

# Kohärenzempfinden (SOC) österreichischer Upledger CranioSacral TherapeutInnen



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung  
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

**Marie Hortig**

Graz, im Dezember 2012

Marie Hortig, Graz

mariehortig@hotmail.com

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Dezember 2012

Im Sinne fachlich begleiteter Forschungsfreiheit müssen die in den Thesen des Interuniversitären Kolleg vertretenen Meinungen und Schlussfolgerungen sich nicht mit jenen der Betreuer/innen und Begutachter/innen decken, sondern liegen in der Verantwortung der Autorinnen und Autoren.

*Thesis angenommen*

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>5</b>
<b>2 EINLEITUNG</b>	<b>10</b>
2.1 Relevanz des Themas	11
2.2 Hintergrund und Stand des Wissens	14
2.2.1 Antonovskys Salutogenese und Kohärenzempfinden	15
2.2.1.1 Salutogenese	15
2.2.1.2 Kohärenzempfinden (Sense of Coherence, SOC)	16
2.2.2 Upledger CranioSacral Therapie und Achtsamkeit	18
2.2.2.1 Upledger CST	18
2.2.2.2 Zum Begriff der Achtsamkeit	20
2.2.2.3 Anwendung der Achtsamkeit in der therapeutischen Praxis	21
2.2.2.4 Achtsamkeit und Selbsterfahrung in der CST	22
2.3 Forschungsfragen und Arbeitshypothesen	24
<b>3 METHODIK</b>	<b>25</b>
3.1 Untersuchungsdesign	25
3.1.1 Fragebogen	25
3.1.2 Durchführung der Befragung	26
3.2 Teilnehmer	26
3.3 Analyse der Daten	27
<b>4 ERGEBNISSE</b>	<b>27</b>
4.1 SOC-Gesamtwert und SOC-Komponenten innerhalb der Versuchsgruppe	28
4.2 SOC-Werte im Vergleich mit anderen Untersuchungsgruppen	28
4.2.1 SOC-Gesamtwert im Vergleich mit anderen Berufsgruppen	29
4.2.2 SOC-Komponenten im Vergleich mit anderen Berufsgruppen	29
4.3 Ergebnisse nach dem Grundberuf der CST-Therapeuten	30
4.4 Ergebnisse nach der Arbeitserfahrung mit CST	30
4.5 Ergebnisse nach dem Prozentanteil der mit CST verbrachten Arbeitszeit	31
<b>5 DISKUSSION</b>	<b>31</b>
5.1 Forschungsