchung

angespannt, überfordert, sich oft „im Stress“· fühlend

wenig beansprucht, nicht überfordert, belastbar

Die Skala erfasst die individuellen Unterschiede der subjektiv erlebten Beanspruchung oder Überforderung. Es ist eine markante Disposition, doch kann über die tatsächliche Belastung oder objektive Belastbarkeit nichts ausgesagt werden.

Testpersonen mit hohem Skalenwert fühlen sich stark beansprucht. Sie haben viele Aufgaben, erleben starke Anforderungen und Zeitdruck bei ihrer Arbeit. Sie arbeiten viel, möchten einigen dieser Verpflichtungen eigentlich entgehen und z. B. am Wochenende mehr Zeit für sich haben oder sich schonen. Die starke Anspannung kann zur Überforderung führen, zu Nervosität, Mattigkeit und Erschöpfung, zum Gefühl, oft „im Stress“ zu sein, und zu anderen Klagen.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert fühlen sich wenig beansprucht oder überarbeitet. Sie sind den Anforderungen, die an sie gestellt werden, gewachsen und können ihre Aufgaben bewältigen, ohne in Hetze oder Nervosität zu geraten.

Der Skalenwert FPI-R 7 korreliert nur geringfügig mit Geschlecht und Alter. Zusammenhänge bestehen zu höherer Erregbarkeit und – weniger deutlich – zu geringerer Lebenszufriedenheit und relativ vielen körperlichen Beschwerden.

3.3.9 FPI-R 8 – Körperliche Beschwerden

viele Beschwerden, psychosomatisch gestört

wenige Beschwerden, psychosomatisch nicht gestört

Die Skala erfasst die relative Häufigkeit typischer körperlicher Beschwerden. Einige dieser körperlichen Beschwerden können durch organische Krankheiten bedingt sein. Es sind aber auch typische Beschwerden, welche das Bild der „psychovegetativen Labilität“ bzw. eines allgemeinen körperlich funktionellen Syndroms ausmachen. Bei der Interpretation dieses Testwertes ist deshalb sowohl die mögliche symptomatische Bedeutung einer bestimmten Beschwerde als auch der Hinweis auf eine allgemeinere psychosomatische Störung zu bedenken.

Testpersonen mit hohem Skalenwert haben ein gestörtes körperliches Allgemeinbefinden und leiden unter Schlafstörungen, Wetterfühligkeit und Kopfschmerzen. Sie klagen außerdem über speziellere Beschwerden wie Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit (Arrhythmien), Hitzewallungen, kalte Hände und Füße, empfindlicher Magen, Verstopfung, Engegefühl in der Brust, Kloß im Hals, nervöses Zucken (Tics) und zittrige Hände.

Probanden mit niedrigem Skalenwert klagen über wenige Beschwerden oder Befindensstörungen.

Der Skalenwert FPI-R 8 hängt deutlich von Geschlecht und Alter ab. Frauen und ältere Menschen nennen mehr körperliche Beschwerden. Viele Krankheitssymptome finden sich bei Probanden mit geringer Lebenszufriedenheit, Gehemmtheit und Beanspruchung.

3.3.10 FPI-R 9 – Gesundheitssorgen

Furcht vor Erkrankungen, gesundheitsbewusst, sich schonend

geringe Gesundheitssorgen, gesundheitlich unbekümmert, robust

Die Skala erfasst die Neigung, sich andauernd Sorgen um Gesundheit, Ansteckung und andere Risiken zu machen. Ohne die objektiven Befunde geklärt zu haben, kann zwischen realistischen und hypochondrischen Gesundheitsorgen nur mit Vorbehalten unterschieden werden.

Testpersonen mit hohem Skalenwert schildern ein sehr gesundheitsbewusstes und gesundheitsbesorgtes Verhalten. Sie versuchen, die Risiken einer auf verschiedene Weise möglichen Ansteckung oder Schädigung zu vermeiden und sich durch ihren Lebensstil zu schonen. Aus dieser besorgten und u. U. etwas hypochondrischen Tendenz haben sie sich um medizinisches Wissen bemüht und suchen, obwohl sie misstrauisch bleiben, relativ oft ärztlichen Rat.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert machen sich wenig Sorgen um ihre Gesundheit. Sie gehen die alltäglichen Ansteckungsrisiken ein, sind in dieser Hinsicht unbekümmert, robust und schonen sich nicht besonders.

Der Skalenwert FPI-R 9 nimmt deutlich mit steigendem Alter zu. Nur zur Skala körperliche Beschwerden besteht ein geringer Zusammenhang.

3.3.11 FPI-R 10 – Offenheit

offenes Zugeben kleiner Schwächen und alltäglicher
Normverletzungen, ungeniert, unkonventionell

an Umgangsnormen orientiert, auf guten Eindruck bedacht,
mangelnde Selbstkritik, verschlossen

Testpersonen mit hohem Skalenwert räumen selbstkritisch eine Vielzahl kleiner Schwächen und Fehler ein, die vermutlich jeder hat, z. B. Zuspätkommen, Aufschieben wichtiger Dinge, Schadenfreude, gelegentliches Lügen oder Angeben, hässliche Bemerkungen und Gedanken usw. Sie geben diese Abweichungen von der gängigen Norm und den „guten Sitten“ offen und ungeniert zu oder sehen, da ihnen diese Konventionen unwichtig sind, in jenen Verhaltensweisen keine besonderen Normverletzungen

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert orientieren sich entweder sehr stark an konventionellen Umgangsnormen (Konformität) oder sind auf einen guten Eindruck bedacht. Dies kann verschiedene Motive haben, z. B. mangelnde Selbstkritik bzw. Selbstidealisation, Verschlussenheit gegenüber solchen Fragen oder die Absicht, als sozial unerwünscht angesehene Verhaltensweisen zu leugnen.

Der Skalenwert FPI-R 10 hat substantielle Beziehungen zur Persönlichkeitsdimension Aggressivität und zu höherer Erregbarkeit.

3.3.12 FPI-R E – Extraversion

extravertiert, gesellig impulsiv, unternehmungslustig

introvertiert, zurückhaltend überlegt, ernst

Testpersonen mit hohem Skalenwert schildern sich als gesellig und impulsiv. Sie gehen abends gern aus, schätzen Abwechslung und Unterhaltung, schließen schnell Freundschaften, fühlen sich in Gesellschaft anderer wohl und können sich unbeschwert auslassen. Sie sind im Umgang mit anderen lebhaft, eher gesprächig und schlagfertig, aber auch zu Streichen aufgelegt. Sie sind unternehmungslustig und energisch und bereit, Aufgaben oder auch die Führung bei gemeinsamen Aktionen zu übernehmen.

Probanden mit niedrigem Skalenwert sind im sozialen Umgang zurückhaltend und lieber für sich allein als auf Geselligkeit aus. Sie sind ruhig und ernst, wenig unterhaltsam oder mitteilhaft, beherrscht statt impulsiv, wenig unternehmungslustig.

Der Skalenwert FPI-R E hat grundlegende Gemeinsamkeiten mit geringer Gehemmtheit und hoher Leistungsorientierung sowie zu Aggressivität (geringer ausgeprägt).

3.3.13 FPI-R N – Emotionalität

emotional labil, empfindlich, ängstlich, viele Probleme und körperliche Beschwerden
emotional stabil, gelassen, selbstvertrauend, lebenszufrieden

Diese Skala erfasst wesentliche Komponenten der Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus bzw. emotionale Labilität/Emotionalität.

Testpersonen mit hohem Skalenwert lassen viele Probleme und innere Konflikte erkennen. Einerseits sind sie reizbar und erregbar, andererseits fühlen sie sich abgespannt und matt oder auch teilnahmslos. Ihre Laune wechselt oft und ihre Stimmung ist überwiegend bedrückt oder ängstlich getönt. Sie grübeln viel über ihre Lebensbedingungen, neigen zu Tagträumerei, fühlen sich aber von Verwandten und Bekannten kaum richtig verstanden. Sie machen sich gesundheitliche Sorgen, denn sie fühlen sich oft im Stress, nervös und psychosomatisch gestört.

Testpersonen mit niedrigem Skalenwert sind mit sich und ihrem Leben relativ zufrieden. Sie sind gelassen, nehmen die Dinge leicht, ihre Stimmung ist ausgeglichen. Sie sind wenig ängstlich oder empfindlich, haben wenig Sorgen oder innere Konflikte. Weitgehend fehlen psychosomatische Störungen und Gesundheitssorgen.

Beim Skalenwert FPI-R N bestehen substantielle Beziehungen zwischen Emotionalität und geringer Lebenszufriedenheit, höherer Erregbarkeit, höherer Beanspruchung, mehr körperlichen Beschwerden, mehr Gesundheitssorgen und größerer Gehemmtheit.

3.4 Testverlauf

3.4.1 Einschlusskriterien

Die Teilnahme an dieser Studie setzte voraus, dass die Testpersonen ein abgeschlossenes Osteopathiestudium hatten. Die Mindestvoraussetzung hierfür war die bestandene Prüfung des fünften Jahres.

Die Studie wurde auf deutsche und österreichische Osteopathen beschränkt, um die Homogenität der Testgruppe zu gewährleisten.

Die deutschen Testpersonen mussten an einer Akademie studiert haben, welche von der BAO (Bundesarbeitsgemeinschaft für Osteopathie) zugelassen ist. In Österreich wurden nur Testpersonen von der WSO (Wiener Schule für Osteopathie) zugelassen, da die Ausbildungsrichtlinien denen der BAO sehr ähneln.

3.4.2 Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen von der Studie waren alle, welche nicht an einer der oben beschriebenen Akademien studiert hatten. Personen, die sich noch im Studium befanden, waren ebenfalls nicht zugelassen. Eine Ausnahme bildeten hier die Studenten des Master-Studiengangs der Donauuniversität Krems, da eine Zugangsvoraussetzung für dieses Studium die bestandene Prüfung des fünften Ausbildungsjahres ist.

3.4.3 Kontaktaufnahme und Rekrutierung der Probanden

Die Kontaktaufnahme zu den Probanden erfolgte auf verschiedenen Wegen. Die ersten Probanden wurden per Post kontaktiert, wozu die Liste der WSO auf deren Homepage benutzt wurde. In der ausgedruckten Liste wurden die Probanden in Dreierabständen ausgewählt und angeschrieben. Diese 250 Personen erhielten ein Anschreiben mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar (siehe Anhang 8.1 und 8.2) inklusive frankiertem Rückumschlag. 54 der Angeschriebenen schickten

den ausgefüllten Fragebogen zurück. Es waren ausschließlich Osteopathinnen und Osteopathen aus Österreich.

Sieben Fragebögen wurden von mir persönlich an bekannte und befreundete Osteopathen vergeben, die die Einschlusskriterien erfüllten. Hiervon kamen alle Fragebögen ausgefüllt zurück.

Einige Kollegen erklärten sich bereit, anderen Kollegen die Fragebögen zu übermitteln mit der Bitte, sie ausgefüllt an mich zurückzusenden. Auf diesem Wege kamen acht Fragebögen hinzu.

Die letzten Fragebögen wurden in meinem eigenen Master-Studienkurs und im Parallelkurs verteilt. In einer Gruppe bat ich meine Kollegen vor einer Pause um kurze Aufmerksamkeit, um ein Anliegen vorzutragen. Ich bat sie um Mithilfe bei meiner Studie. Diese Mithilfe bestand darin, einen Fragebogen auszufüllen. Ich wies darauf hin, dass alle Instruktionen, die zum Ausfüllen nötig wären, sich auf der ersten Seite des Fragebogens befänden. Im Parallelkurs erledigte die gleiche Aufgabe freundlicherweise die Dolmetscherin Gudrun Geddeb. In den beiden Kursen wurden zusammen 35 Fragebögen ausgefüllt, die für die Studie verwendet werden konnten.

Bei all den verschiedenen Wegen der Kontaktaufnahme erhielten die Probanden keine persönlichen Instruktionen zur Testdurchführung, sondern waren alle angewiesen auf die Beschreibung im Test selbst. Der Test inklusive der Beschreibung liegt als Anhang 8.1 und 8.2 bei.

3.5 Beschreibung der statistischen Methoden

Die Antworten des Freiburger Persönlichkeitsinventars wurden in einer Access-Datenbank (Version 2003) erfasst.

Die statistischen Auswertungen wurden mithilfe von SPSS für Windows, Version 15.0 (SPSS Inc., U.S.A.) von KOTTMANN (2009) durchgeführt. Die Darstellung der

Die kontinuierlichen Variablen wurden mittels KOLMOGOROV-SMIRNOV-Tests hinsichtlich ihrer Normalverteilung überprüft. Während einige der getesteten Variablen keine Normalverteilung aufwiesen (KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test: $p \leq 0,05$), konnte für andere Variablen eine Normalverteilung berechnet werden (KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test: $p > 0,05$). Bei den Mittelwertvergleichen wurden daher parametrische Tests für normalverteilte Stichproben und nicht-parametrische Tests für nicht normalverteilte Stichproben herangezogen.

Beim Vergleich von zwei unabhängigen normalverteilten Stichproben wurde der t-Test verwendet, während bei nicht normalverteilten Stichproben der MANN-WHITNEY-U-Test als nicht-parametrisches Verfahren durchgeführt wurde.

Der Vergleich von Testwerten vs. Normwerten erfolgte mit den alters- und geschlechtskorrigierten Mittelwerten eines Normkollektivs aus 2.035 Personen:

Anhang zur FPI-Handanweisung									
FPI-R Mittelwerte und Standardabweichungen									
Statistiken der FPI-R-Skalen in der Normstichprobe und in Teilstichproben									
Mittelwerte									
Skala	Gesamt 2035	16–24 Jahre		25–44 Jahre		45–59 Jahre		60 Jahre +	
		♂ 174	♀ 169	♂ 384	♀ 382	♂ 215	♀ 233	♂ 180	♀ 298
1 LEB	7.03	6.60	6.22	7.20	6.71	7.73	6.86	8.24	6.84
2 SOZ	6.47	5.84	6.90	5.87	6.68	5.87	7.02	5.91	7.45
3 LEI	6.88	7.02	6.01	7.80	6.80	7.85	6.50	7.05	5.71
4 GEH	5.19	4.15	5.63	4.55	5.24	4.81	5.87	4.79	6.28
5 ERR	5.48	5.10	6.13	5.07	6.21	5.08	6.39	4.35	5.19
6 AGGR	4.17	5.44	4.33	4.84	4.03	4.38	3.68	4.29	2.79
7 BEAN	5.66	5.00	5.37	5.79	6.34	5.69	7.11	4.19	4.92
8 KÖRP	4.04	2.11	3.45	2.67	4.02	3.30	5.49	4.69	6.31
9 GES	5.92	3.45	4.34	5.06	5.68	6.20	6.95	7.02	8.02
10 OFF	5.95	7.60	7.02	6.79	6.05	5.70	5.11	5.33	4.35
E EXTR	6.87	8.71	7.56	7.82	7.26	6.79	6.08	6.13	4.81
N EMOT	6.18	5.59	6.90	5.52	6.73	5.48	7.12	5.00	6.72
Standardabweichungen									
1 LEB	3.13	3.02	3.17	3.10	3.39	2.79	3.17	2.66	3.01
2 SOZ	2.82	2.67	2.60	2.80	2.61	2.86	2.83	3.09	2.67
3 LEI	3.08	2.75	2.68	2.82	2.91	3.04	3.11	3.08	3.38
4 GEH	3.06	2.87	3.18	2.97	3.10	2.90	3.03	2.59	3.08
5 ERR	2.98	2.96	3.16	2.88	2.97	3.14	2.70	2.77	2.75
6 AGGR	2.84	3.27	2.88	3.12	2.71	2.61	2.49	2.59	2.21
7 BEAN	3.54	3.24	3.43	3.47	3.62	3.19	3.70	3.40	3.34
8 KÖRP	3.04	1.83	2.51	2.58	2.74	2.60	2.98	3.28	3.00
9 GES	3.16	2.37	2.76	2.98	2.78	3.19	2.79	3.13	2.79
10 OFF	2.94	2.61	2.74	2.79	2.87	2.69	2.83	2.74	2.79
E EXTR	3.57	3.42	3.20	3.47	3.42	3.32	3.61	3.39	3.21
N EMOT	3.55	3.30	3.38	3.52	3.65	3.44	3.56	3.49	3.26

Bei allen durchgeführten Tests erfolgte eine zweiseitige Signifikanzüberprüfung, wobei für alle statistischen Tests ein p-Wert $\leq 0,05$ als statistisch signifikant angenommen wurde.

In den grafischen Darstellungen, die ebenfalls mit SPSS erstellt wurden, werden zur Veranschaulichung der kategorisierten Daten einfache und gruppierte Balkendiagramme dargestellt.

Anmerkungen zum Kolmogorov-Smirnov-Test (KOTTMANN, 2009, s. p.)

Normalverteilungstests überprüfen die Verteilungsform von stetigen Zahlen einer Stichprobe. Eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung besteht bei $p \leq 0,05$; in diesem Falle sind für die betreffenden Variablen nicht-parametrische Tests zu benutzen. Die Durchführung von Normalverteilungstests erfolgt am häufigsten mit dem KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test. Ist die Verteilungsfunktion unbekannt, sollte man die LILLIEFORS-Variante des KOLMOGOROV-SMIRNOV-Tests verwenden. Ist die Gesamtzahl der Stichprobe allerdings < 50 , sollte man auf den SHAPIRO-WILK-Test zurückgreifen.

Bei der Analyse der Ergebnisse zeigt sich, dass einige Signifikanzen ($p \leq 0,05$) bestehen, die Stichproben somit nicht normalverteilt sind. Andere Stichproben dagegen weisen eine Normalverteilung auf ($p > 0,05$).

Den Mittelwertvergleichen der vorliegenden Arbeit liegen unabhängige Stichproben zugrunde, d. h., dass die Werte in keinem direkten Zusammenhang stehen. Im Gegensatz dazu haben Messungen in einem Kollektiv, z. B. vor und nach Therapie, eine direkte Verbindung. Bei unabhängigen und verbundenen Stichproben kommen unterschiedliche Testverfahren zum Einsatz.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistik (Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum bzw. Häufigkeitsverteilung)

4.1.1 Erklärung der verwendeten Abkürzungen

Für die Beschreibung der Testtabellen gilt: **n** ist die Anzahl der Probanden mit gültigen Testergebnissen; **m** sind die männlichen, **w** die weiblichen Probanden; **max** ist der maximale, **min** der minimale Testwert; **sd** meint die Standardabweichung; **mw** ist der Mittelwert; **med** bezeichnet den Median oder Zentralwert und **p** den Signifikanzwert. Die Bezeichnung „Proband“ oder „Probanden“ wird im Folgenden geschlechtsneutral verwendet. Sofern das Geschlecht relevant ist, wird dies an entsprechender Stelle gesondert erwähnt.

4.1.2 Geschlecht

Von den 104 Probanden, die an der Studie teilnahmen, konnten in dieser Kategorie alle Angaben verwertet werden ($n = 104$). An der Studie nahmen 48 männliche Probanden ($m = 48$; entspricht 46,2 %) und 56 weibliche Probanden ($w = 56$; entspricht 53,8 %) teil.

	Häufigkeit	Prozent
männlich	48	46,2
weiblich	56	53,8
Gesamt	104	100,0

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung nach Geschlecht (in Zahlen)

4.1.3 Altersverteilung

Von den 104 teilnehmenden Probanden konnten in dieser Kategorie alle Angaben verwertet werden ($n = 104$). Die Altersverteilung der Probanden bewegt sich zwischen 28 und 61 Jahren ($\text{min} = 28$, $\text{max} = 61$). Der Mittelwert liegt bei 38,79 ($\text{mw} = 38,79$), der Median beträgt 39,00 ($\text{med} = 39,00$). Die Standardabweichung der Altersverteilung ist 5,748 ($\text{sd} = 5,748$).

Mit 81,7 % verteilte sich der größte Anteil auf die Altersgruppe von 25–44 Jahren; 17,3 % waren zwischen 45 und 59 Jahre alt und nur 1 % war älter als 59 Jahre.

N	Gültig	104
	Fehlend	0
Mittelwert		38,79
Median		39,00
Standardabweichung		5,748
Minimum		28
Maximum		61
Perzentile	25	34,25
	50	39,00
	75	43,00

Tabelle 2: Altersstatistik

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
25–44 Jahre	85	81,7	81,7
45–59 Jahre	18	17,3	99,0
> 59 Jahre	1	1,0	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung nach Altersgruppen (in Zahlen)

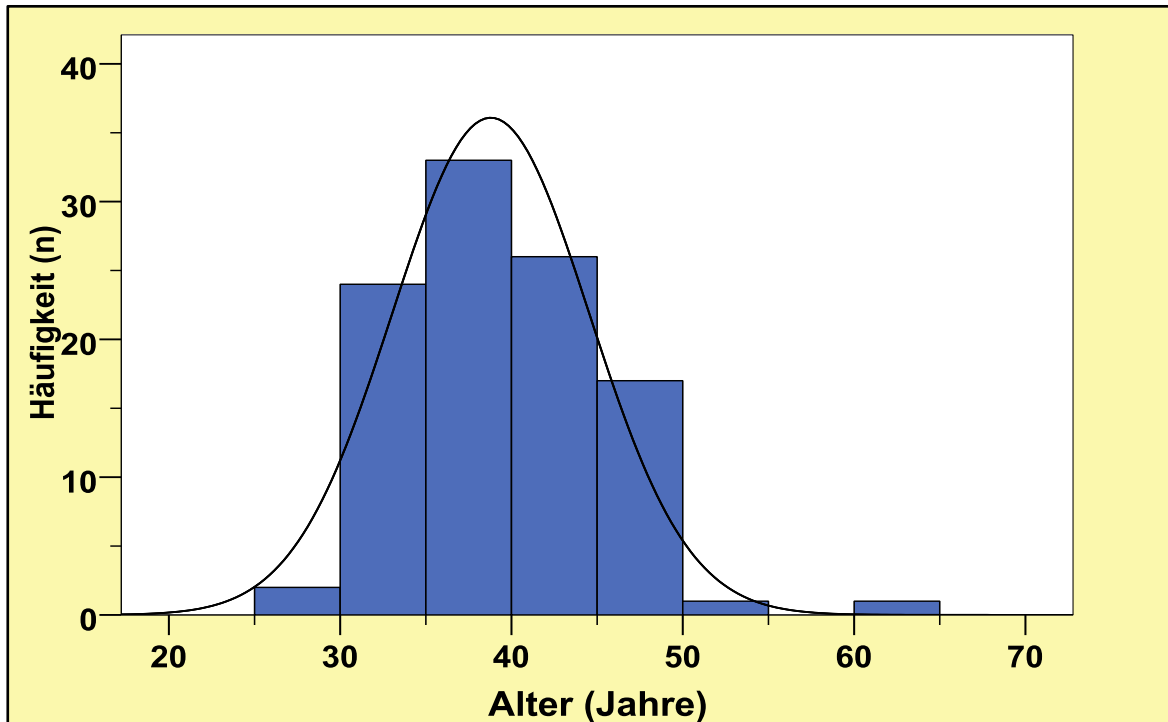


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung nach Alter (grafische Darstellung)

4.1.4 Schulabschluss

Die Testergebnisse der 104 Probanden konnten für diese Kategorie alle verwendet werden ($n = 104$). Unter den Testpersonen gab es einen Probanden mit Hauptschulabschluss, was 1 % entspricht. Einen Abschluss an einer Real- oder Handelsschule konnten neun Testpersonen oder 8,7 % vorweisen. Insgesamt sieben Probanden besuchten das Gymnasium, ohne mit dem Abitur abzuschließen; das entspricht 6,7 %. Das Abitur bestanden 16 Probanden (15,4 %), ohne daran anschließend ein Studium zu beginnen. Insgesamt 21 Probanden oder 22,2 % begannen ein Studium, ohne dieses abzuschließen. Ein abgeschlossenes Studium haben 50 Probanden, was einem Anteil von 48,1 % entspricht. Der Test konnte nicht ermitteln, um welches Studium es sich jeweils handelte. Für die vorliegende Studie ist dies auch nicht relevant.

	Häufigkeit	Prozent
mit Hauptschulabschluss	1	1,0
Real-/Handelsschule mit Abschluss	9	8,7
Gymnasium ohne Abi	7	6,7
Abitur ohne Studium	16	15,4
Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium	21	20,2
Abitur mit abgeschlossenem Studium	50	48,1
Gesamt	104	100,0

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung nach Bildungsstand (in Zahlen)

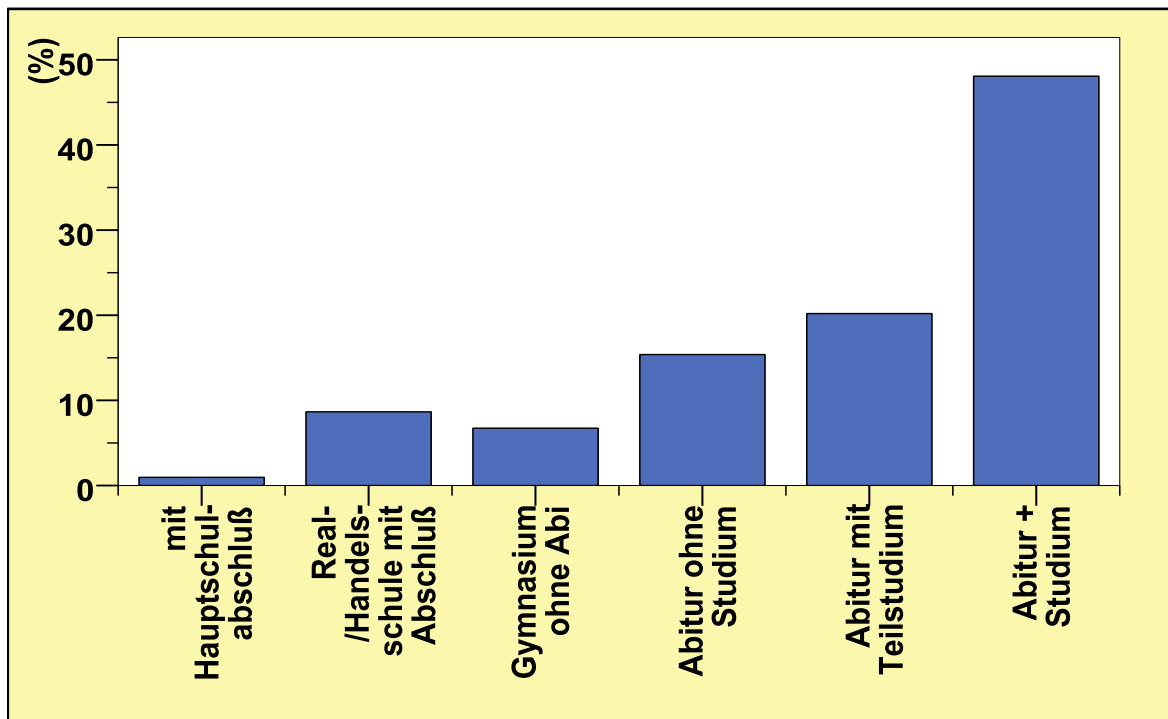


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung nach Bildungsstand (grafische Darstellung)

4.1.5 Familienstand

Alle Testergebnisse der 104 Probanden konnten verwendet werden ($n = 104$). Davon waren 57,7 % verheiratet, 31,7 % ledig und 10,6 % geschieden.

16,8 % der Probanden lebten allein, 83,2 % zusammen mit einem Partner.

	Häufigkeit	Prozent
verheiratet	60	57,7
ledig	33	31,7
geschieden	11	10,6
Gesamt	104	100,0

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung nach Familienstand (in Zahlen)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
allein lebend	17	16,3	16,8
mit Partner zusammenlebend	84	80,8	83,2
Gesamt	101	97,1	100,0
Fehlend	3	2,9	
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung nach Hausstand (in Zahlen)

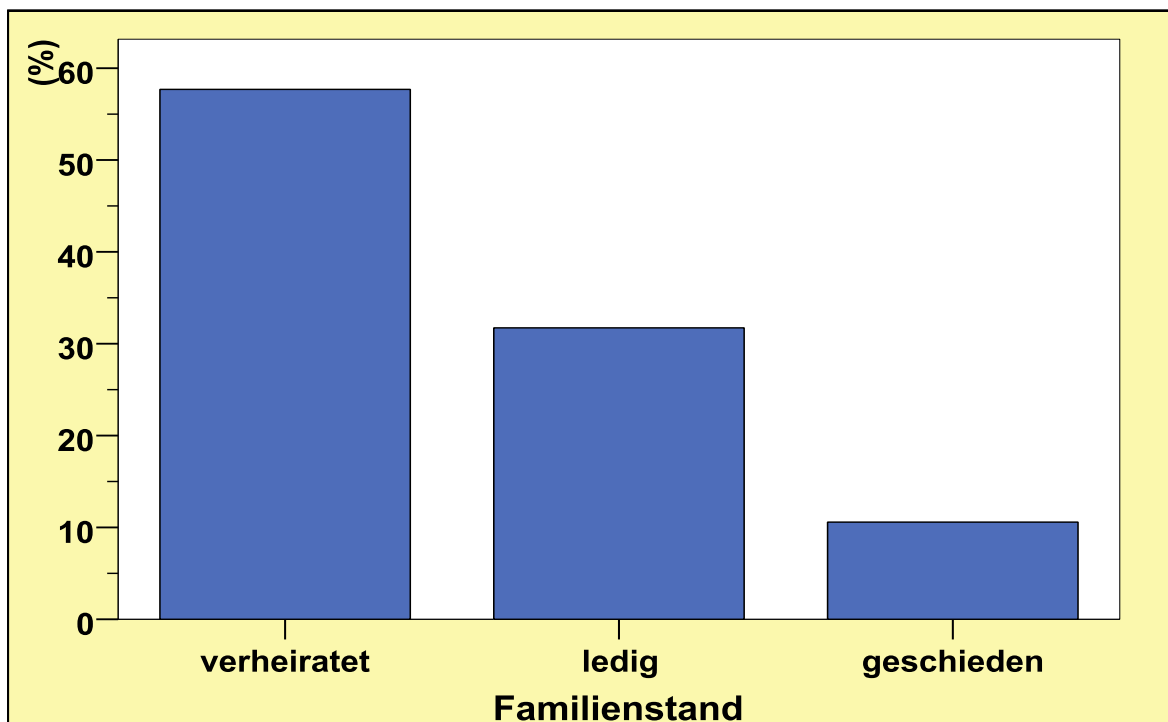


Abbildung 3: Verteilung nach Familienstand (grafische Darstellung)

4.1.6 Berufstätigkeit

Die Testwerte der 104 Probanden konnten alle verwendet werden ($n = 104$). Berufstätig waren 94,2 %, davon 4,8 % im eigenen Betrieb. Ein Prozent waren Hausfrauen; der Begriff „Hausfrau“ ist in den Testunterlagen vorgegeben und wird vom Autor wertfrei übernommen.

	Häufigkeit	Prozent
ja	98	94,2
im eigenem Betrieb	5	4,8
Hausfrau	1	1,0
Gesamt	104	100,0

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung nach Berufstätigkeit (in Zahlen)

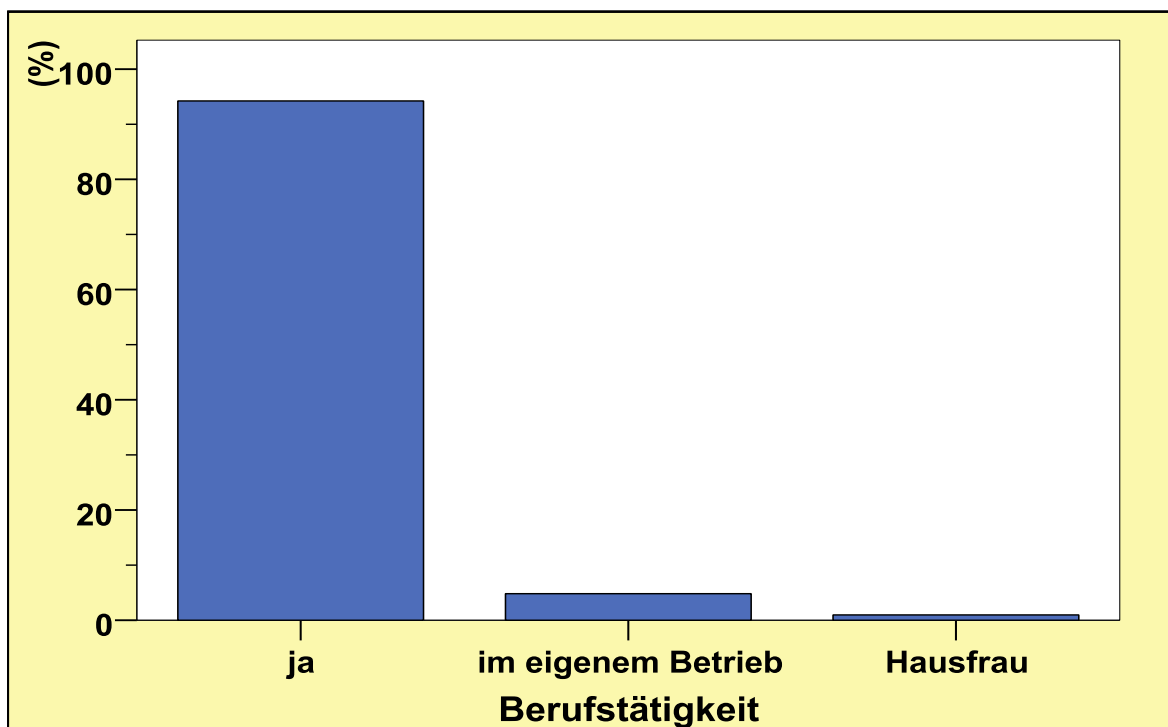


Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung nach Berufstätigkeit (grafische Darstellung)

4.1.7 Berufsgruppe

Die Testwerte der 104 Probanden konnten alle verwendet werden ($n = 104$). Von diesen Probanden waren 1,9 % Inhaber größerer Unternehmen. Die überwiegende Mehrheit (81,7 %) war freiberuflich tätig, kleine selbstständige Geschäftsleute machten 7,7 % aus. Unter den Testpersonen befanden sich 1,9 % leitende und 3,8 % nicht leitende Angestellte sowie jeweils 1 % Beamten des gehobenen Dienstes, selbstständige Handwerker und sonstige Arbeiter.

Anhand des Tests lässt sich nicht genauer eruieren, inwieweit selbstständige Handwerker und sonstige Arbeiter osteopathisch tätig sind. Aufgrund der geringen Anzahl sind sie statistisch irrelevant und somit für den Test zu vernachlässigen.

	Häufigkeit	Prozent
Inhaber von größeren Unternehmen	2	1,9
freier Beruf	85	81,7
kleine selbstständige Geschäftsleute	8	7,7
selbstständiger Handwerker	1	1,0
leitender Angestellter	2	1,9
nichtleitender Angestellter	4	3,8
Beamter des gehobenen Dienstes	1	1,0
sonstige Arbeiter	1	1,0
Gesamt	104	100,0

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung nach Berufsgruppen (in Zahlen)

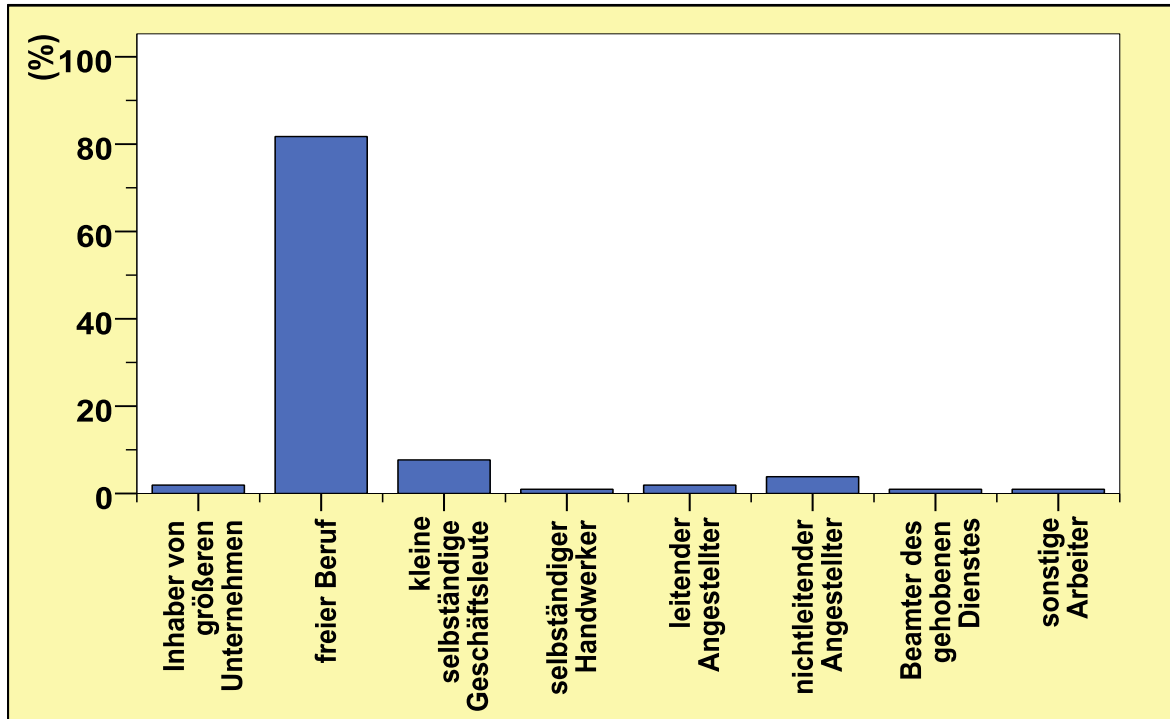


Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung nach Berufsgruppen (grafische Darstellung)

4.2 Interpretation der Ergebnisse

4.2.1 Wahl der Darstellung

Dieses Kapitel befasst sich mit den Auswertungsergebnissen der Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars. Die Darstellung erfolgt in Stanine-Normen mit den zugehörigen Häufigkeiten, die in Prozentwerten und kumulierten Prozentwerten ausgedrückt werden.

Die Stanine-Skala weist eine Unterteilung in Werte von 1–9 (Standard-Nine) auf, welche eine Vergrößerung der T-Skala ist. Bei Staninen existieren keine Werte, die kleiner als 1 oder größer als 9 sind. Gleitkomma-Werte werden immer auf die nächstliegende ganze Zahl gerundet. Stanine-Werte von 4–6 beschreiben die Normalverteilung. Stanine 7–9 drückt die eher positiven, Stanine 1–3 die eher negativen Werte aus.

Wegen der besseren Übersichtlichkeit werden zur Beschreibung der Werte entsprechend aufbereitete Tabellen und Histogramme verwendet (KOTTMANN, 2009). In den grafischen Darstellungen wird die Normalverteilung (Werte von 4–6) blau dargestellt. Die Punktwerte 7–9, die die eher positiven Testergebnisse ausdrückt, werden grün eingezeichnet. Die Stanine-Werte 1–3, die die eher negativen Testergebnisse ausdrücken, werden rot dargestellt.

Eine Tabelle mit den Signifikanzen und zugehörigen Anmerkungen befindet sich am Ende dieses Kapitels.

4.2.2 Einzelne Stanine-Werte

4.2.2.1 Lebenszufriedenheit

In der Skala *Lebenszufriedenheit* verteilen sich 64 Probanden ($n = 64$) auf die Stanine 4–6, was 51,5 % entspricht. 34 Probanden ($n = 34$) bzw. 32,7 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 6 Probanden ($n = 6$) und

damit 5,8 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,000 ($p = 0,000$) und ist höchst signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs sind demnach mit ihrem Leben äußerst zufrieden, bezeichnen ihre Partnerbeziehung (Ehe) als sehr glücklich und fühlen sich vom ausgeübten Beruf voll befriedigt. Rückblickend möchten sie nicht anders gelebt haben und blicken zuversichtlich in die Zukunft. Sie scheinen mit sich selbst in Frieden zu leben. Diese Personen haben eine positive Lebensgrundstimmung, welches sich in gelassenem Selbstvertrauen und Ausgeglichenheit äußert.

Interpretation:

Die Signifikanz dieser Skala lässt Rückschlüsse zu, dass die Probanden mehrheitlich höchst zufrieden mit ihrem bisherigen Weg sind. Sie fühlen sich erfüllt von ihrer Tätigkeit als Osteopath und möchten diese auch in Zukunft ausüben. Die positive Grundstimmung und die Ausgeglichenheit sind eine ideale Grundvoraussetzung für die therapeutische Tätigkeit, weil sie sich auf den Patienten übertragen und somit die Beziehung zwischen Therapeut und Patient positiv beeinflussen können.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
2	1	1,0	1,0
3	5	4,8	5,8
4	12	11,5	17,3
5	20	19,2	36,5
6	32	30,8	67,3
7	20	19,2	86,5
8	9	8,7	95,2
9	5	4,8	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 9: Stanine Lebenszufriedenheit (in Zahlen)

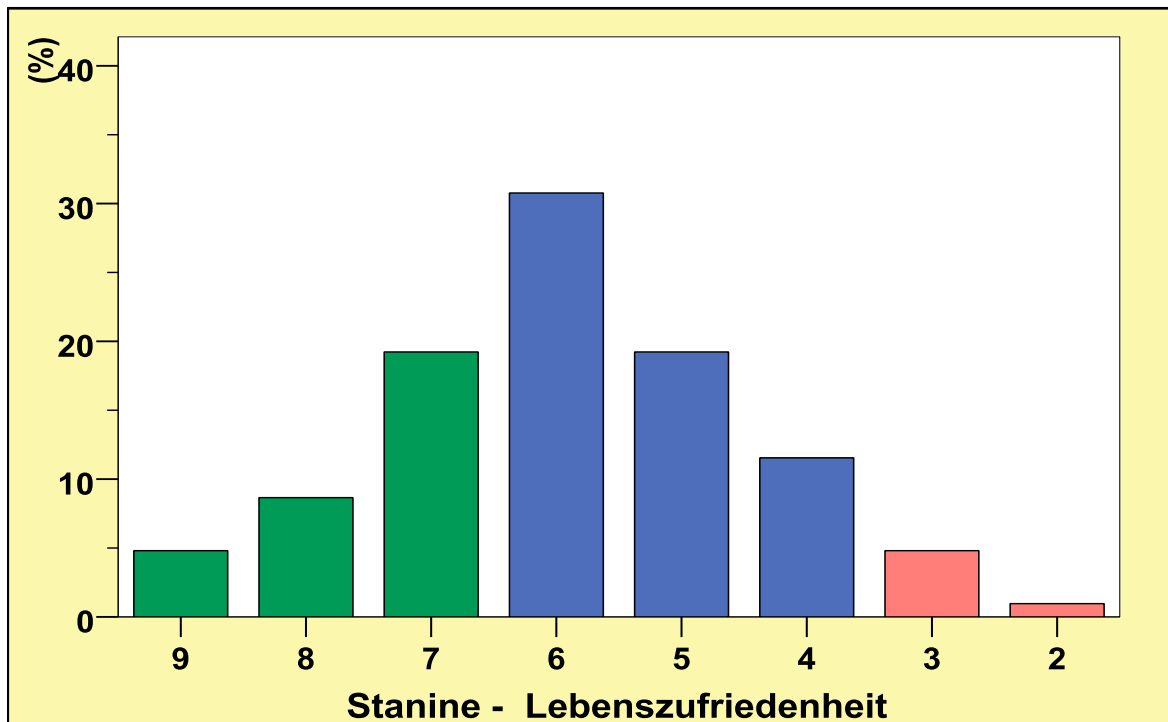


Abbildung 6: Stanine Lebenszufriedenheit (grafische Darstellung)

4.2.2.2 Soziale Orientierung

In der Skala *Soziale Orientierung* verteilen sich 67 Probanden ($n = 67$) auf die Stanine 4–6, was 64,4 % entspricht. 34 Probanden ($n = 34$) bzw. 32,7 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 3 Probanden ($n = 3$) und damit 2,9 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,000 ($p = 0,000$) und ist höchst signifikant.

Die überwiegende Mehrzahl der Probanden des Testkollektivs drückt demnach ihre Hilfsbereitschaft aus und fühlen sich sozial verantwortlich für andere Menschen. Diese Probanden gehen auf andere Menschen ein und sind motiviert zu helfen, zu pflegen und zu trösten. Sie sind zu Geldspenden und Mithilfe in sozialen Einrichtungen bereit. Auch empfinden sie ein schlechtes Gewissen über eigenen Wohlstand und Konsum im Vergleich zu anderen.

Interpretation:

Aufgrund der Signifikanz der Skala ist soziale Orientierung eine sehr gute Voraussetzung für den Beruf des Osteopathen. Das gute Einfühlungsvermögen und die Motivation zu helfen, zu pflegen und zu trösten sind wichtig, um eine vertrauensvolle Atmosphäre, die bei den osteopathischen Behandlungssequenzen üblich ist, über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten. Das schlechte Gewissen über den eigenen Wohlstand und Konsum könnte allerdings ein Hemmschuh für die leistungsgerechte Abrechnung und Bewertung der eigenen Dienstleistung sein. Des Weiteren wäre es möglich, dass sich Osteopathen mit hohen Punktwerten in dieser Skala gegenüber stark fordernden Patienten nicht genügend abgrenzen können und aus Mitleid unentgeltlich oder an Wochenenden arbeiten. Daraus ließe sich folgern, dass sie auch über die eigenen Belastungsgrenzen gehen und ihrer eigenen Gesundheit somit Schaden zufügen.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
2	2	1,9	1,9
3	1	1,0	2,9
4	21	20,2	23,1
5	18	17,3	40,4
6	28	26,9	67,3
7	25	24,0	91,3
8	6	5,8	97,1
9	3	2,9	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 10: Stanine Soziale Orientierung (in Zahlen)

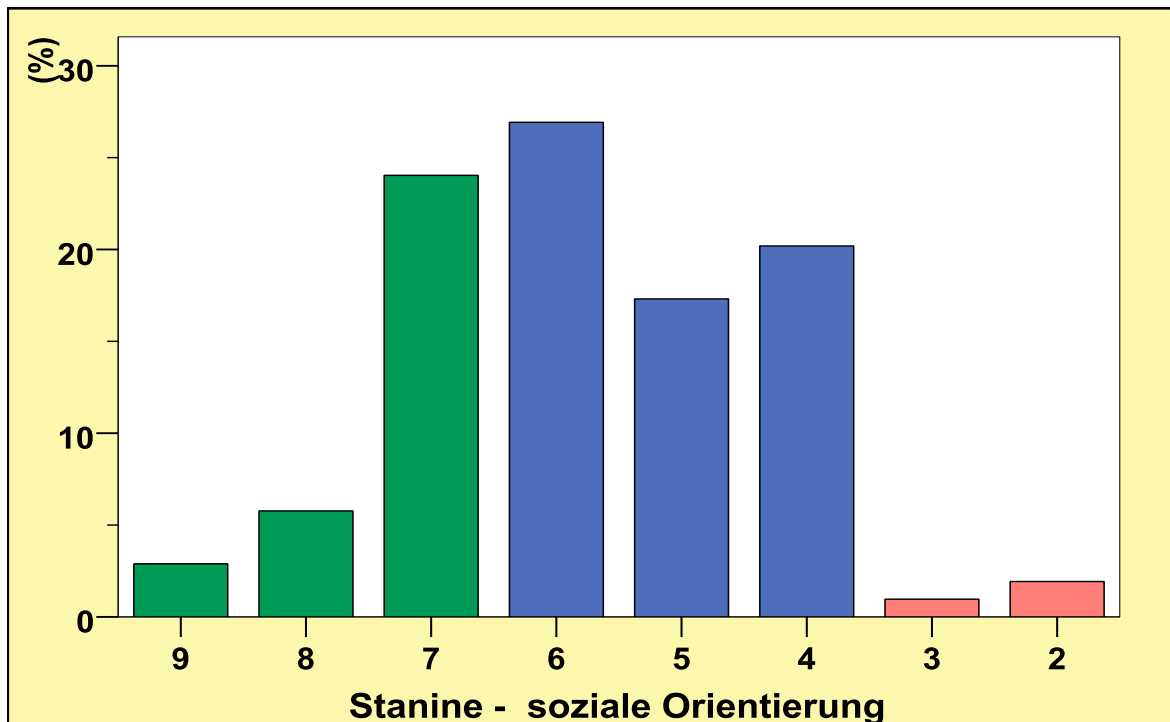


Abbildung 7: Stanine Soziale Orientierung (grafische Darstellung)

4.2.2.3 Leistungsorientierung

In der Skala *Leistungsorientierung* verteilen sich 64 Probanden ($n = 64$) auf die Stanine 4–6, was 61,5 % entspricht. 16 Probanden ($n = 16$) bzw. 14,4 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 24 Probanden ($n = 24$) und damit 23,1 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,606 ($p = 0,606$) und ist nicht signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs sind demnach weder mehrheitlich leistungsorientiert oder leistungsmotiviert noch sind sie überwiegend passiv oder lehnen beruflichen Erfolg und engagierte Arbeit ab. Sie unterscheiden sich nicht vom Normkollektiv.

Interpretation:

Die unauffälligen Ergebnisse überraschen, bedeutet doch die berufsbegleitende Ausbildung zum Osteopathen, die alle Probanden absolvieren mussten, einen hohen finanziellen wie auch zeitlichen Aufwand. Allerdings wäre es denkbar, dass

das Normalkollektiv eine erhöhte Leistungsbereitschaft hat, was sich im Testkollektiv dann als normal darstellt. Dies müsste allerdings durch eine Kontrollstudie mit einem anderen Kollektiv überprüft werden.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	2	1,9	1,9
2	1	1,0	2,9
3	21	20,2	23,1
4	12	11,5	34,6
5	31	29,8	64,4
6	21	20,2	84,6
7	12	11,5	96,2
8	1	1,0	97,1
9	3	2,9	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 11: Stanine Leistungsorientierung (in Zahlen)

Da die Stanine-Werte der Leistungsorientierung schwierig in gut und schlecht einzuordnen sind, erfolgt die grafische Darstellung farblich neutral.

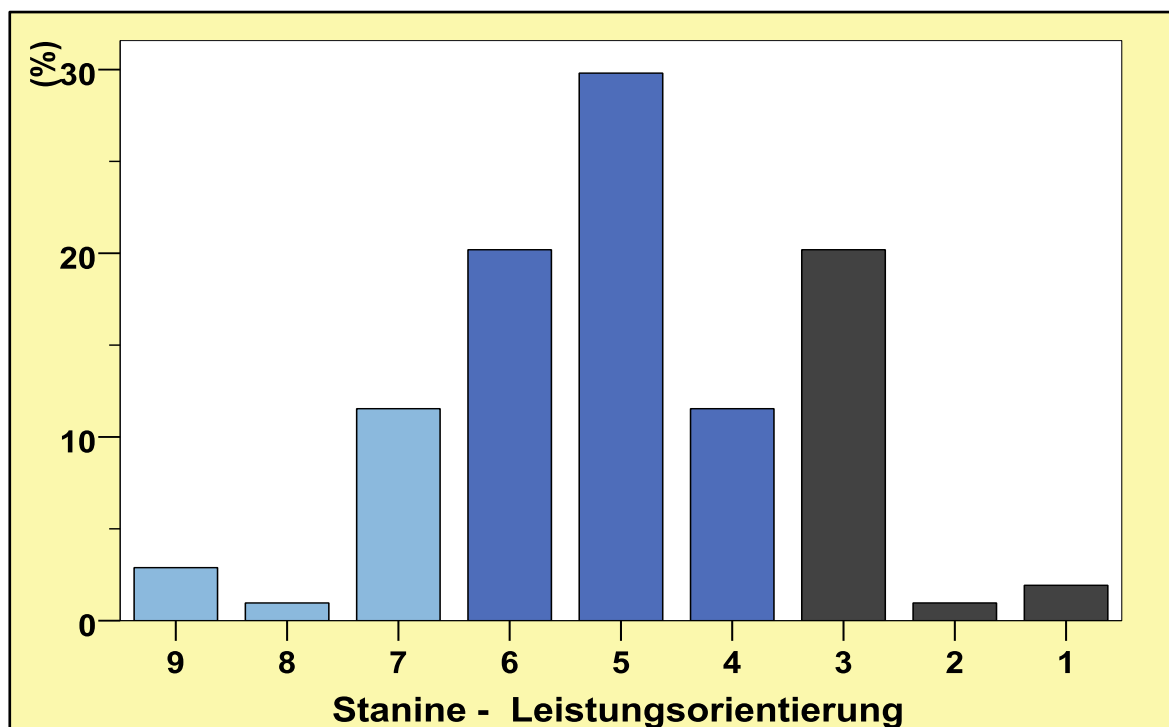


Abbildung 8: Stanine Leistungsorientierung (grafische Darstellung)

4.2.2.4 Gehemmtheit

In der Skala *Gehemmtheit* verteilen sich 74 Probanden ($n = 74$) auf die Stanine 4–6, was 71,2 % entspricht. 18 Probanden ($n = 18$) bzw. 7,7 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 12 Probanden ($n = 12$) und damit 3,8 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,414 ($p = 0,414$) und ist nicht signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs sind demnach weder sozial gehemmt und können ohne Probleme in Gesellschaften in Erscheinung treten noch sind sie übermäßig kontaktbereit und ungezwungen in einer Gruppe. Sie unterscheiden sich nicht vom Normalkollektiv.

Interpretation:

Die Eigenschaften dieser Skala lassen die Vermutung zu, dass die Probanden ohne Probleme auf ihre Patienten zugehen, aber trotzdem eine gesunde Distanz bewahren können, was für einen Therapeuten eine gute Voraussetzung ist.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	2	1,9	1,9
2	2	1,9	3,8
3	8	7,7	11,5
4	27	26,0	37,5
5	28	26,9	64,4
6	19	18,3	82,7
7	10	9,6	92,3
8	6	5,8	98,1
9	2	1,9	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 12: Stanine Gehemmtheit (in Zahlen)

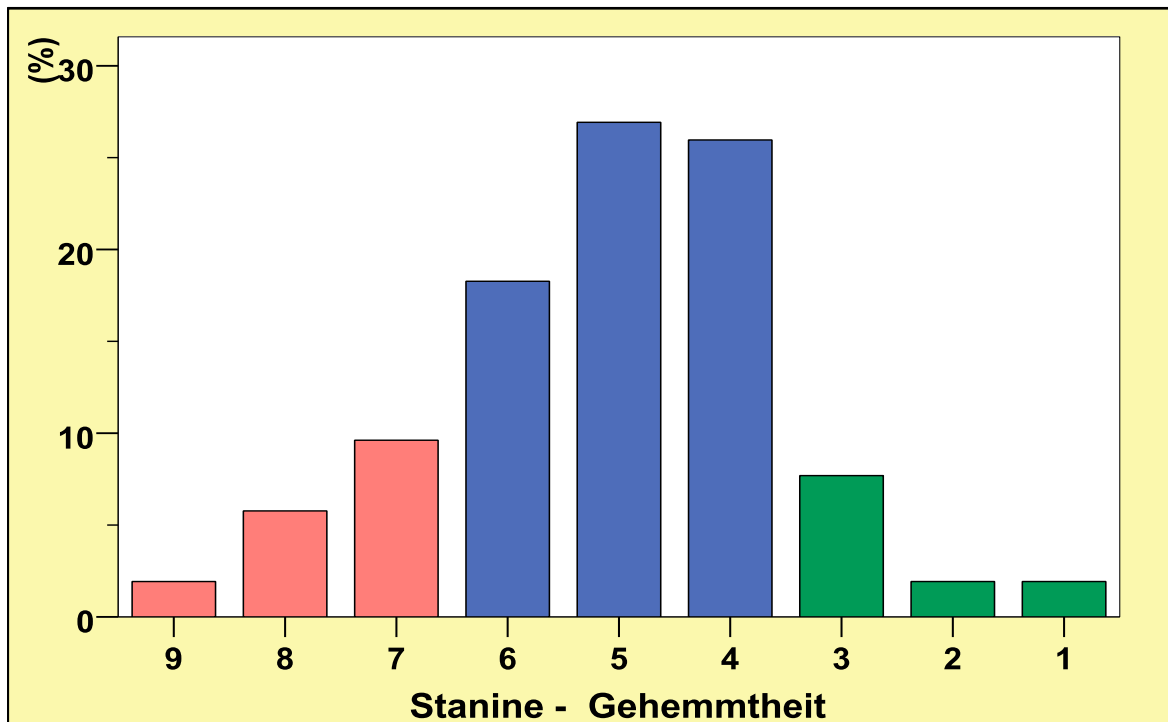


Abbildung 9: Stanine Gehemmtheit (grafische Darstellung)

4.2.2.5 Erregbarkeit

In der Skala *Erregbarkeit* verteilen sich 61 Probanden ($n = 61$) auf die Stanine 4–6, was 58,6 % entspricht. 18 Probanden ($n = 18$) bzw. 17,3 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 verteilen sich 25 Probanden ($n = 25$) und damit 24 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,040 ($p = 0,040$) und ist signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs sind demnach leichter erregbar und reizbar. Sie können oft ihren Ärger nicht beherrschen, sind leicht aus der Ruhe zu bringen und lassen sich zu unbedachten Äußerungen und Drohungen hinreißen. Sie können Dinge nicht leichtnehmen und reagieren inadäquat empfindlich oder hastig.

Interpretation:

Die Signifikanz in dieser Skala lässt vermuten, dass die Probanden dieser Testgruppe während einer osteopathischen Behandlung schwer mit Kritik umgehen können. So können auch unbedachte Äußerungen des Patienten persönlich ge-

nommen werden und zu einer inadäquat ärgerlichen Reaktion des Therapeuten führen. Dies kann die Behandlung und das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient empfindlich stören.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	7	6,7	6,7
2	8	7,7	14,4
3	10	9,6	24,0
4	30	28,8	52,9
5	19	18,3	71,2
6	12	11,5	82,7
7	10	9,6	92,3
8	6	5,8	98,1
9	2	1,9	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 13: Stanine Erregbarkeit (in Zahlen)

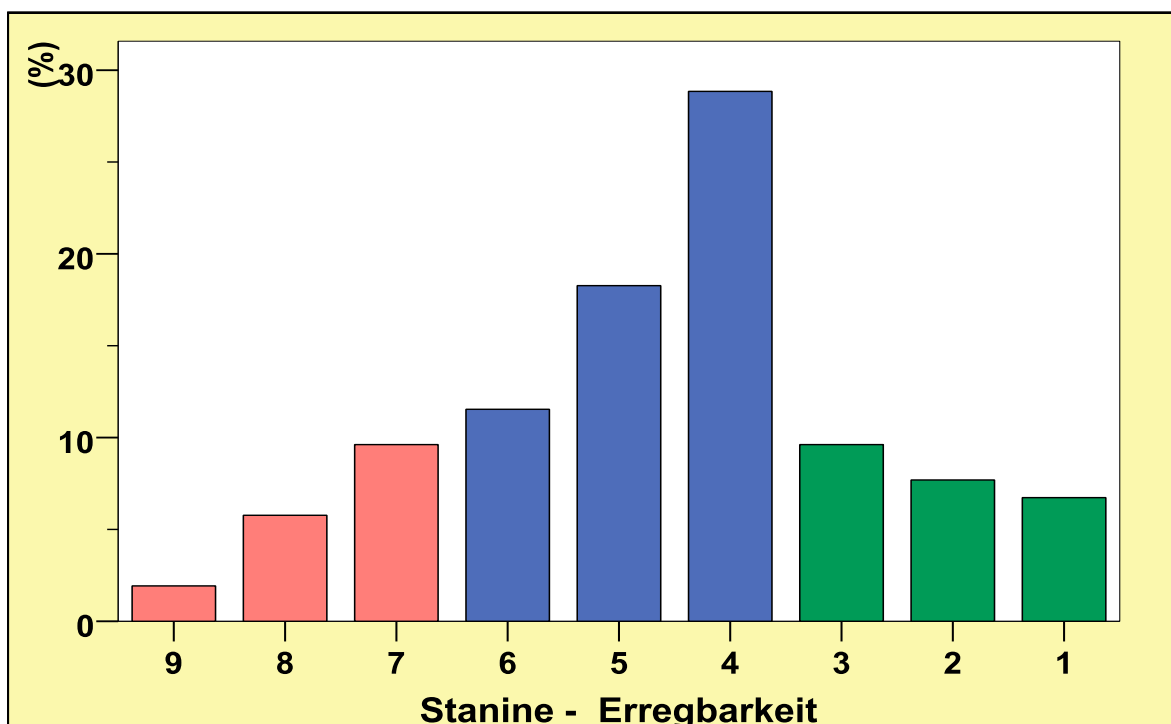


Abbildung 10: Stanine Erregbarkeit (grafische Darstellung)

4.2.2.6 Aggressivität

In der Skala *Aggressivität* verteilen sich 59 Probanden ($n = 59$) auf die Stanine 4–6, was 56,8 % entspricht. 8 Probanden ($n = 8$) bzw. 7,6 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 37 Probanden ($n = 37$) und damit 36,6 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,000 ($p = 0,000$) und ist höchst signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs lassen eine Bereitschaft zu aggressiver Durchsetzung erkennen, was sich sehr unterschiedlich äußern kann. Anderen Menschen Fehler nachzuweisen oder grobe Streiche zu spielen, kann ihnen unter Umständen Spaß machen. Sie reagieren leicht wütend und unbeherrscht und wenden vielleicht auch körperliche Gewalt an, wenn sie sich in ihren Rechten verletzt fühlen.

Interpretation:

Die hohe Signifikanz dieser Skala lässt auf eine latente Grundaggressivität bei den Probanden schließen, die sich auf den Patienten übertragen kann. Zusammen mit den Eigenschaften der Skala Erregbarkeit sind dies sehr ungünstige Voraussetzungen für eine tiefe und vertrauensvolle therapeutische Beziehung.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	11	10,6	10,6
3	26	25,0	35,6
4	24	23,1	58,7
5	29	27,9	86,5
6	6	5,8	92,3
7	4	3,8	96,2
8	2	1,9	98,1
9	2	1,9	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 14: Stanine Aggressivität (in Zahlen)

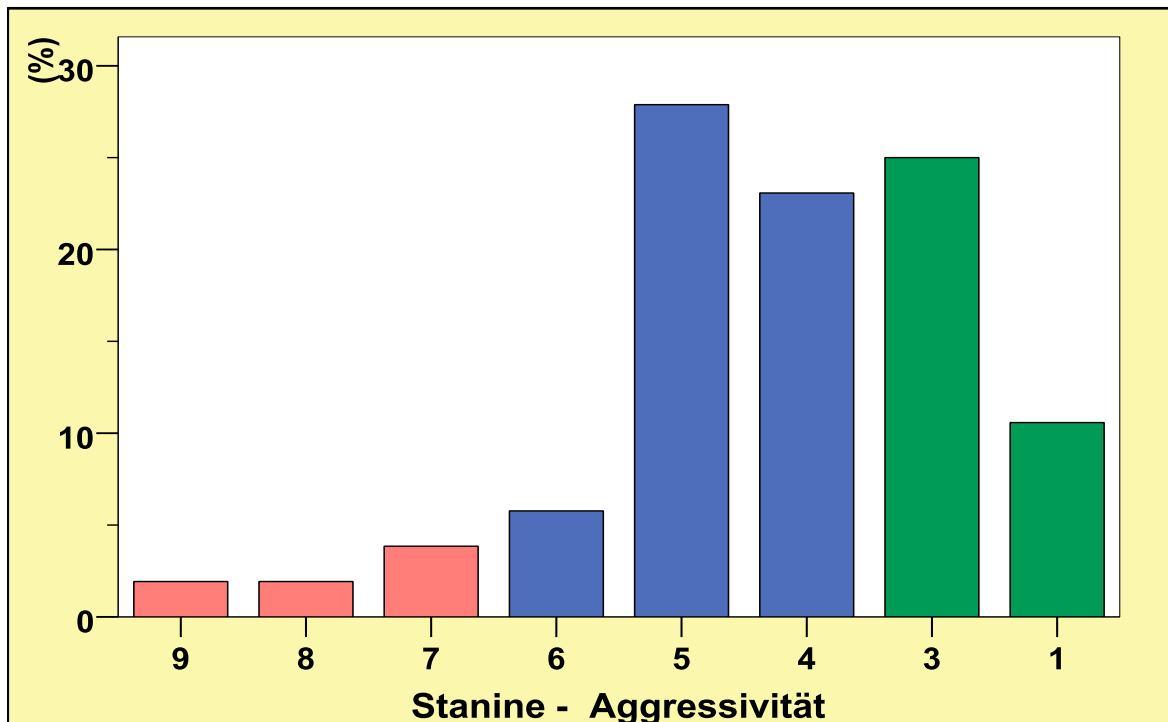


Abbildung 11: Stanine Aggressivität (grafische Darstellung)

4.2.2.7 Beanspruchung

In der Skala *Beanspruchung* verteilen sich 60 Probanden ($n = 60$) auf die Stanine 4–6, was 57,6 % entspricht. 22 Probanden ($n = 22$) bzw. 20,1 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 22 Probanden ($n = 22$) und damit 21,4 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,765 ($p = 0,765$) und ist nicht signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs sind demnach weder übermäßig stark beansprucht oder überfordert noch unterfordert. Sie unterscheiden sich nicht vom Normalkollektiv.

Interpretation:

Die Skala *Beanspruchung* ist nicht signifikant und lässt auf eine Ausgeglichenheit der Probanden schließen, was durch die hohe Signifikanz der Skala *Lebenszufriedenheit* schon bewiesen werden konnte.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	5	4,8	4,8
2	4	3,8	8,7
3	13	12,5	21,2
4	17	16,3	37,5
5	25	24,0	61,5
6	18	17,3	78,8
7	15	14,4	93,3
8	5	4,8	98,1
9	2	1,9	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 15: Stanine Beanspruchung (in Zahlen)

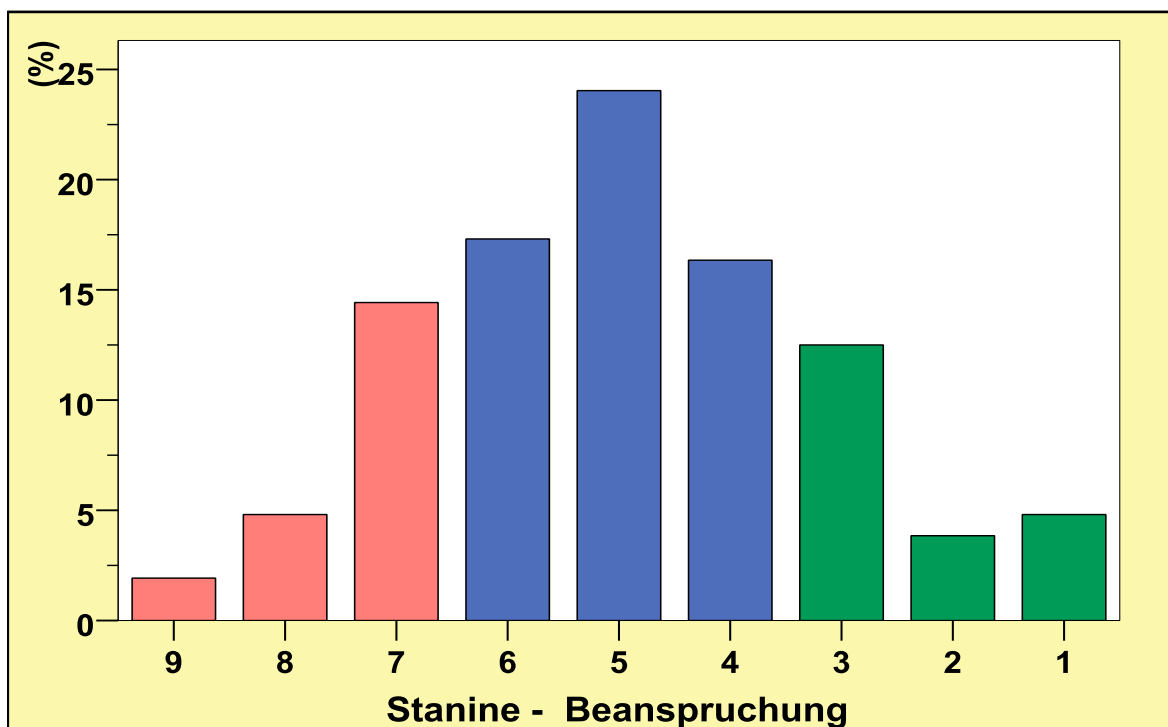


Abbildung 12: Stanine Beanspruchung (grafische Darstellung)

4.2.2.8 Körperliche Beschwerden

In der Skala *Körperliche Beschwerden* verteilen sich 56 Probanden ($n = 56$) auf die Stanine 4–6, was 53,8 % entspricht. 7 Probanden ($n = 7$) bzw. 6,8 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 verteilen sich 41 Probanden ($n = 41$)

und damit 39,5 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,000 ($p = 0,000$) und ist höchst signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs haben demnach ein gestörtes körperliches Allgemeinbefinden mit Wetterfühligkeit, Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Außerdem klagen sie über spezielle Beschwerden wie Herzarrhythmien, empfindlichen Magen, Verstopfung sowie kalte Hände und Füße. Ferner klagen sie über Engegefühl in der Brust, nervöses Zucken und zittrige Hände.

Interpretation:

Die hohe Signifikanz dieser Skala erhärtet die Vermutung, dass sich die Probanden gegenüber den Erwartungen der Patienten nicht genügend abgrenzen können und dies mit ihrer eigenen Gesundheit bezahlen. Diese Vermutung wurde bereits oben in der Interpretation der Skala *Soziale Orientierung* (Kap. 4.2.2.2) aufgestellt. Für die osteopathische Behandlung sind körperliche Beschwerden eine ungünstige Voraussetzung, weil sie einerseits Aufmerksamkeit binden und andererseits eine schlechte Vorbildfunktion für den Patienten darstellen.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozenze
1	9	8,7	8,7
2	10	9,6	18,3
3	22	21,2	39,4
4	25	24,0	63,5
5	20	19,2	82,7
6	11	10,6	93,3
7	5	4,8	98,1
8	1	1,0	99,0
9	1	1,0	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 16: Stanine Körperliche Beschwerden (in Zahlen)

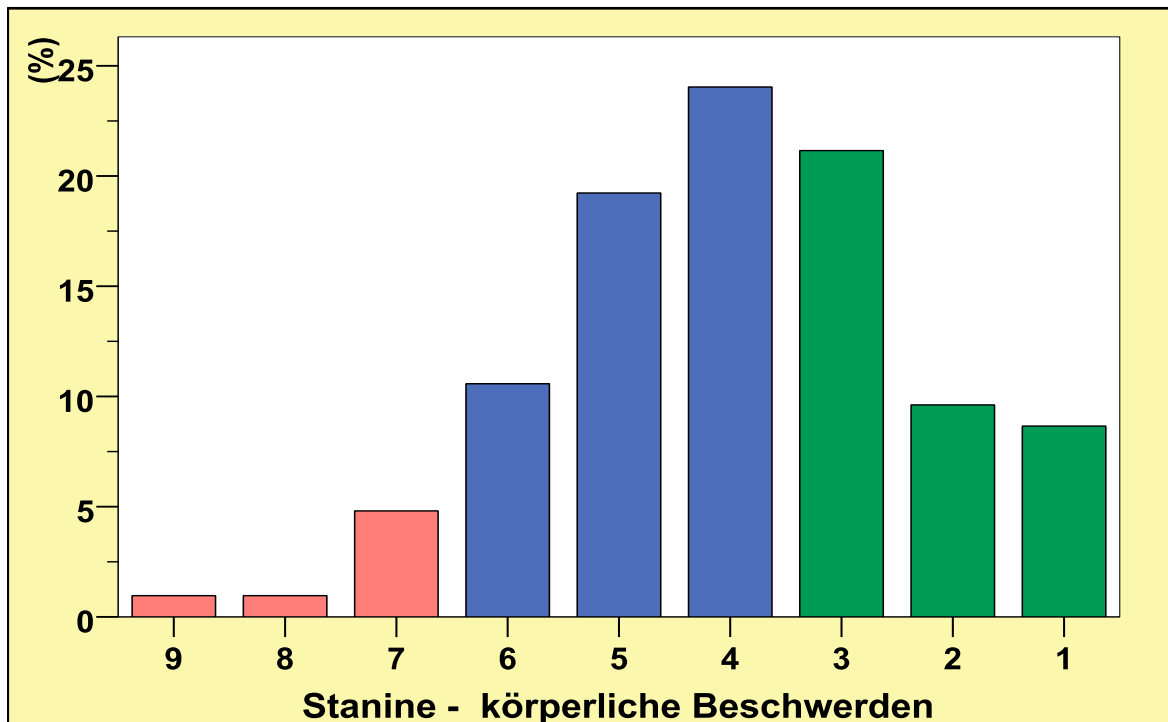


Abbildung 13: Stanine Körperliche Beschwerden (grafische Darstellung)

4.2.2.9 Gesundheitssorgen

In der Skala *Gesundheitssorgen* verteilen sich 61 Probanden ($n = 61$) auf die Stanine 4–6, was 58,7 % entspricht. 8 Probanden ($n = 8$) bzw. 7,7 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 35 Probanden ($n = 35$) und damit 33,6 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,000 ($p = 0,000$) und ist höchst signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs sind demnach sehr gesundheitsbewusst und gesundheitsbesorgt. Sie versuchen sich durch ihren Lebensstil zu schonen und eine mögliche Ansteckung oder Schädigung zu vermeiden. Aus dieser unter Umständen etwas hypochondrischen Tendenz sind sie um medizinisches Wissen bemüht und suchen relativ häufig ärztlichen Rat, obwohl sie misstrauisch bleiben.

Interpretation:

Die Besorgnis um die eigene Gesundheit lässt vermuten, dass die Probanden diesbezüglich schon schlechte Erfahrungen gemacht haben. Diese Vermutung

erhert sich durch die hohe Signifikanz in der Skala *Körperliche Beschwerden* (Kap. 4.2.2.8). Durch ihre gesundheitsbewusste Lebensweise erfüllen sie eine Vorbildfunktion beim Patienten und erhöhen somit ihre Glaubwürdigkeit, was den Behandlungserfolg positiv beeinflussen kann.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	4	3,8	3,8
2	15	14,4	18,3
3	16	15,4	33,7
4	19	18,3	51,9
5	24	23,1	75,0
6	18	17,3	92,3
7	7	6,7	99,0
8	1	1,0	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 17: Stanine Gesundheitssorgen (in Zahlen)

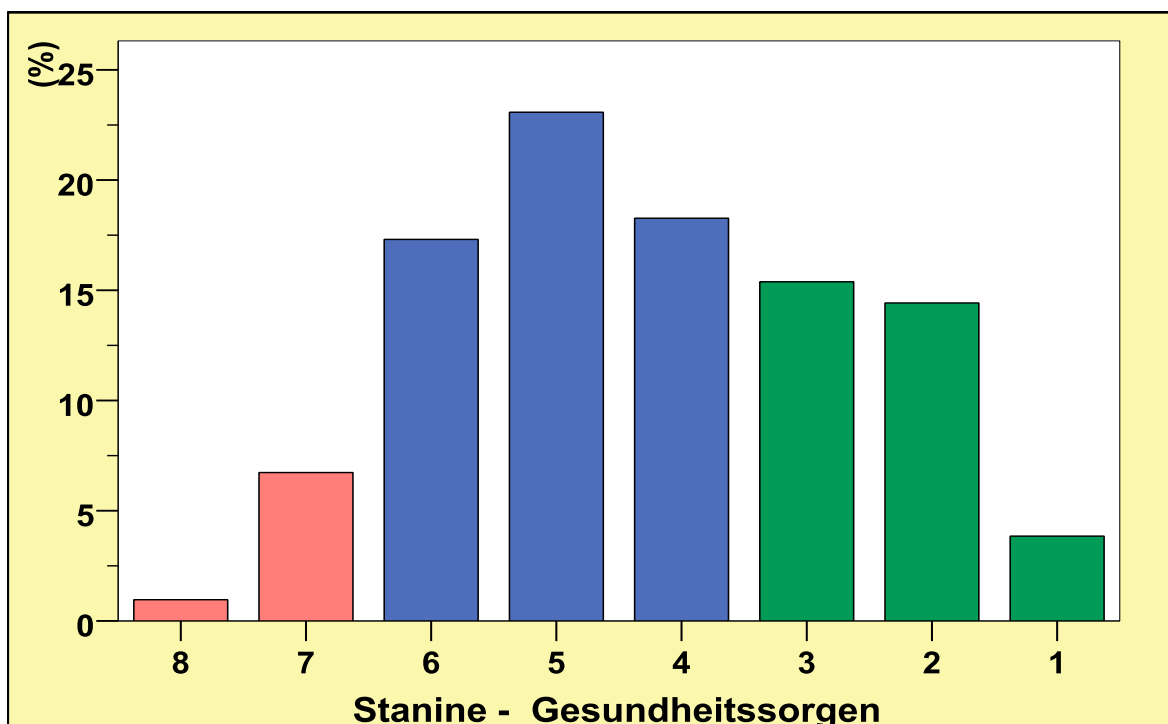


Abbildung 14: Stanine Gesundheitssorgen (grafische Darstellung)

4.2.2.10 Offenheit

In der Skala *Offenheit* verteilen sich 71 Probanden ($n = 71$) auf die Stanine 4–6, was 68,2 % entspricht. 13 Probanden ($n = 13$) bzw. 12,5 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 20 Probanden ($n = 20$) und damit 19,2 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,262 ($p = 0,262$) und ist nicht signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs sind demnach weder übermäßig offen bei der Abweichung von gängigen Normen („gute Sitten“) noch orientieren sie sich sehr stark an konventionellen Umgangsformen (Konformität). Sie unterscheiden sich nicht vom Normalkollektiv.

Interpretation:

Die Skala *Offenheit* weist keine Signifikanz auf, sodass sich keine Rückschlüsse auf den Einfluss auf die osteopathische Behandlung ziehen lassen.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	2	1,9	1,9
2	7	6,7	8,7
3	11	10,6	19,2
4	33	31,7	51,0
5	15	14,4	65,4
6	23	22,1	87,5
7	5	4,8	92,3
8	8	7,7	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 18: Stanine Offenheit (in Zahlen)

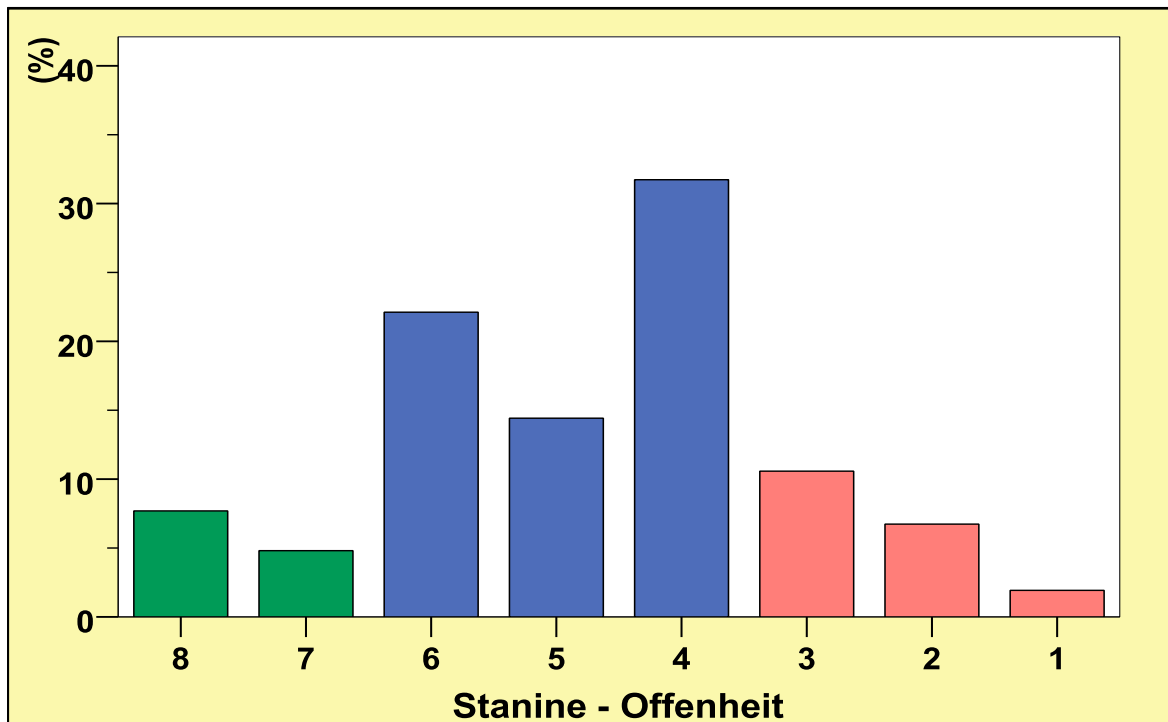


Abbildung 15: Stanine Offenheit (grafische Darstellung)

4.2.2.11 Extraversion

In der Skala *Extraversion* verteilen sich 60 Probanden ($n = 60$) auf die Stanine 4–6, was 57,7 % entspricht. 9 Probanden ($n = 9$) bzw. 8,6 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 35 Probanden ($n = 35$) und damit 51,8 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,003 ($p = 0,003$) und ist signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs sind demnach gesellig und impulsiv und gehen abends gern aus. Sie schätzen Unterhaltung und Abwechslung und schließen schnell Freundschaften. Sie können sich unbeschwert auslassen und fühlen sich in Gesellschaft anderer wohl. Diese Menschen sind eher unternehmungslustig und auch dazu bereit, bei gemeinsamen Aktionen Aufgaben oder auch die Führung zu übernehmen.

Interpretation:

Die Signifikanz der Skala *Extraversion* attestiert den Probanden positive Eigenschaften für die osteopathische Behandlung. Sie können gut auf Menschen zugehen und stellen somit schnell den Kontakt zum Patienten her, was eine vertrauensvolle Behandlungssituation schaffen kann.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	2	1,9	1,9
2	15	14,4	16,3
3	18	17,3	33,7
4	19	18,3	51,9
5	20	19,2	71,2
6	21	20,2	91,3
7	4	3,8	95,2
8	4	3,8	99,0
9	1	1,0	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 19: Stanine Extraversion (in Zahlen)

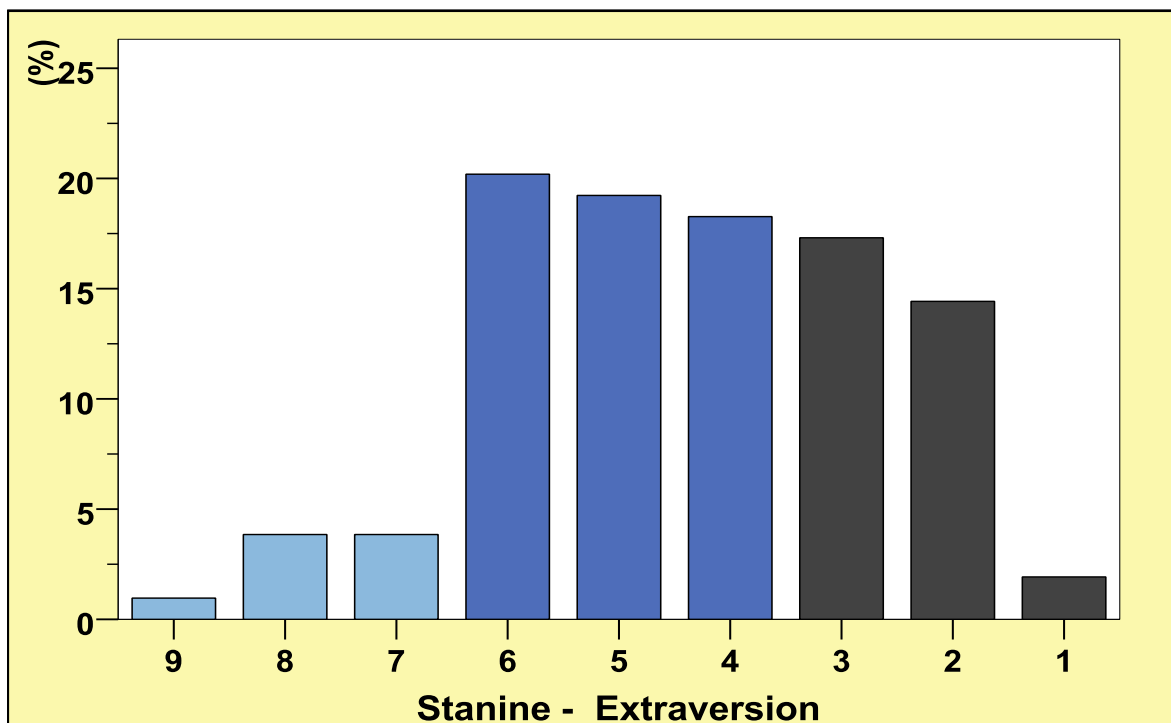


Abbildung 16: Stanine Extraversion (grafische Darstellung)

4.2.2.12 Emotionalität

In der Skala *Emotionalität* verteilen sich 59 Probanden ($n = 59$) auf die Stanine 4–6, was 46,8 % entspricht. 13 Probanden ($n = 13$) bzw. 12,4 % verteilen sich auf die Stanine 7–9. Auf die Stanine 1–3 entfallen 32 Probanden ($n = 32$) und damit 30,7 %. Der Signifikanzwert zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv beträgt 0,000 ($p = 0,000$) und ist höchst signifikant.

Die Probanden des Testkollektivs lassen demnach viele Probleme und innere Konflikte erkennen. Sie fühlen sich einerseits abgespannt, matt oder auch teilnahmslos, andererseits sind sie reizbar und erregbar. Sie grübeln sehr viel über ihre Lebensbedingungen und neigen zu Tagträumerei, fühlen sich aber von Bekannten und Verwandten kaum richtig verstanden. Ihre Stimmung ist weitgehend ängstlich getönt und bedrückt und sie haben häufig wechselnde Launen. Sie fühlen sich oft im Stress, nervös und psychosomatisch gestört. Sie machen sich gesundheitliche Sorgen.

Interpretation:

Die hohe Signifikanz dieser Skala lässt die Vermutung zu, dass die Probanden nicht in der Lage sind, den geschaffenen Kontakt zum Patienten über längere Zeit aufrechtzuerhalten. Die Teilnahmslosigkeit kann den Kontakt zum Patienten stören und deshalb eine Unsicherheit bei ihm hervorrufen, was eine Distanz verschafft und somit die therapeutische Beziehung negativ beeinflusst.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
1	3	2,9	2,9
2	12	11,5	14,4
3	17	16,3	30,8
4	27	26,0	56,7
5	19	18,3	75,0
6	13	12,5	87,5
7	7	6,7	94,2
8	4	3,8	98,1
9	2	1,9	100,0
Gesamt	104	100,0	

Tabelle 20: Stanine Emotionalität (in Zahlen)

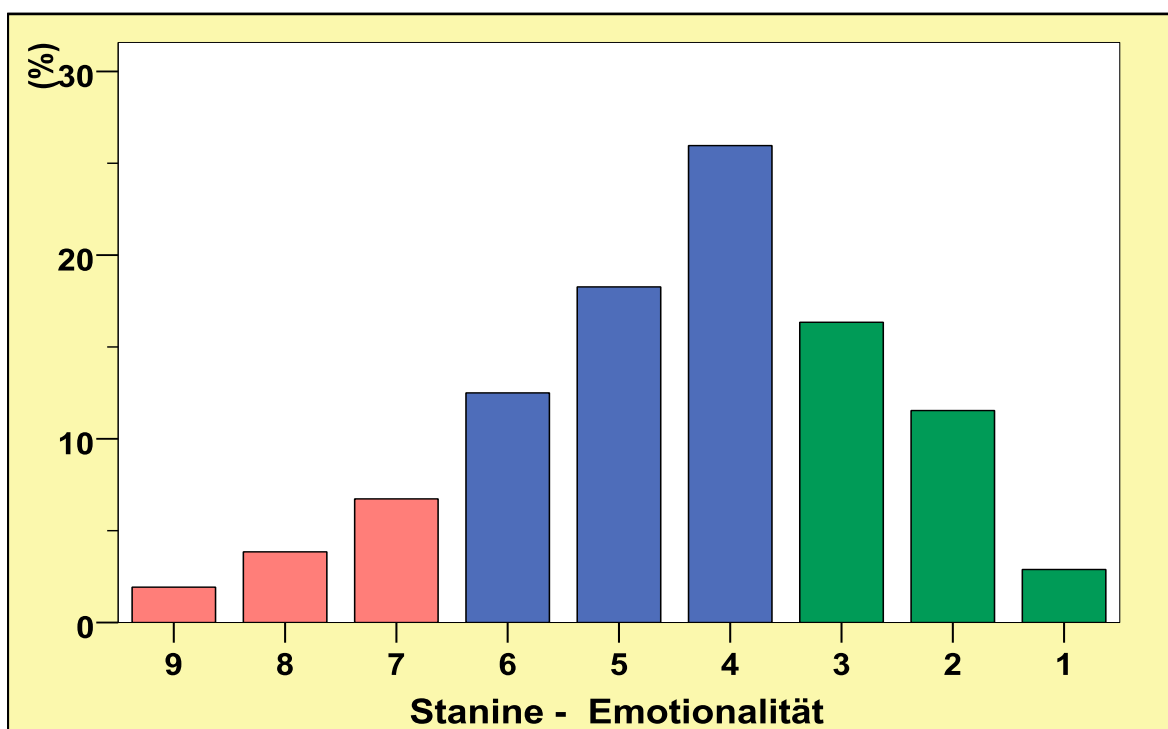


Abbildung 17: Stanine Emotionalität (grafische Darstellung)

4.3 Normalverteilungstests der 12 Rohwerte

4.3.1 Anmerkungen zur Signifikanz (KOTTMANN, 2009, s. p.)

Eine Signifikanz bei einer statistischen Berechnung besteht, wenn der p-Wert $\leq 0,05$ ist. Bei Angabe der Signifikanz kann entweder der exakte p-Wert (z. B. 0,003) oder das Signifikanzniveau (z. B. $p < 0,01$) angegeben werden.

Man unterscheidet folgende Signifikanzniveaus:

$p >$	0,05	\rightarrow	nicht signifikant
$p \leq$	0,05	\rightarrow	signifikant
$p \leq$	0,01	\rightarrow	sehr signifikant
$p \leq$	0,001	\rightarrow	höchst signifikant

Oftmals weichen Autoren von dieser strengen Einteilung ab und sprechen z. B. von einem hochsignifikanten Ergebnis, sodass man die Einteilung nicht zu eng sehen sollte.

SPSS gibt Ergebnisse, die $< 0,001$ sind, als ,000 an.

Signifikante Ergebnisse werden mit roter Schrift gekennzeichnet.

p-Werte, die knapp über 0,05 liegen (z. B. $p = 0,06$ oder 0,07), sind statistisch nicht signifikant. Bei der Beschreibung dieser Ergebnisse verwenden viele Autoren Begriffe wie „grenzwertige Signifikanz“, was darauf hindeutet, dass der Autor z. B. in einem größeren Kollektiv eine Signifikanz erwartet. Streng statistisch ist dies falsch, wird jedoch oftmals so praktiziert.

Eine andere Möglichkeit ist, von einem „deutlichen Trend“ zu sprechen, also z. B.: Beim Vergleich der Gruppen lässt sich zwar keine statistische Signifikanz nachweisen, jedoch kann man einen deutlichen Trend zu einer höheren Mortalität bei den älteren Patienten erkennen.

Grenzwertig signifikante Ergebnisse werden nachfolgend mit blauer Schrift gekennzeichnet.

4.3.2 Abweichung der 12 Messwerte von der Normalverteilung

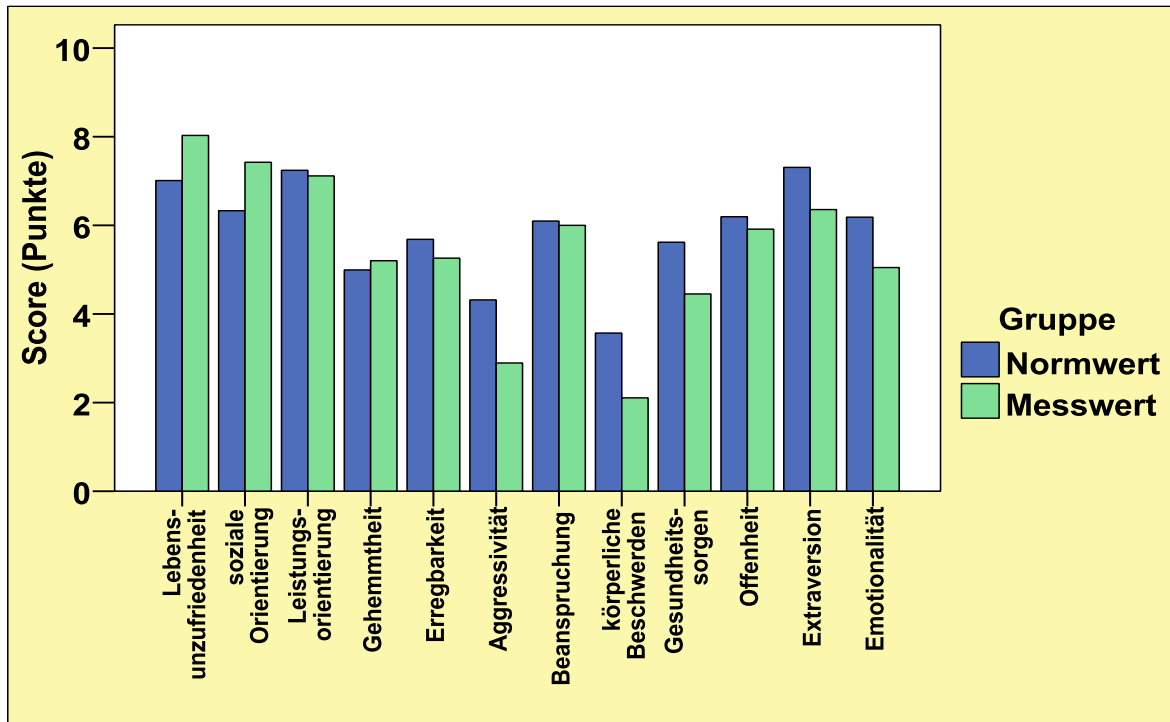


Abbildung 18: Vergleich der Messwerte vs. Normwerte (grafische Darstellung)

4.3.3 Signifikanzen

	Signifikanz (2-seitig)
FPI-R 1 – Lebenszufriedenheit	,000*
FPI-R 2 – Soziale Orientierung	,000*
FPI-R 3 – Leistungsorientierung	,606⁺
FPI-R 4 – Gehemmtheit	,414⁺
FPI-R 5 – Erregbarkeit	,040⁺
FPI-R 6 – Aggressivität	,000*
FPI-R 7 – Beanspruchung	,765⁺
FPI-R 8 – Körperliche Beschwerden	,000*
FPI-R 9 – Gesundheitssorgen	,000*
FPI-R 10 – Offenheit	,262⁺
FPI-R E – Extraversion	,003⁺
FPI-R N – Emotionalität	,000⁺

Tabelle 21: Signifikanzen

* Mann-Whitney-U-Test

+ t-Test

Bei den rot markierten Skalen besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der Testgruppe und dem Normalkollektiv.

5 Diskussion

5.1 Skalenvergleich

In diesem Kapitel werden die signifikanten Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars diskutiert. Diese Skalen mit ihren testspezifischen Definitionen werden mit der psychologischen und der osteopathischen Literatur verglichen und diskutiert. Das Ziel ist herauszufinden, ob sich aus den Resultaten eine osteopathische Relevanz ableiten lässt. Vorwiegend werden die signifikanten Modalitäten aus dem Freiburger Persönlichkeitsinventar mit den komplexeren Charakterstrategien aus der Körperpsychotherapie verglichen. Dabei können möglicherweise mehrere Modalitäten des Freiburger Persönlichkeitsinventars in einer Charakterstrategie wiederzufinden sein. Der körperpsychotherapeutische Kontext wird deshalb bevorzugt, weil er nach Meinung des Autors die größte Schnittmenge mit der osteopathischen Arbeit bildet, da dort der Körper in die Therapie mit einbezogen und auch berührt wird.

5.2 Lebenszufriedenheit

5.2.1 Interpretation und Verteilung hoher Testwerte

Die Personen, die hier einen hohen Testwert erzielen, sind im Allgemeinen mit ihrem Leben zufrieden. Sie fühlen sich durch ihren Beruf befriedigt und bezeichnen ihre Partnerbeziehung als gut. Rückblickend möchten sie nicht anders gelebt haben und sehen zuversichtlich in die Zukunft. Sie verfügen über ein gelassenes Selbstvertrauen, Ausgeglichenheit und meist gute Laune. Sie haben eine positive Lebensgrundstimmung und scheinen mit sich selbst in Frieden zu leben.

Bei höheren Testwerten dieser Skala sind zudem noch stärker ausgeprägte Leistungsorientierung, geringere Gehemmtheit und Erregbarkeit zu beobachten. Diese Personen fühlen sich zudem geringer beansprucht und geben weniger körperliche Beschwerden an. Sie erzielen auch niedrigere Werte der Offenheit.

Höhere Testwerte dieser Skala treten häufiger unter Männern und eher bei verheirateten als bei ledigen oder geschiedenen Personen auf. Weiterhin finden sich höhere Testwerte eher bei Berufstätigen und in den oberen sozialen Schichten (FAHRENBERG, J. et al., 2001, 72 f.). Diese Werte bestätigen sich bei den Osteopathen, wo 57,7 % verheiratet sind. Zählt man allerdings die in einer Beziehung lebenden Personen dazu, kommt man auf insgesamt 83,2 %, die mit einem Partner zusammenleben. Weiterhin ist eine Übereinstimmung bei der Berufstätigkeit zu beobachten. 94,2 % der Osteopathen sind berufstätig und zusätzlich 4,8 % im eigenen Betrieb.

5.2.2 Osteopathische Relevanz des Skalenwertes

Ein hoher Testwert der Skala Lebenszufriedenheit kann sich nur positiv auf die osteopathische Behandlung auswirken. Wenn ein Therapeut mit sich und seinem Leben zufrieden ist, dann ist anzunehmen, dass er es nach außen trägt und eine positive Ausstrahlung an den Tag legt. Es ist davon auszugehen, dass er durch seine Haltung für eine positive Stimmung in der Praxis sorgt. Dies hat zur Folge, dass sich diese Stimmung auch auf die Patienten überträgt und sich dadurch schneller eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen kann.

5.3 Soziale Orientierung

5.3.1 Interpretation und Verteilung hoher Testwerte

Die Personen mit hohem Testwert dieser Skala zeichnen sich durch Hilfsbereitschaft aus und fühlen eine hohe soziale Verantwortung für andere Menschen. Sie haben ein offenes Ohr für die Sorgen anderer und geben Hilfe und Trost. Sie sind zu Geldspenden bereit und bieten ihre Mithilfe in sozialen Einrichtungen an. Im Vergleich zu anderen empfinden sie ein schlechtes Gewissen über den eigenen Wohlstand und Konsum.

Höhere Testwerte dieser Skala sind vermehrt bei Frauen und Personen mit höherer Schulbildung sowie in höheren sozialen Schichten zu finden. Weiterhin weisen

regelmäßige Kirchgänger und Mitglieder von Kirchen höhere Testwerte auf. Eine stärkere soziale Orientierung wird verstärkt von Personen angegeben, die häufiger zum Arzt gehen und sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden. Auch bei Nichtrauchern treten hier höhere Werte auf (FAHRENBURG, J. et al., 2001, 73). Unter den Testpersonen befindet sich lediglich 1 % mit Hauptschulabschluss, alle anderen haben eine höhere Schulbildung. Die größte Gruppe mit 48,1 % hat Abitur mit abgeschlossenem Studium, 20,2 % haben Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium. Abitur ohne Studium haben 15,4 %, Gymnasium ohne Abitur 6,7 %, und der Anteil der Realschulabgänger liegt bei 8,7 %.

Die vorher aufgeführten Persönlichkeitseigenschaften finden sich auch im kompensiert-oralen oder unabhängigen Charakterprozess wieder. Diese Menschen zeichnen sich durch großes soziales Interesse in Beruf, Sport und Freizeit aus. Als Helfer und Kümmerer geben sie anderen genau das gern, was ihnen selbst gut täte. Die Ursprünge dieser Charakterentwicklung liegen in der sehr frühen Kindheit, in der das Kleinkind existenziell abhängig ist von einer fürsorglichen Umgebung (Kontakt, Berührung, Halten, Zuwendung etc.). Durch fehlende wie auch durch zu viel Nähe wird die Welt als ein Ort des Mangels erlebt.

Menschen mit diesem Stil führen ein relativ isoliertes Leben, da in ihrer inneren Landkarte verankert ist, dass sie alles alleine machen müssen. Sie ziehen vor allem Personen an, die eine starke Schulter brauchen, um sich anlehnen zu können. Durch ihre große Bereitwilligkeit zu geben geht dies auf Dauer mit einem hohen Energieverlust einher und es droht ein Burn-Out (KURTZ, R., 1994, 78; LOWEN, A., 2007, 172; HAKOMI 2005; OCH, V., 2010, 75).

5.3.2 Osteopathische Relevanz des Skalenwertes

Für den Beruf des Osteopathen sind diese Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften eine ideale Voraussetzung. Er ist bereit zu helfen und tut dies mit großer Sorgfalt. Diese Menschen kümmern sich um andere, im konkreten Fall um die Patienten, in einer Art, die über den „Dienst nach Vorschrift“ hinausgeht und somit dem ganzheitlichen Ansatz der Osteopathie entgegenkommt.

Die Gefahr, die dieser Stil beherbergt, ist ein hoher Energieverlust, was im schlimmsten Falle mit einem Burn-Out enden kann. Da Osteopathen in der Regel Freiberufler sind, ist das eine existenzielle Bedrohung, da sie nur das vergütet bekommen, was sie mit eigenen Händen erwirtschaften. Daher ist es für den Therapeuten ratsam, mit seinen Kräften zu haushalten und frühe Anzeichen von Energieverlust ernst zu nehmen.

5.4 Erregbarkeit

5.4.1 Interpretation und Verteilung hoher Testwerte

Personen mit hohem Testwert empfinden sich als leicht reizbar und erregbar. Sie können oft ihren Ärger nicht beherrschen und sind deshalb leichter aus der Ruhe zu bringen. Sie reagieren mit Aggressivität und machen unbedachte Äußerungen und Drohungen. Auch bei unwichtigen Dingen reagieren sie sehr empfindlich oder hastig. Sie können Dinge nicht leichtnehmen.

Ein hoher Testwert der Erregbarkeit steht im Zusammenhang mit vielen körperlichen Beschwerden, Beanspruchung, hoher Aggressivität und geringerer Lebenszufriedenheit. Entsprechende Personen zeigen eine Tendenz zu Normverletzungen und sind gleichzeitig bereit, offen und unbekümmert zu antworten.

Ein hoher Testwert in Erregbarkeit ist eher zu beobachten bei Frauen, Rauchern, Übergewichtigen und chronisch Kranken. Personen mit subjektiv schlechterem Gesundheitszustand, mit mehr Krankenhausaufenthalten, Operationen und Kuren, psychotherapeutischer Behandlung, höherem Tablettenkonsum und häufigerer Einnahme homöopathischer Mittel weisen hier höhere Testwerte auf (FAHRENBERG, J. et al., 2001, 74 f.).

Der hohe Testwert in Erregbarkeit und die Korrelation zur Aggressivität zeigen Parallelen zum psychopathischen Charakterprozess, genauer gesagt zur dominanten Ausprägung dieses Stils. Die andere Möglichkeit eines psychopathischen Charakterprozesses ist die angepasste Ausprägung, die allerdings keine Paralle-

len zu den oben beschriebenen Persönlichkeitseigenschaften Aggressivität und Erregbarkeit aufweist.

Die Genese dieser beiden Charakterprozesse ist allerdings gleich und wird ab dem zweiten bis vierten Lebensjahr geprägt. Wenn authentische Gefühle wie Angst oder Traurigkeit nicht ernst genommen oder sogar verlacht werden, dann lernen diese Personen, ihre eigenen Ängste und wahren Gefühle zu verbergen.

Personen mit dem für diesen Kontext relevanten Stil, dem psychopathisch dominanten Charakterprozess, geht es in Beziehungen darum, in einer überlegenen oder zumindest unantastbaren Position zu sein. Das Ziel ist es, klar die Führung zu übernehmen, was notfalls durch aggressive Machtkämpfe zu erreichen versucht wird. Diese Personen werden oft als unverletzlich oder cool wahrgenommen, da sie sich von ihren weichen Gefühlen abspalten. Daraus resultiert eine hohe Risikobereitschaft mit geringer innerer Verantwortlichkeit. Die Stärken der Menschen mit diesem Stil sind, dass sie problemlos und mutig große Aufgaben übernehmen und einen Blick für größere Visionen haben. Sie haben ein sicheres Auftreten und ihnen wird jederzeit mühelos Kompetenz attestiert, auch auf Gebieten, wo sie eigentlich keine besitzen. Die Stärke in Beziehungen liegt hauptsächlich in ihrer Großzügigkeit und in der Unterstützung anderer (KURTZ, R., 1994, 78; LOWEN, A., 2007, 172; HAKOMI 2005; OCH, V., 2010, 75).

5.4.2 Osteopathische Relevanz des Skalenwertes

Die Probleme, die sich hieraus entwickeln können, sind möglicherweise eine empfindliche Störung der therapeutischen Beziehung. So ist es vorstellbar, dass der Therapeut unbeherrscht reagiert, wenn der Patient seine Therapiestrategie kritisiert oder hinterfragt. In diesem Fall kann der Therapeut seine Kompetenz infrage gestellt sehen, wenn der Patient manche Sachverhalte genauer erklärt haben möchte. Ähnliche Reaktionen könnte vom Patienten an den Tag gelegte Ungläubigkeit verursachen, gleich ob verbal geäußert oder durch Blicke und Gesten. So könnten auch nicht ernst gemeinte Scherze des Patienten falsch verstanden werden und zu nicht angemessenen Gegenreaktionen führen. Bezüglich der oben

in Abschnitt 2.2.3.2.6 aufgeführten Charakterstrategie des psychopathischen Charakterstils besteht die Möglichkeit, dass Therapeut und Patient eine Art Machtkampf austragen, wenn der Patient mit ähnlich dominanten Charakterstrategien behaftet ist. Weiterhin kann diese Charakterstrategie eine eingeschränkte Kritikfähigkeit des Therapeuten mit sich bringen. Dies schmälert einerseits den Behandlungserfolg, wenn die Kritik vom Patienten geäußert wird. Andererseits steht der Therapeut seiner eigenen Entwicklung im Wege, wenn die Kritik von Kollegen oder Supervisoren entgegengebracht wird. Diese Haltung stellt möglicherweise eine Barriere dar, mit anderen Therapeuten in anderen Disziplinen auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten.

Ein möglicher positiver Aspekt dieses Charakterprozesses ist, dass sich Patienten durch das sichere Auftreten und das Charisma des Therapeuten sicher und aufgehoben fühlen. Dahinter verbirgt sich jedoch die Gefahr einer entstehenden Abhängigkeit.

5.5 Aggressivität

5.5.1 Interpretation und Verteilung hoher Testwerte

Bei Personen mit einem hohen Testwert dieser Skala ist eine Bereitschaft zu aggressiver Durchsetzung erkennbar, was sich sehr verschieden äußern kann. Sie haben zum Beispiel einen Hang zu böswilligen Streichen oder es macht ihnen Spaß, anderen Menschen Fehler nachzuweisen. Sie reagieren schnell wütend und unbeherrscht. Diese Personen setzen sich zur Wehr und wenden dabei vielleicht auch körperliche Gewalt an, wenn sie sich beleidigt oder in ihren Rechten verletzt fühlen.

Diese Skala weist eine hohe Korrelation zur Skala Offenheit und Erregbarkeit auf.

Personen, die hier hohe Testwerte aufzeigen, sind meist Männer, Personen mit geringer Schulbildung und Raucher (FAHRENBERG, J. et al., 2001, 75). Dies konnte allerdings bei der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Unter den

Testpersonen befindet sich lediglich 1 % mit Hauptschulabschluss, alle anderen haben eine höhere Bildungsstufe. Die größte Gruppe mit 48,1 % hat Abitur mit abgeschlossenem Studium, 20,2 % haben Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium. Abitur ohne Studium können 15,4 % vorweisen, Gymnasium ohne Abitur 6,7 %, und der Anteil der Realschulabgänger beträgt 8,7 %.

Die Parallelen zu den Charakterprozessen sind hier die gleichen wie bei der Skala Erregbarkeit (vgl. Abschnitt 5.4). Es sind hier auch deutliche Übereinstimmungen zum psychopathisch dominanten Charakterprozess zu erkennen, weswegen auf eine Ausführung an dieser Stelle verzichtet wird. Die Beschreibung kann oben in Abschnitt 2.2.3.2.6 nachgelesen werden.

5.5.2 Osteopathische Relevanz des Skalenwertes

Die osteopathische Relevanz der Skala Aggressivität ist die gleiche wie die der Skala Erregbarkeit (vgl. Abschnitt 5.4) und wird hier nicht erneut ausgeführt. Der Umstand, dass sich Personen mit hohem Testwert der Skala Aggressivität unter Umständen durch Anwendung körperlicher Gewalt zu ihrem Recht verhelfen, ist nach Ansicht des Verfassers für die weitere Betrachtung irrelevant, da der Großteil der Testpersonen eine höhere Schulbildung besitzt. Derartige Fälle sind bisher noch nicht bekannt geworden und durch die umfassende Ausbildung zum Osteopathen vermutlich auch auszuschließen.

5.6 Körperliche Beschwerden

5.6.1 Interpretation und Verteilung hoher Testwerte

Über ein gestörtes körperliches Allgemeinbefinden klagen Personen mit hohen Testwerten dieser Skala. Diese äußern sich in Wetterfühligkeit und Schlafstörungen. Ferner klagen diese Personen über spezielle Beschwerden: Herzarrhythmien, Hitzewallungen, kalte Hände und Füße, überempfindlicher Magen, Verstopfung, Engegefühl in der Brust, Kloß im Hals, nervöses Zucken und zittrige Hände.

Ein hoher Testwert bei dieser Skala steht in Verbindung mit geringerer Lebenszufriedenheit, starker Gehemmtheit und Beanspruchung. Die Skala erfasst eine häufige Symptomatik typischer körperlicher Beschwerden. Diese können durch organische Krankheiten bedingt sein, aber auch psychosomatische Ursachen haben.

Viele körperliche Beschwerden werden hauptsächlich von Frauen, allgemein mit zunehmendem Alter, sowie von Personen mit Hauptschulabschluss angegeben. Weiterhin werden genannt: subjektiv schlechter Gesundheitszustand, eine höhere Anzahl von Krankenhausaufenthalten, chronische Krankheiten, Operationen und Kuren, häufige Arztbesuche, psychotherapeutische Behandlung und häufige Einnahme von Tabletten sowie von homöopathischen Mitteln (FAHRENBERG, J. et al., 2001, 76). Hier besteht ein Unterschied zur Testgruppe mit höherer Schulbildung. Weiterhin besteht keine Übereinstimmung im Alter, da 81,7 % der Testgruppe 25–44 Jahre alt sind und sich 17,3 % im Alter von 40–49 Jahre befinden. Lediglich 1 % der Testpersonen ist über 59 Jahre alt.

Für die Skala körperliche Beschwerden konnten keine nennenswerten Parallelen zu den Charakterprozessen gezogen werden, weshalb diese hier nicht diskutiert werden.

5.6.2 Osteopathische Relevanz des Skalenwertes

Die körperlichen Beschwerden können eher als ein persönliches Problem des Therapeuten angesehen werden. Sie können dann Einfluss auf die Behandlung nehmen, wenn diese wegen der körperlichen Beschwerden nicht durchgeführt werden kann. Auch kann die Qualität der Behandlung darunter leiden, wenn aufgrund der Beschwerden einige Techniken nicht ausgeführt werden können, die für den Behandlungserfolg relevant wären. Somit ist auch denkbar, dass die körperlichen Beschwerden Aufmerksamkeit binden und somit die Konzentrationsfähigkeit gemindert ist.

5.7 Gesundheitssorgen

5.7.1 Interpretation und Verteilung hoher Testwerte

Personen mit hohem Testwert weisen ein sehr gesundheitsbewusstes und gesundheitsbesorgtes Verhalten auf. Sie bevorzugen einen schonenden Lebensstil und versuchen, die Risiken einer möglichen Ansteckung oder Schädigung zu vermeiden. Sie haben eine hypochondrische Tendenz, weshalb sie um medizinisches Wissen bemüht sind. Obwohl sie misstrauisch bleiben, suchen sie doch häufig ärztlichen Rat.

Der Testwert Gesundheitssorgen korreliert nur mit der Skala körperliche Beschwerden. Zwischen realistischen und übertriebenen Gesundheitssorgen ist nur mit Vorbehalten zu unterscheiden, ohne die objektiven Verhältnisse zu kennen.

Hohe Testwerte dieser Skala werden erzielt bei Frauen, in zunehmendem Alter, bei Rauchern, bei Personen mit häufigeren Kuren und Arztbesuchen sowie bei häufiger Verwendung homöopathischer Mittel.

Bei der Skala Gesundheitssorgen konnten keine nennenswerten Parallelen zu den Charakterprozessen gezogen werden, weshalb diese hier nicht diskutiert werden.

5.7.2 Osteopathische Relevanz des Skalenwertes

Da zwischen realistischen und übertriebenen Gesundheitssorgen mangels Kenntnis der objektiven Verhältnisse nur mit Vorbehalten zu unterscheiden ist, wäre die Diskussion darüber zu konstruiert, weshalb an dieser Stelle darauf verzichtet wird. Die Skala Gesundheitssorgen weist eine hohe Korrelation zur Skala körperliche Beschwerden auf, welche nach Meinung des Verfassers eine größere osteopathische Relevanz hat. Diese wird aber weiter oben (Abschnitt 5.6) diskutiert und hier nicht erneut ausgeführt.

5.8 Extraversion

5.8.1 Interpretation und Verteilung hoher Testwerte

Personen mit hohem Testwert dieser Skala empfinden sich als impulsiv und gesellig. Gerne gehen sie abends aus und schätzen Unterhaltung und Abwechslung. Sie fühlen sich in Gesellschaft anderer wohl, schließen schnell Freundschaften und können sich unbeschwert auslassen. Sie sind auch zu Streichen aufgelegt, eher schlagfertig und gesprächig und im Umgang mit anderen lebhaft. Sie übernehmen Aufgaben oder auch die Führung bei gemeinsamen Aktionen und sind energisch und unternehmungslustig.

Diese Skala korreliert mit hoher Leistungsorientierung und geringer Gehemmtheit. Geringer ausgeprägt ist die Korrelation zur Aggressivität.

Extraversion ist stärker ausgeprägt bei Männern, bei Personen mit höherer Schulbildung, bei Rauchern, bei Personen, die nicht zur Kirche gehen, und bei Personen, die einen subjektiv guten Gesundheitszustand schildern (FAHRENBERG, J. et al., 2001, 77 f.).

Die Parallele zu höherer Schulbildung konnte auch der Testgruppe bescheinigt werden. Unter den Testpersonen befindet sich lediglich 1 % mit Hauptschulabschluss, alle anderen haben einen höheren Bildungsstand. Die größte Gruppe mit 48,1 % hat Abitur mit abgeschlossenem Studium, 20,2 % haben Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium. Abitur ohne Studium haben 15,4 %, Gymnasium ohne Abitur 6,7 %, und der Anteil der Realschulabgänger beträgt 8,7 %.

5.8.2 Osteopathische Relevanz des Skalenwertes

Diese Persönlichkeitsprägung ist nahezu ideal, um eine therapeutische Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Entsprechende Personen können durch ihre unbeschwerte Art anfängliche Unsicherheiten beim Patienten überbrücken und für eine angenehme Stimmung sorgen. Sie können sich sehr gut auf Menschen

einstellen. Daher sollte es ihnen keine Probleme bereiten, jeden Patienten individuell behandeln und auf seine jeweiligen Fragestellungen eingehen zu können.

5.9 Emotionalität

5.9.1 Interpretation und Verteilung hoher Testwerte

Personen mit hohem Testwert dieser Skala zeigen viele Probleme und innere Konflikte auf. Sie sind einerseits reizbar und erregbar, andererseits fühlen sie sich angespannt, matt oder auch teilnahmslos. Ihre Stimmung ist schwankend, aber überwiegend bedrückt oder ängstlich. Sie neigen zu Tagträumerei und grübeln viel über ihre Lebensbedingungen. Sie fühlen sich von kaum jemandem richtig verstanden, machen sich um ihre Gesundheit Sorgen und fühlen sich oft gestresst, nervös und psychosomatisch gestört.

Der Testwert Emotionalität korreliert mit den Testwerten geringe Lebenszufriedenheit, stärkere Gehemmtheit, höhere Erregbarkeit, höhere Beanspruchung, mehr körperliche Beschwerden und Gesundheitsorgen.

Emotionalität ist stärker ausgeprägt bei Frauen, bei Personen mit geringerer Schulbildung, bei Geschiedenen oder getrennt Lebenden im Vergleich zu Verheirateten, bei Arbeitslosen und bei Personen niedrigerer sozialer Schicht (FAHRENBURG, J. et al., 2001, 78).

Die weiter oben bereits ausgeführten Parallelen zu geringerer Schulbildung arbeitsloser Personen und bei Personen niedrigerer sozialer Schicht sind in der Testgruppe nicht wiederzufinden.

Ein hoher Testwert der Skala Emotionalität zeigt Parallelen zu den oralen und hysterischen Charakterprozessen. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die beiden Prozesse separat ausgeführt.

Die meisten Parallelen zur Skala Emotionalität sind beim oral depressiven Charakterprozess zu finden. Dies kann sich auf der Körperebene auf vielfältige Weise

zeigen: tief empfundene Schwäche und innere Leere, leichte Ermüdbarkeit, geringer Muskeltonus, das Erleben von Erschöpfung und Überforderung, Hohlkreuz und durchgedrückte Beine, Schwierigkeiten, den Körper aufrecht zu halten, allgemein fehlende Energie, Anlehnungsbedürfnis.

Im beruflichen Umfeld fällt es diesen Menschen schwer, genügend Energie und Durchhaltevermögen über längere Zeit aufrechtzuerhalten. Sie erleben ihre Arbeit als anstrengend, weswegen sie leicht erschöpft und ausgelaugt sind.

Die positiven Seiten der Menschen mit diesem Charakterprozess sind ihr gewinnendes Wesen und der leichte Zugang zu ihren Emotionen. Sie haben großes Interesse an anderen Menschen, sind hilfsbereit, fürsorglich und sozial engagiert.

Die Parallelen zu den rigiden Charakterprozessen, insbesondere zum hysterischen, sind die leichte Erregbarkeit. Personen dieses Stils haben unbefriedigte Bedürfnisse nach Aufmerksamkeit, die sie dadurch stillen, dass sie Dinge dramatisieren und laut oder emotional sind. Sie können ängstlich und sehr sensibel sein und sind dadurch auch fähig, leise Gefühle und Empfindungen wahrzunehmen (HAKOMI 2005, KURTZ, R., 1994, 82).

5.9.2 Osteopathische Relevanz des Skalenwertes

Die osteopathische Relevanz eines hohen Testwerts der Skala Emotionalität mit den damit verbundenen Parallelen zu den Charakterprozessen ist vor allem bei der verminderten Leistungsfähigkeit und Ausdauer zu suchen. Dadurch sind Therapeuten, die mit diesen Merkmalen behaftet sind, möglicherweise nicht fähig, über längere Zeit konzentriert zu arbeiten. Das hat zur Folge, dass mit fortschreitender Dauer des Arbeitstages die Sauberkeit in der technischen Ausführung der osteopathischen Behandlung nachlässt. Ferner kann dadurch die nötige Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse des Patienten fehlen. Durch die gesteigerte Erregbarkeit kann zudem noch die therapeutische Beziehung gestört werden.

5.10 Allgemeine Betrachtungen

Die hier vorliegende Studie zeigt mittels des Freiburger Persönlichkeitsinventars signifikante Unterschiede in der Persönlichkeit der Osteopathen gegenüber den Personen der Normalverteilung auf. Dieses Persönlichkeitsinventar wurde gewählt, weil es ein sehr großes Spektrum aufweist, sowohl im klinischen als auch im nichtklinischen Bereich. Der weitere Vorteil dieses Testinventars ist, dass es in sich geschlossen und eine Diskussion mit der psychologischen Literatur hinfällig ist, da dies bei der Entwicklung des FPI schon in großem Umfang geschehen ist. Die für das FPI verwendete Literatur ist selbst für Studien, die sich mit der Validität von Persönlichkeitsfragebögen auseinandersetzen, zu umfangreich, um in vollem Umfang berücksichtigt zu werden, weswegen eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik den Rahmen einer Masterthesis bei Weitem sprengen würde (FAHRENBERG, J. et al., 2001, S. 7 ff.).

Stattdessen soll der Raum dafür genutzt werden, die Ergebnisse hauptsächlich mit der körperpsychotherapeutischen und osteopathischen Literatur zu diskutieren. Dies verspricht die größere praktische Relevanz, da die Körperpsychotherapie nach Meinung des Verfassers von allen psychotherapeutischen Disziplinen der Osteopathie am nächsten steht. Die Wirksamkeit der Körperpsychotherapie konnte anhand einer großen Multizenterstudie nachgewiesen werden, die eine lang bestehende Forschungslücke geschlossen hat (KOEMEDEA-LUTZ, M. et al., 2006, 10).

Die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung ist eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die schon mit dem ersten Kontakt, in der Regel also mit der Begrüßung in der Praxis, beginnt. Der Patient kommt mit seinem individuellen Weltbild in die Praxis und trifft dort auf einen Therapeuten mit einem ebenso individuellen Weltbild (OCH, V., 2010, 73). Jede Beziehung ist immer auch eine Übertragungsbeziehung, weshalb sie stets auch durch außertherapeutische Einflüsse definiert wird. Das Übertragungsgeschehen ist durch frühere Erfahrungen geprägt, die einerseits auf den Therapeuten projiziert werden und andererseits durch den Therapeuten ausgelöst werden können (BUSCH, T., 2006, 523 f.; CORNELL, W.

F., 2006, 493; NATHAN, B., 2001, 194 f.). Dieses Geschehen kann auch in umgekehrter Richtung stattfinden, sodass der Therapeut mit seinen eigenen mit Angst besetzten Bewusstseinsinhalten in Kontakt kommt (LIEM, T., 2006b, 240). Für das Heilungsziel im körperpsychotherapeutischen Kontext ist die Reduktion des Anteils der pathogenen Beziehungsmuster im therapeutischen Raum von ungeheurer Wichtigkeit (WORM, G., 2006, 512). Dies könnte auch für die osteopathische Behandlung eine bedeutende Rolle spielen.

Des Weiteren ist es für den Patienten möglich, durch die therapeutische Berührung in Kontakt mit dem Unterbewussten zu kommen (MORGAN, M., 2006, 237; SCHUSTER, K., 2007, 73; FUCHS, M. et al., 1994). So kann sowohl die therapeutische Berührung als auch der Therapeut selbst Trigger für unbewusste traumatische Erfahrungen sein. Das bedeutet, dass das momentan Erlebte Hinweisreize auf frühere traumatische Erfahrungen auslösen und zu ähnlichen Reaktionen führen kann (ROTHSCHILD, B., 2002, 58).

Im Hinblick auf die Ergebnisse der Studie wäre es denkbar, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale des Therapeuten negativ für die Interaktion sein können, wenn die vorher besprochenen posttraumatischen Erfahrungen zutage treten. Patienten, die ein unbewusstes Trauma mit sich führen, haben einen erhöhten Erregungszustand (LEVINE, P. A., 1997, 156 f.). Daher wäre es denkbar, dass durch eine Übertragung des Therapeuten eine erhöhte Alarmbereitschaft beim Patienten ausgelöst wird, was zu einer erhöhten Körperspannung führt (LIEM, T., 2006c, 156). Dies kann die osteopathische Diagnose erschweren oder verfälschen. Schlimmstenfalls besteht die Gefahr einer Retraumatisierung, wenn der Therapeut nicht fähig ist, die entstehende Situation entsprechend zu handhaben (YOUNG, C., 2006, 618 f.). Bedenkt man die umgekehrte Richtung, dass der Patient beim Therapeuten eine ähnliche Situation hervorruft, liegt es auf der Hand, dass er in seinen therapeutischen Mitteln eingeschränkt ist. Das könnte Auswirkungen einerseits auf seine palpatorischen, andererseits auch auf seine intellektuellen Fähigkeiten haben, da sich durch die vorausgegangenen Interaktionen eine Diskrepanz zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit verstärkt, die immer subjektiv bleibt (WATZLAWICK, P., 2005, 37 ff.; WATZLAWICK, P., 2008, 38 ff.).

Um diesem Dilemma zu entfliehen, ist es die Aufgabe des Therapeuten, sich seiner eigenen Persönlichkeitsstruktur bewusst zu werden, um auf die vorher beschriebenen Interaktionen reagieren zu können. Denn der gesamte Erfolg der Therapie steht auf dem Spiel, wenn der Therapeut defensiv wird, unbedingt auf ein bestimmtes Ergebnis hinarbeitet oder Übertragung persönlich nimmt, weil er sich dem Patienten dann nicht mehr mit voller Aufmerksamkeit und Achtsamkeit widmen kann. Daher sollte der Therapeut aufgrund des starken Einflusses der zwischenmenschlichen Prozesse ein hohes Niveau an Ausbildung, Erfahrung und Supervision mitbringen (HECKLER, R. A., 2006, 502 f.; LIEM, T., 2006c, 153).

Die vorausgegangene Bezeichnung „Therapeut“ bezieht sich sowohl auf den Osteopathen als auch auf den Körperpsychotherapeuten. Der oben beschriebene Kontext ist für beide Disziplinen in gleichem Maße relevant.

5.11 Ausblick

Die Studie konnte aufzeigen, dass sich der Osteopath in einigen Persönlichkeitsmerkmalen deutlich von der Normstichprobe unterscheidet. Die herausgefundenen signifikanten Unterschiede lassen sich jedoch nicht auf Einzelpersonen projizieren. Demzufolge wären auf dieser Basis weitere Studien sinnvoll. Zum einen auf wissenschaftlicher Seite, um die therapeutische Beziehung im osteopathischen Kontext weiter und vertiefend zu untersuchen. Zum anderen wäre es für jeden Osteopathen sinnvoll, sich nicht nur auf fachlicher, sondern auch auf persönlicher Ebene von einem Supervisor beobachten und kontrollieren zu lassen. Im Hinblick auf die weiterführende konzeptionelle Entwicklung der Osteopathie, vor allem mit systemtheoretischen Ansätzen wie der Holon-Theorie von WILBER, ist es die Aufgabe des Osteopathen, sich das gesamte System zu verinnerlichen. Das bedeutet, dass er sich seiner Innenwelt und der Schnittstelle zur Außenwelt bewusst wird (LIEM, T., 2006d, 16 f.; WILBER, K., 2006, 160 ff.). Hierfür ist es notwendig, sich in psychotherapeutische Supervision zu begeben, um die Facetten seiner Persönlichkeit zu erforschen. Demzufolge wäre es sinnvoll, solche psychotherapeutischen Supervisionen in die osteopathische Ausbildung zu integrieren, um dem ganzheitlichen Anspruch der Osteopathie gerecht zu werden.

6 Zusammenfassung

Die hier vorliegende Studie erbringt den wissenschaftlichen Beweis, dass sich Osteopathen in ihren Persönlichkeitsmerkmalen von der Normstichprobe unterscheiden. Dies konnte mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar zweifelsfrei nachgewiesen werden. Das dem Freiburger Persönlichkeitsinventar beiliegende Handbuch enthält Informationen, durch die es korrekt angewendet und interpretiert werden kann. Die signifikant erhöhten Testwerte sind bei den Skalen Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Erreichbarkeit, Aggressivität, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen, Extraversion und Emotionalität zu beobachten.

7 Bibliographie

AMELANG, M. und BARTUSSEK, D. (2001), *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer GmbH.

ARNOLD, W. (2007), *Charakter*. In: Arnold, W.; Eysenk, H. J.; Meili, R. (Hrsg.), *Herrders Lexikon der Psychologie*. Erfstadt: Verlag Hohe GmbH.

ASENDORPF, J. B. (2007), *Psychologie der Persönlichkeit*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

BAUER, J. (2006), *Warum ich fühle, was du fühlst*. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.

BAUER, J. (2009), *Das Gedächtnis des Körpers*. München: Piper Verlag.

BOLT, J. (2007), *Zusammenhang zwischen kraniosakralen Techniken und emotionaler Befindlichkeit*. *Osteopathische Medizin*, 3/2007, S. 4–8.

BÜNTIG, W. (1999), *Körpertherapie*. In: Asanger, R.; Wenninger, G. (Hrsg.), *Handwörterbuch Psychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

BUSCH, T. (2006), *Therapeutisches Berühren als reifungsfördernde Interventionen*. In: Marlock, G.; Weiss, H. (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

CAPRA, F. (1983), *Wendezeit*. Bern, München, Wien: Scherz Verlag.

CORNELL, W. F. (2006), *Das Feld der Beziehungen in der Körperpsychotherapie*. In: Marlock, G.; Weiss, H. (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

CROIBIER, A. (2006): *Diagnostik in der Osteopathie*. München: Elsevier GmbH.

DAMASIO, A. R. (2005), *Descartes´ Irrtum*. Berlin: List Taschenbuch.

DAMASIO, A. R. (2004), *Ich fühle, also bin ich*. Berlin: List Taschenbuch.

DIEPOLD, B.; ZAUNER J. (1980), Zum Problem von Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung von sogenannten Frühstörungen. www.diepold.de/barbara/uebertragung.pdf.

FAHRENBERG, J.; HAMPEL, R.; SELG, H. (1994), Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. 6. ergänzte Auflage, Göttingen: Hogrefe-Verlag & Co.KG.

FAHRENBERG, J.; HAMPEL, R.; SELG, H. (2001), Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. 7. revidierte Auflage, Göttingen: Hogrefe-Verlag & Co.KG.

FUCHS, M.; JOHNEN, R.; MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, H., UEXKÜLL, T. v. (1994), Subjektive Anatomie. Stuttgart: F. G. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH.

GALLESE, V.; WULF, B.; BUCCINO G. (2003), Spiegelneurone, verkörperte Simulation, Intersubjektivität und Sprache. In: Schiepek, G. (Hrsg.), Neurobiologie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

GOTTWALD, C. (2006), Neurobiologische Perspektiven zu Körperpsychotherapie. In: Marlock, G.; Weiss, H. (Hrsg.), Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

GOTTWALD, C. (2008), Körpertherapie auf dem Boden von potenzialentfaltender Gestalttherapie. www.gottwald-eidos.de

GÜNTHER, U. (2007), Hakomi-Lehrtherapeutin, Mündl. Mitteilung vom 13.6.2007

HANSER, H. (2001), Lexikon der Neurowissenschaft in vier Bänden. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag GmbH.

Hakomi (2005–2008), Unveröffentlichtes Skript der Hakomi-Ausbildung 2005–2008.

HARK, H. (2003), Lexikon Jungscher Grundbegriffe. Zürich und Düsseldorf: Walter Verlag.

HARTMANN, C. (2005), Das große Still-Kompendium. Oberhaching: Herold Verlag.

HARTMANN, C. (2009), Das große Littlejohn-Kompendium. Oberhaching: Herold Verlag.

HECKLER, R. A.; JOHANSON, G. J. (2006), Steigerung der Unmittelbarkeit und Intimität der therapeutischen Beziehung über die somatische Dimension. In: Marlock, G.; Weiss, H. (Hrsg.), Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

IACOBONI, M. (2008), Woher wir wissen, was andere denken und fühlen. München: Deutsche Verlags-Anstalt.

JOHANSON, G. J. (2006), Die Organisation unserer Erfahrungen – ein systemorientierter Blick auf die Körperpsychotherapie. In: Marlock, G.; Weiss, H. (Hrsg.), Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

JUNG, C. G. (1999), Grundwerk C. G. Jung, Band 3. Zürich und Düsseldorf: Walter Verlag.

JUNG, C. G. (2001), Über die Entwicklung der Persönlichkeit. Zürich und Düsseldorf: Walter Verlag.

KOEMEDA-LUTZ, M.; KASCHKE, M.; REVENSTORF, D.,; SCHERRMANN, T.; WEISS, H.; SOEDER, U. (2006), Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK, DOI 10. 1055/s-2006-951848 Psychother Psych Med 2006; 56: 1–14. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag KG.

KOTTMANN, T. (2009): Persönliche Mitteilung vom 17.07.2009.

KURTZ, R. (1994): Hakomi, eine körperorientierte Psychotherapie. München: Kösel Verlag GmbH.

LE BON G. (2009), Psychologie der Massen. Hamburg: Nikol Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

LERSCH, PH.; THOMAE, H. (1960), Persönlichkeit und Persönlichkeitstheorie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

LEVINE, P. A. (1997), Trauma-Heilung. Essen: Synthesis Verlag.

LIEM, T. (2005), Kraniosakrale Osteopathie. Ein praktisches Lehrbuch. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

LIEM, T. (2006a), Diagnoseprinzipien. In: Liem, T. (Hrsg.), Morphodynamik in der Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

LIEM, T. (2006b), Therapeut und therapeutische Interaktion. In: Liem, T. (Hrsg.), Morphodynamik in der Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

LIEM, T. (2006c), Palpation – die Kunst des Fühlens. In: Liem, T. (Hrsg.), Morphodynamik in der Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

LIEM, T. (2006d), Paradigmen in der Heilkunde. In: Liem, T. (Hrsg.), Morphodynamik in der Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

LOWEN, A. (2007), Bioenergetik. Reinbeck bei Hamburg: Rowoldt Taschenbuch Verlag GmbH.

MICHAUD, C. (2004), Osteopathie – ein vielversprechender Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität bei Panikattacken. Osteopathische Medizin, 3/2004, S. 9–15

MORGAN, M. (2006), Das Körperunbewusste und die Neurowissenschaft. In: Marlock, G.; Weiss H. (Hrsg.), Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

NATHAN, B. (2001), Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Bern: Verlag Hans Huber.

Novy, R. (2007), Therapist – Patient – Relationship in Osteopathy. Wien: Masterthese. Universität Krems.

Och, V. (2010), Palpation. In: Liem, T.; Dobler, T. K. (Hrsg.), Leitfaden Osteopathie, Parietale Techniken. München: Elsevier GmbH.

PERVIN, L. A.; CERVONE, D. UND JOHN, O. P. (2005), Persönlichkeitstheorien. München: Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG.

PFEIFER, W. (2003), Hrsg., Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

RIZZOLATTI, G.; SINIGAGLIA, C. (2008), Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt an Main: Suhrkamp Verlag.

RÖHRICH, L. (2003), Lexikon der sprichwörtlichen Redensarten. Band 2. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.

ROTHSCHILD, B. (2002), Der Körper erinnert sich. Essen: Synthesis Verlag.

SCHUSTER, K. (2007), Touch – Perception – Communication. In: The Context of Osteopathic Treatment. Wien: Masterthese. Universität Krems.

TOMAN, W. (2007), Übertragung. In: Arnold W.; Eysenk, H. J.; Meili, R. (Hrsg.), Herders Lexikon der Psychologie. Erfstadt: Verlag Hohe GmbH.

VAAS, R. (2001), Persönlichkeit und Personalität. In: Hanser, H. (Hrsg.), Lexikon der Neurowissenschaft. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag GmbH.

VERNON, P. E. (2007), Persönlichkeit. In: Arnold, W.; Eysenk, H. J.; Meili, R. (Hrsg.): Herders Lexikon der Psychologie. Erfstadt: Verlag Hohe GmbH.

WATZLAWICK, P. (2005), Anleitung zum Unglücklichsein. München: Piper Verlag.

WATZLAWICK, P. (2008), Wenn du mich wirklich liebtest, würdest du gern Knoblauch essen. München: Piper Verlag.

WEISS, H. (2006a), Die existentielle Dimension der großen Charakterthemen. In: Marlock, G.; Weiss, H. (Hrsg.), Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

WEISS, H. (2006b), Hakomi-Lehrtherapeut, Mündliche Mitteilung vom 10.6.2006

WICHNALEK, L. (2010), Gesundheit rund um den Mund. In: Riedl, K.-H. und Schleupen, A., Osteopathie in der Frauenheilkunde. München: Elsevier GmbH.

WILBER, K. (2006), Eros Kosmos Logos. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.

WORM, G. (2006), Die Bedeutung des Körpers im Verstehen der Übertragungsprozesse. In: Marlock, G.; Weiss, H. (Hrsg.), Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

YOUNG, C. (2006), Körperpsychotherapie und ihre Risiken. In: Marlock, G.; Weiss, H. (Hrsg.), Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

8 Anhang

8.1 Rundbrief

Nürnberg, den 16.05.07

Betr.: Master Thesis

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wenn ich mich kurz vorstellen darf, mein Name ist Volker Och, meines Zeichens Osteopath aus Nürnberg. Da ich gerade meine Master Thesis erstelle, wäre ich Dir für Deine Mithilfe sehr dankbar.

Hierbei handelt es sich um eine quantitative Studie, welche die Persönlichkeit des Osteopathen untersucht. Der beigelegte Fragebogen ist ein Gold Standard in der Psychologie und nennt sich Freiburger Persönlichkeitsinventar. Am Anfang des Tests stehen Infos zur Handhabung. Ferner möchte ich Dich bitten auf einem weiteren Blatt eine Einschätzung über das Verhältnis von struktureller und funktioneller Behandlungsweise in Deiner eigenen Behandlung abzugeben.

Die Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte sende mir die Unterlagen unter Angabe Deines Absenders im beiliegenden Rückumschlag wieder zu.

Ich sage schon mal Danke.

Mit freundlichem Gruß

Volker Och

8.2 Fragebogen FPI-R

FPI-R

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten finden. Sie können jede entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz (X) in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für sie zutrifft.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- ▶ Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
- ▶ Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. **Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an**, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

- | | stimmt | stimmt
nicht |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ich gehe abends gerne aus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich habe (hatte) einen Beruf, der mich voll befriedigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ich habe fast immer eine schlagfertige Antwort bereit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Ich glaube, daß ich mir beim Arbeiten mehr Mühe gebe als die meisten anderen Menschen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ich scheue mich, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen und sich unterhalten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Manchmal bin ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Schule gekommen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich würde mich beim Kellner oder Geschäftsführer eines Restaurants beschweren, wenn ein schlechtes Essen serviert wird | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Ich habe manchmal häßliche Bemerkungen über andere Menschen gemacht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Im Krankheitsfall möchte ich Befund und Behandlung eigentlich von einem zweiten Arzt überprüfen lassen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Ich bin ungern mit Menschen zusammen, die ich noch nicht kenne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Wenn jemand meinem Freund etwas Böses tut, bin ich dabei, wenn es heimgezahlt wird | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Meine Bekannten halten mich für einen energischen Menschen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Ich würde kaum zögern, auch alte und schwerbehinderte Menschen zu pflegen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Ich kann mich erinnern, mal so zornig gewesen zu sein, daß ich das nächstbeste Ding nahm und es zerriß oder zerschlug | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Ich habe häufig Kopfschmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Ich bin unternehmungslustiger als die meisten meiner Bekannten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Ich achte aus gesundheitlichen Gründen auf regelmäßige Mahlzeiten und reichlichen Schlaf | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Sind wir in ausgelassener Runde, so überkommt mich oft eine große Lust zu groben Streichen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Ich bin leicht beim Ehrgeiz zu packen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Ich bin der Ansicht, die Menschen in den Entwicklungsländern sollten sich zuerst einmal selbst helfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Ich lebe mit mir selbst in Frieden und ohne innere Konflikte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Ich male mir manchmal aus, wie übel es denen eigentlich ergehen müßte, die mir Unrecht tun | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. In einer vergnügten Gesellschaft kann ich mich meistens ungezwungen und unbeschwert auslassen .. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



- | | stimmt | stimmt
nicht |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 26. Ich fühle mich auch über meine Familie hinaus für andere Menschen verantwortlich | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Ich neige dazu, bei Auseinandersetzungen lauter zu sprechen als sonst | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Ich bin oft nervös, weil zu viel auf mich einströmt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Wenn ich noch einmal geboren würde, dann würde ich nicht anders leben wollen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Wenn mir einmal etwas schiefgeht, regt mich das nicht weiter auf | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Ich habe mich über die häufigsten Krankheiten und ihre ersten Anzeichen informiert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Ich übernehme bei gemeinsamen Unternehmungen gern die Führung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Ich habe selbst bei warmem Wetter häufiger kalte Hände und Füße | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Ich finde, jeder Mensch soll sehen, wie er zurecht kommt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Die täglichen Belastungen sind so groß, daß ich davon oft müde und erschöpft bin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Ich denke oft, daß ich meinen Konsum einschränken müßte, um dann an benachteiligte Menschen abzugeben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Als Kind habe ich manchmal ganz gerne anderen die Arme umgedreht, an Haaren gezogen, ein Bein gestellt usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Um gesund zu bleiben, achte ich auf ein ruhiges Leben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Ich habe gern mit Aufgaben zu tun, die schnelles Handeln verlangen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Es macht mir Spaß, anderen Fehler nachzuweisen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. Wenn jemand weint, möchte ich ihn am liebsten umarmen und trösten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. Meine Familie und meine Bekannten können mich im Grunde kaum richtig verstehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. Es gibt für mich noch eine Menge sinnvoller Aufgaben, die ich in der Zukunft anpacken werde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. Ich pflege schnell und sicher zu handeln | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. Ich fühle mich oft wie ein Pulverfaß kurz vor der Explosion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. Ich hätte gern mehr Zeit für mich ohne so viele Verpflichtungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. Ich habe manchmal das Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. Mit anderen zu wetteifern, macht mir Spaß | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. Termindruck und Hektik lösen bei mir körperliche Beschwerden aus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. Wenn ich Zuflucht zu körperlicher Gewalt nehmen muß, um meine Rechte zu verteidigen, so tue ich es | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51. Ich habe manchmal Hitzewallungen und Blutandrang zum Kopf | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52. Auch wenn es eher viel zu tun gibt, lasse ich mich nicht hetzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53. Ich kann in eine ziemlich langweilige Gesellschaft schnell Leben bringen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 54. Bei wichtigen Dingen bin ich bereit, mit anderen energisch zu konkurrieren | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 55. Ich mache mir oft Sorgen um meine Gesundheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 56. Wenn mich jemand anschreit, schreie ich zurück | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 57. Mein Herz beginnt manchmal zu jagen oder unregelmäßig zu schlagen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 58. In meinem bisherigen Leben habe ich kaum das verwirklichen können, was in mir steckt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 59. Ich würde mich selbst als eher gesprächig bezeichnen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 60. Auch wenn mich etwas sehr aus der Fassung bringt, beruhige ich mich meistens wieder rasch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 61. Die beruflichen Aufgaben sind mir oft wichtiger als viel Freizeit oder interessante Hobbies | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 62. Ich vermeide es, ungewaschenes Obst zu essen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 63. Es fällt mir schwer, vor einer großen Gruppe von Menschen zu sprechen oder vorzutragen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 64. Auch an Wochenenden bin ich stark eingespannt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 65. Ich vermeide Zugluft, weil man sich zu leicht erkälten kann | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 66. Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 67. Ich habe häufiger Verstopfung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 68. Wenn jemand in meine Richtung hustet oder niest, versuche ich mich abzuwenden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 69. Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 70. Ich hole sicherheitshalber ärztlichen Rat ein, wenn ich länger als zwei Tage erhöhte Temperatur (leichtes Fieber) habe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



	stimmt	stimmt nicht
71. Hin und wieder gebe ich ein bißchen an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Ich bemerke häufiger ein unwillkürliches Zucken, z. B. um meine Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Ich bin im Grunde eher ein ängstlicher Mensch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Ich habe Spaß an schwierigen Aufgaben, die mich herausfordern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Ich bin ziemlich lebhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Manchmal bin ich beleidigt, wenn es nicht nach meinem Willen geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Ich spreche oft Drohungen aus, die ich gar nicht ernst meine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Ich bin häufiger abgespannt, matt und erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Ich bekomme häufig ein schlechtes Gewissen, wenn ich sehe, wie schlecht es anderen Menschen geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Ich schließe nur langsam Freundschaften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Manchmal habe ich ohne eigentlichen Grund ein Gefühl unbestimmter Gefahr oder Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Meine Tischmanieren sind zu Hause schlechter als im Restaurant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Weil man sich so leicht anstecken kann, wasche ich mir zu Hause gleich die Hände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Ich werde ziemlich leicht verlegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Mein Blut kocht; wenn man mich zum Narren hält	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. Wenn mich ein Fremder um eine kleine Geldspende bittet, ist mir das ziemlich lästig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. Ich bin immer guter Laune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Ich passe auf, daß ich nicht zuviel Autoabgase und Staub einatme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Wenn ich wirklich wütend werde, bin ich in der Lage, jemandem eine runterzuhauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Ich spiele anderen Leuten gern einen harmlosen Streich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Ich habe einen empfindlichen Magen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Es gibt nur wenige Dinge, die mich leicht erregen oder ärgern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. Oft habe ich alles gründlich satt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. Manchmal habe ich Gedanken, über die ich mich schämen muß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. Nur selten kann ich richtig abschalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. Ich erröte leicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. Einem Menschen, der mich schlecht behandelt oder beleidigt hat, wünsche ich eine harte Strafe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. Meine Hände sind häufiger zittrig, z. B. beim Anzünden einer Zigarette oder Halten einer Tasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100. Ich bin selten in bedrückter, unglücklicher Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. Ich ziehe das Handeln dem Pläneschmieden vor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. Im allgemeinen bin ich ruhig und nicht leicht aufzuregen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. Vor lauter Aufgaben und Zeitdruck bin ich manchmal ganz durcheinander	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104. Wenn ich irgendwo zu Gast bin, ist mein Benehmen meistens besser als zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. Ich kann oft meinen Ärger und meine Wut nicht beherrschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. Es gibt Zeiten, in denen ich ganz traurig und niedergedrückt bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. Ich lasse mich durch eine Vielzahl von kleinen Störungen nicht aus der Ruhe bringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109. Bei Geselligkeiten und öffentlichen Veranstaltungen bleibe ich lieber im Hintergrund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110. Ich träume tagsüber oft von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111. Ich gebe gelegentlich Geld und Spenden für Katastrophenhilfe, Caritas, Brot für die Welt und andere Sammlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. Ich grübele viel über mein bisheriges Leben nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. Ich neige oft zu Hast und Eile, auch wenn es überhaupt nicht notwendig ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Ich spreche manchmal über Dinge, von denen ich nichts verstehe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | stimmt | stimmt
nicht |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 116. Ich denke manchmal, daß ich mich mehr schonen sollte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 117. Handtücher in viel benutzten Waschräumen sind mir wegen der Ansteckungsgefahr unangenehm | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 118. Ich arbeite oft unter Zeitdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 119. Ich bin mit meinen gegenwärtigen Lebensbedingungen oft unzufrieden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 120. Beim Reisen schaue ich lieber auf die Landschaft als mich mit den Mitreisenden zu unterhalten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 121. Da der Staat schon für Sozialhilfe sorgt, brauche ich im einzelnen nicht zu helfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 122. Die Anforderungen, die an mich gestellt werden, sind oft zu hoch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 123. Mein Körper reagiert deutlich auf Wetteränderung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 124. Es fällt mir schwer, den richtigen Gesprächsstoff zu finden, wenn ich jemanden kennenlernen will | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 125. Ich denke manchmal, daß ich zu viel arbeite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 126. Meine Laune wechselt ziemlich oft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 127. Auch ohne ernste Beschwerden gehe ich regelmäßig zum Arzt, nur zur Vorsicht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 128. Alles in allem bin ich ausgesprochen zufrieden mit meinem bisherigen Leben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 129. Bei meiner Arbeit bin ich meist schneller als andere | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 130. Ich habe häufig das Gefühl, im Stress zu sein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 131. Meine Partnerbeziehung (Ehe) ist gut | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 132. Lieber bis zum Äußersten gehen als feige sein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 133. Ich habe manchmal ein Gefühl erstickender Enge in der Brust | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 134. Ich habe schon unbezahlt beim Roten Kreuz, in meiner Gemeinde oder in anderen sozialen Einrichtungen geholfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 135. Ich bin leicht aus der Ruhe gebracht, wenn ich angegriffen werde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 136. Ich nehme mir viel Zeit, anderen Menschen geduldig zuzuhören, wenn sie von ihren Sorgen erzählen... .. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 137. Es gab Leute, die mich so ärgerten, daß es zu einer handfesten Auseinandersetzung kam | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 138. Meistens blicke ich voller Zuversicht in die Zukunft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Beim Beantworten dieses Fragebogens haben Sie vielleicht einige der Fragen zunächst zurückgestellt. Bitte überprüfen Sie deshalb noch einmal, ob Sie wirklich alle Fragen beantwortet haben.

Beantworten Sie bitte folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

<p>Geschlecht</p> <p>männlich <input type="radio"/></p> <p>weiblich <input type="radio"/></p> <p>Alter <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> Jahre</p> <p>Schulabschluß</p> <p>vor der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen <input type="radio"/></p> <p>mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen <input type="radio"/></p> <p>Real-(Mittel-) oder Handelsschule ohne Abschlußprüfung <input type="radio"/></p> <p>Real-(Mittel-) oder Handelsschule mit Abschlußprüfung <input type="radio"/></p> <p>Gymnasium (Höhere Schule) ohne Abitur <input type="radio"/></p> <p>Abitur ohne anschließendes Studium <input type="radio"/></p> <p>Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium <input type="radio"/></p> <p>Abitur mit abgeschlossenem Studium <input type="radio"/></p>	<p>Familienstand</p> <p>verheiratet <input type="radio"/></p> <p>ledig <input type="radio"/></p> <p>verwitwet <input type="radio"/></p> <p>geschieden/getrennt <input type="radio"/></p> <p>Haushalt</p> <p>alleinlebend <input type="radio"/></p> <p>zusammenlebend mit Ehepartner(in)/Lebenspartner(in) <input type="radio"/></p> <p>Sind Sie berufstätig?</p> <p>ja <input type="radio"/></p> <p>ja, mithelfend im eigenen Betrieb <input type="radio"/></p> <p>Hausfrau/Hausmann <input type="radio"/></p> <p>– oder sind Sie:</p> <p>Schüler(in) <input type="radio"/></p> <p>Student(in) <input type="radio"/></p> <p>in Berufsausbildung <input type="radio"/></p> <p>Rentner(in), Ruhestand <input type="radio"/></p> <p>arbeitslos <input type="radio"/></p> <p>ohne Beruf <input type="radio"/></p>	<p>Berufsgruppe</p> <p>Bitte den gegenwärtig ausgeübten Beruf ankreuzen.</p> <p>(Hausfrauen bitte den Beruf des Mannes/Hausmänner den Beruf der Frau ankreuzen, Rentner(innen) den ehemaligen Beruf, Befragte in Berufsausbildung und Nichtberufstätige den Beruf des Ernährers)</p> <p>Inhaber(in) und Geschäftsführer(in) von größeren Unternehmen <input type="radio"/></p> <p>Freier Beruf <input type="radio"/></p> <p>Mittlere und kleinere selbständige Geschäftsleute <input type="radio"/></p> <p>Selbständige(r) Handwerker(in) <input type="radio"/></p> <p>Leitende(r) Angestellte(r) <input type="radio"/></p> <p>Nichtleitende(r) Angestellte(r) <input type="radio"/></p> <p>Beamter(in) des höheren oder gehobenen Dienstes <input type="radio"/></p> <p>Beamter(in) des mittleren oder einfachen Dienstes <input type="radio"/></p> <p>Landwirt(in) <input type="radio"/></p> <p>Facharbeiter(in) mit abgelegter Prüfung <input type="radio"/></p> <p>Sonstige(r) Arbeiter(in) <input type="radio"/></p>
--	---	--

8.3 Statistische Rohwerte für das Freiburger Persönlichkeitsinventar

		FPI-R 1 – Lebens- zufriedenheit	FPI-R 2 – soziale Orientierung	FPI-R 3 – Leistungs- orientierung
N	Gültig	104	104	104
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		8,57	7,42	7,12
Median		9,00	8,00	7,00
Standardabweichung		1,974	2,112	2,451
Minimum		3	2	1
Maximum		12	12	12
Perzentile	25	7,00	6,00	5,00
	50	9,00	8,00	7,00
	75	10,00	9,00	9,00

Tabelle 22: Statistische Rohwerte für FPI-R 1 bis FPI-R 3

		FPI-R 4 – Gehemmtheit	FPI-R 5 – Erregbarkeit	FPI-R 6 – Aggressivität
N	Gültig	104	104	104
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		5,20	5,11	2,89
Median		5,00	5,00	3,00
Standardabweichung		2,552	2,821	2,264
Minimum		0	0	0
Maximum		12	11	11
Perzentile	25	3,00	3,00	1,00
	50	5,00	5,00	3,00
	75	7,00	7,00	4,00

Tabelle 23: Statistische Rohwerte für FPI-R 4 bis FPI-R 6

		FPI-R 7 – Beanspruchung	FPI-R 8 – körperliche Beschwerden	FPI-R 9 – Gesundheits- sorgen
N	Gültig	104	104	104
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		6,00	2,11	4,45
Median		6,00	2,00	4,00
Standardabweichung		3,286	1,915	2,268
Minimum		0	0	1
Maximum		12	10	10
Perzentile	25	3,25	1,00	3,00
	50	6,00	2,00	4,00
	75	9,00	3,00	6,00

Tabelle 24: Statistische Rohwerte für FPI-R 7 bis FPI-R 9

		FPI-R 10 – Offenheit	FPI-R E – Extraversion	FPI-R N – Emotionalität
N	Gültig	104	104	104
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		5,91	6,36	5,05
Median		6,00	6,00	5,00
Standardabweichung		2,485	3,131	3,148
Minimum		0	0	0
Maximum		11	13	14
Perzentile	25	4,00	4,00	3,00
	50	6,00	6,00	5,00
	75	8,00	9,00	7,75

Tabelle 25: Statistische Rohwerte für FPI-R 10, FPI-R E und FPI-R N

8.4 Normalverteilungstests der 12 Rohwerte (KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test)

		FPI-R 1 – Lebens- zufriedenheit	FPI-R 2 – soziale Orientierung	FPI-R 3 – Leistungs- orientierung	FPI-R 4 – Gehemmtheit
N		104	104	104	104
Parameter der Normal- verteilung	Mittelwert	8,03	7,42	7,12	5,20
	Standard- abweichung	1,698	2,112	2,451	2,552
Extremste Differenzen	Absolut	,157	,136	,116	,108
	Positiv	,091	,086	,099	,108
	Negativ	-,157	-,136	-,116	-,075
KOLMOGOROV-SMIRNOV-Z		1,598	1,392	1,179	1,101
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,012	,042	,124	,177

Tabelle 26: KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test – statistische Werte für FPI-R 1 bis FPI-R 4

		FPI-R 5 – Erregbarkeit	FPI-R 6 – Aggressivität	FPI-R 7 – Beanspruchung	FPI-R 8 – körperliche Beschwerden
N		104	104	104	104
Parameter der Normal- verteilung	Mittelwert	5,26	2,89	6,00	2,11
	Standard- abweichung	2,461	2,264	3,286	1,915
Extremste Differenzen	Absolut	,100	,174	,104	,234
	Positiv	,100	,174	,071	,234
	Negativ	-,089	-,101	-,104	-,136
KOLMOGOROV-SMIRNOV-Z		1,015	1,771	1,057	2,382
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,254	,004	,214	,000

Tabelle 27: KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test – statistische Werte für FPI-R 5 bis FPI-R 8

		FPI-R 9 – Gesundheits- sorgen	FPI-R 10 – Offenheit	FPI-R E – Extraversion	FPI-R N – Emotionalität
N		104	104	104	104
Parameter der Normal- verteilung	Mittelwert	4,45	5,91	6,36	5,05
	Standard- abweichung	2,268	2,485	3,131	3,148
Extremste Differenzen	Absolut	,133	,124	,089	,121
	Positiv	,133	,124	,082	,121
	Negativ	-,079	-,117	-,089	-,076
KOLMOGOROV-SMIRNOV-Z		1,359	1,266	,911	1,239
Asymptotische Signifi- kanz (2-seitig)		,050	,081	,378	,093

Tabelle 28: KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test – statistische Werte für FPI-R 9 bis FPI-R 10,
FPI-R E und FPI-R N

8.5 Vergleich der Messwerte vs. alters- und geschlechtsbezogene Normwerte

Gruppe 2		N	Mittelwert	Standard- abweichung	Standard- fehler des Mittelwertes
Lebens- zufriedenheit	Normwert	104	7,0109	,35037	,03436
	Messwert	104	8,5673	1,97442	,19361
soziale Orientierung	Normwert	104	6,3299	,43973	,04312
	Messwert	104	7,4231	2,11188	,20709
Leistungs- orientierung	Normwert	104	7,2429	,54480	,05342
	Messwert	104	7,1154	2,45071	,24031
Gehemmtheit	Normwert	104	4,9943	,39236	,03847
	Messwert	104	5,2019	2,55191	,25024
Erregbarkeit	Normwert	104	5,6839	,57881	,05676
	Messwert	104	5,1058	2,82127	,27665
Aggressivität	Normwert	104	4,3176	,41925	,04111
	Messwert	104	2,8942	2,26376	,22198
Bean- spruchung	Normwert	104	6,0970	,38061	,03732
	Messwert	104	6,0000	3,28574	,32219
körperliche Beschwerden	Normwert	104	3,5684	,79661	,07811
	Messwert	104	2,1058	1,91528	,18781
Gesundheits- sorgen	Normwert	104	5,6199	,54089	,05304
	Messwert	104	4,4519	2,26788	,22238
Offenheit	Normwert	104	6,1938	,50162	,04919
	Messwert	104	5,9135	2,48534	,24371
Extraversion	Normwert	104	7,3094	,50779	,04979
	Messwert	104	6,3558	3,13117	,30704
Emotionalität	Normwert	104	6,1852	,63435	,06220
	Messwert	104	5,0481	3,14806	,30869

Tabelle 29: Vergleich der Messwerte vs. alters- und geschlechtsbezogene Normwerte (in Zahlen)

8.6 Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung nach Alter (grafische Darstellung)	57
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung nach Bildungsstand (grafische Darstellung)	58
Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung nach Familienstand (grafische Darstellung)	59
Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung nach Berufstätigkeit (grafische Darstellung)	60
Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung nach Berufsgruppen (grafische Darstellung)	62
Abbildung 6: Stanine Lebenszufriedenheit (grafische Darstellung)	65
Abbildung 7: Stanine Soziale Orientierung (grafische Darstellung)	67
Abbildung 8: Stanine Leistungsorientierung (grafische Darstellung)	68
Abbildung 9: Stanine Gehemmtheit (grafische Darstellung)	70
Abbildung 10: Stanine Erregbarkeit (grafische Darstellung)	71
Abbildung 11: Stanine Aggressivität (grafische Darstellung)	73
Abbildung 12: Stanine Beanspruchung (grafische Darstellung)	74
Abbildung 13: Stanine Körperliche Beschwerden (grafische Darstellung)	76
Abbildung 14: Stanine Gesundheitsorgen (grafische Darstellung)	77
Abbildung 15: Stanine Offenheit (grafische Darstellung)	79
Abbildung 16: Stanine Extraversion (grafische Darstellung)	80
Abbildung 17: Stanine Emotionalität (grafische Darstellung)	82
Abbildung 18: Vergleich der Messwerte vs. Normwerte (grafische Darstellung)	84

8.7 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung nach Geschlecht (in Zahlen).....	55
Tabelle 2: Altersstatistik	56
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung nach Altersgruppen (in Zahlen)	56
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung nach Bildungsstand (in Zahlen).....	58
Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung nach Familienstand (in Zahlen)	59
Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung nach Hausstand (in Zahlen).....	59
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung nach Berufstätigkeit (in Zahlen).....	60
Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung nach Berufsgruppen (in Zahlen).....	61
Tabelle 9: Stanine Lebenszufriedenheit (in Zahlen).....	64
Tabelle 10: Stanine Soziale Orientierung (in Zahlen).....	66
Tabelle 11: Stanine Leistungsorientierung (in Zahlen).....	68
Tabelle 12: Stanine Gehemmtheit (in Zahlen)	69
Tabelle 13: Stanine Erregbarkeit (in Zahlen).....	71
Tabelle 14: Stanine Aggressivität (in Zahlen)	72
Tabelle 15: Stanine Beanspruchung (in Zahlen).....	74
Tabelle 16: Stanine Körperliche Beschwerden (in Zahlen).....	75
Tabelle 17: Stanine Gesundheits Sorgen (in Zahlen)	77
Tabelle 18: Stanine Offenheit (in Zahlen).....	78
Tabelle 19: Stanine Extraversion (in Zahlen)	80
Tabelle 20: Stanine Emotionalität (in Zahlen)	82
Tabelle 21: Signifikanzen.....	85
Tabelle 22: Statistische Rohwerte für FPI-R 1 bis FPI-R 3	113
Tabelle 23: Statistische Rohwerte für FPI-R 4 bis FPI-R 6	113
Tabelle 24: Statistische Rohwerte für FPI-R 7 bis FPI-R 9	114
Tabelle 25: Statistische Rohwerte für FPI-R 10, FPI-R E und FPI-R N	114
Tabelle 26: KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test – statistische Werte für FPI-R 1 bis FPI-R 4	115

Tabelle 27: KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test – statistische Werte für FPI-R 5 bis FPI-R 8.....	116
Tabelle 28: KOLMOGOROV-SMIRNOV-Test – statistische Werte für FPI-R 9 bis FPI-R 10, FPI-R E und FPI-R N	116
Tabelle 29: Vergleich der Messwerte vs. alters- und geschlechtsbezogene Normwerte (in Zahlen)	117

9 Summary

A. Introduction

I. Personal Background And Motivation

The motivation for this study arose in the study of Hakomi therapy, an experiential body psychotherapy. Hakomi uses body contact to support the body so that deeper barriers of the soul can gain space and emerge into consciousness. It was most interesting to see that fascial techniques of Osteopathy and some techniques (a detailed explanation is not relevant for this study) of body psychotherapy are in fact using the same hand posture. Only the approach is a different. During this psychotherapeutic training it became evident, how strongly transference and resulting countertransference can disturb a therapeutic relationship. It means that certain psychological patterns originating from the therapist or the patient may trigger defensive behavior on the other side. Colloquially, we would say 'the chemistry is all wrong'. This may substantially interfere with the therapy or at least tie up the attention of the therapist, thus preventing him from fully unfolding his therapeutic potential. This has inspired me on the subject of the present study. An investigation of the complex mechanisms behind the transfers is too substantial and complex for a master thesis. Nevertheless there was a far more basic question.

II. Question:

“Does the Osteopath Have a Certain Type of Personality?”

This study attempts to answer the question, whether the osteopath has a certain type of personality and, if so, which one.

III. Relevance To Osteopathy:

The study's relevance to osteopathy is multi-layered. Should it be the case that persons working in osteopathy have certain types of personality, it would be help-

ful for people who play with the idea of studying osteopathy. They could use the result as an extension of the requirement profile.

Finished therapists could gain an insight into which personality patterns of the patients they are most susceptible to. Conversely, the therapist would know, which patients s/he has to be extremely careful with for reasons of his own personality structure.

Here, one has to say constrictively, that the results of this study only show a rough trend. The therapist will only find out about his own personality structure through individual psychotherapeutic supervision.

IV. Brief Overview Of The Study

This study is a kohort study. The results were obtained using the Freiburg Personality Inventory (Freiburger Persönlichkeitsinventar) by Jochen Fahrenberg in the revised version (FPI-R) of 1996. The FPI-R is a questionnaire of 138 closed questions, which means they can only be answered by “yes” or “no”. The scales of the test were not derived from the entire field of personality, which is broad and difficult to overlook, but rather originate in the theoretical interest of the authors in specific personality traits. The manual defines all personality traits specifically for this test. The study surveys 104 osteopaths (male and female).

B. Theoretical Foundations

This chapter introduces the theoretical foundations which are required to understand the study and the subsequent discussion.

I. Personality and Character

This section deals with the topic of “character” and “personality” and introduces some important theories. The two terms are being employed interchangeably in everyday life. Even the psychological literature does not offer a clear distinction. In the seventies Herders Dictionary of Psychology (“Lexikon der Psychologie”) writes about a mixture of various personality theories with little correspondence

between data and definitions. The same authors write, that every psychologist uses the two terms without knowing exactly what they mean.

In studying the literature it was seen that Personality-Psychologists tend to use the term “personality”, which was to be expected, whereas the Somatic-Psychotherapists use the term “character”. Each theory, however, has its own definition of the terms, which will be discussed below.

II. Traits and Habits

This chapter explains the terms “Traits” and “Habits”, because they are important for a better understanding of this study. The Freiburg Personality Inventory examines the traits of a test subject. For a better understanding the term “Habits” is being contrasted and explained.

a. Habits

The term Habits describes customs, which are the central object of investigation of behavioral sciences. This is founded in the attempt that one was trying to achieve a greatest possible objectivity in the monitored data. Therefore only effects and processes were to be accepted, that were observed by means of instruments and in a sense independent from the person doing the analysis.

b. Traits

The term Traits or disposition properties (German: Dispositionseigenschaften) describes certain psychical characteristics of a human being, that differentiate him/her from other human beings. It uses attributes like “intelligent”, “lazy”, “helpful”, “environmentally conscious”, “selfish” or “small-minded” etc., which insinuates properties that an interpersonally variant behavior follows in different situations.

III. Transference and Countertransference

Transference is generally referred to as the phenomenon of perception or interpretation of current situations in the light of past experience or similar situations. The current objects are perceived in a distorted way, because they are to some extent viewed in the light of past relationship experiences. In practice, the transference of the patient is insolubly interwoven with the countertransference of the therapist. The countertransference refers to all conscious and unconscious feelings, emotions and reactions of the therapist to the patient.

C. Methodology

I. FPI-R Freiburg Personality Inventory

a. Introduction

This section describes the Freiburg Personality Inventory FPI-R, which was used as a test for this study.

The Freiburg Personality Inventory was developed in the sixties as first German personality inventory, because at that time there were only translations of Anglo-American tests. On the occasion of the 4th edition in 1982 a large representative survey was conducted which served as a basis to a partial revision. After the revision in 1984, the older parallel- and short forms have been discontinued. Distinction has to be made in the last editions between the forms FPI-A 1, a new normed and in reference to the language partially modified continuation of the initial version and the revised version FPI-R, which includes some different dimensions and is being used here.

The FPI-R is supposed to replace the preceding versions. The form FPI-A 1 is only being continued to allow for continuity and comparability with previous studies. The FPI-R used here is a multi-dimensional personality test that is applicable to personality assessment in both clinical as well as non-clinical areas. This test can also be used as a research tool, because it can detect many quantitative aspects of relevant personality dimensions. On the more extreme areas, like for example

persons in the lower quartile of the distribution of intelligence or in the psychopathological range, this test is not recommended.

b. Construction Principles

FPI-R examines only traits, which are aspects of a personality that are temporally stable. The authors of the test are aware that traits can only be inferred through a sufficiently large variety of different data. For this purpose, the test is only one data source. It is designed to collect property dimensions in order to make individuals comparable in a scale ranking.

The designers did not base the development on a single personality theory, but rather on the interest and experience of the authors in a certain dimension of behavior. On one hand theoretical fundamentals were included (extraversion and neuroticism), on the other hand properties that are relevant for the social interaction (e.g. aggression) and the subjective coping with requirements (e.g. self-contentment, stress). The choice of construct is following Anglo-American paradigm, especially in regard to the dimensions neuroticism, extraversion and the attribute aggression, which were described by Eysenck.

c. Inclusion Criteria

Participation in this study required that the subjects had completed a course of studies in osteopathy. The minimum requirement for this was the passed examination of the fifth year.

The study was limited to German and Austrian osteopaths in order to ensure the homogeneity of the test group.

The German subjects had to have completed studies at an academy that was accepted by the BAO (Bundesarbeitsgemeinschaft für Osteopathie). In Austria, only subjects that had completed the WSO (Wiener Schule für Osteopathie) were approved, as the curricula and guidelines are very similar to the BAO.

d. Exclusion Criteria

Subjects that had not graduated from one of the academies mentioned above were excluded from the study. Undergraduates were also excluded. An exception here were the students of the Master's program at the Donauuniversität Krems, because the requirement for entry on this course is a passed fifth year exam.

D. Discussion

This chapter discusses the significant scales of the Freiburg Personality Inventory. The scales with their test-specific definitions are compared with reference to psychological and osteopathic literature. The goal is to find out, if the results would allow to infer a relevance to osteopathy. It is being tried to compare the significant modalities of the Freiburg Personality Inventory with more complex character strategies of the body psychotherapy. It is possible that multiple modalities of the Freiburg Personality Inventory can be found in a character strategy. In this case, the body psychotherapeutic context is given preference, because, in the opinion of the author, it contains the largest intersection with the work of the osteopath, because the body is included and is being touched in the therapy.

I. Satisfaction with Oneself (Life Satisfaction)

a. Interpretation

Subjects who achieved a high test value here are generally satisfied with their life. They feel satisfied with their job and call their relationship with their partners good, too. In retrospect, they do not want to have led a different life and look confidently at the future. They have serene confidence, balance and are generally in good spirit. They show a very positive mood and seem to live in peace with themselves.

b. Osteopathic Relevance of the Scale Life Satisfaction

A high test value on the scale of Life Satisfaction can only have a positive effect on osteopathic treatment. If the therapist is satisfied with him/herself and his/her

life, one can assume, that s/he will wear this on the outside and show a positive attitude. It can be assumed that this will lead to a positive mood in the practice. As a result, this mood is transferred on the patients and serves to faster establish a trusting relationship.

II. Social Orientation

a. Interpretation

Subjects with a high test value on this scale have a readiness to help others and feel a high social responsibility. They listen to the worries of others and offer help and solace. They donate money and offer their help in welfare services. In comparison to others they develop a bad conscience because of their own wealth and consumption.

b. Osteopathic Relevance of the Scale Social Orientation

These personality and character features are an ideal precondition for the profession of osteopath. They are prepared to help and do this with high diligence. These therapists care about others, in this case the patients in a way that substantially exceeds “work to rule” and furthers the holistic approach of osteopathy.

III. Impulsiveness / Excitability

a. Interpretation

Subjects with a high test value feel that they are short tempered and easily irritable. They often cannot control anger and, therefore, are more easily unsettled. They react aggressively, sometimes with inconsiderate comments or threatening. Even with regard to unimportant matters they react sensitively or hastily. They cannot take things easily.

b. Osteopathic Relevance of the Scale Impulsiveness / Excitability

The problems that may develop include a possibly severe disturbance of the therapeutic relationship. It is conceivable that the therapist may react intemperately if the patient criticises or questions the therapeutic strategy. The therapist may feel his competence challenged, if the patient wants more detailed explanation of subject matters. Similar reactions could be triggered when the therapist is met with disbelief, irrespectively if this happens verbally, by gesture or gaze. Also joking comments of the patient could lead to disproportionate reactions.

IV. Aggressiveness

a. Interpretation

Persons with a high test value on this scale display a disposition towards aggressive assertion that may show in various ways. They enjoy gross jokes or proving someone wrong. They easily react irate or intemperate. They fight back and may show a tendency towards physical force if they feel offended or their rights affected.

b. Osteopathic Relevance of the Scale Aggressiveness

The osteopathic relevance of the scale aggressiveness is the same as that of the scale impulsiveness/excitability.

V. Physical Complaints

a. Interpretation

Persons with a high test value on this scale often show a disturbed physical general condition. This may show in meteorosensitivity and sleeping disorders. They also complain about specific problems: cardiac arrhythmias, hot flashes, cold hands and feet, more sensitive stomach, constipation, tightness in chest, lump in throat, nervous twitching and trembling hands.

b. Osteopathic Relevance of the Scale Physical Complaints

Physical complaints can be viewed as a personal problem of the therapist. They may affect the treatment, if they interfere with available options. The quality of the treatment may suffer in case, because of physical complaints, some techniques are not executable, which would be relevant to the success of the treatment. Thus, it is conceivable that physical complaints of the therapist may tie up his attention and impair his ability to concentrate.

VI. Concern about Health

Interpretation

Subjects with high test value display a very health-conscious and health-anxious behavior. They prefer a gentle lifestyle and try to avoid risks of a possible infection or injury. They have a hypochondric tendency and thus are seeking medical knowledge. While they remain suspicious, they often seek medical advice.

VII. Extraversion

a. Interpretation

Persons with a high test value on this scale consider themselves to be impulsive and sociable. They like going out in the evening, appreciate entertainment and variety. They feel comfortable in the company of others. They are quick to close friendships and can skip to carefree in high spirits. They are also prankish, rather quick-witted and chatty and active in dealing with others. They take on tasks or the lead in joint operations and are energetic and enterprising.

b. Osteopathic Relevance of the Scale Extraversion

This personality is almost ideally suited to build and maintain a therapeutic relationship. Such persons may by their easygoing way bridge the patient's initial uncertainty and create a comfortable atmosphere. They can adapt to the patients very well. Therefore, they should not have problems in treating each patient individually and in responding to their particular problem.

VIII. Emotionality

a. Interpretation

Subjects with a high test value on this scale display multiple problems and internal conflicts. On one side they are irritable and excitable, on the other they feel tired, dull and impassive. Their mood is variable, but mostly depressed or anxious. They have a tendency to daydream and think a lot about their living conditions. They hardly feel understood by anybody. They worry about their health and often feel stressed. They feel nervous and psychosomatically disturbed.

b. Osteopathic Relevance of the Scale Emotionality

The osteopathic relevance of a high test value of the emotionality scale, associated with parallels to the character processes, can be primarily seen in reduced performance and endurance. Thus, therapists who are afflicted with this characteristic may not be able to work in a concentrated way over a prolonged period of time. As a result, the precision of the technical execution of the osteopathic treatment may deteriorate over the duration of a working day. Furthermore this may result in a lack of the necessary attention for the needs of the patient. The increased excitability may also impair the therapeutic relationship.

E. Conclusion

The present study provides scientific evidence that osteopaths are different in their personality traits to the general population. This was proven unequivocally by means of the Freiburg Personality Inventory. The manual supplied with the Freiburg Personality Inventory contains information by which it can be correctly applied and interpreted. Significantly higher test scores can be seen in the scales of life satisfaction, social orientation, impulsiveness, aggression, physical complaints, health concerns, extraversion, and emotionality.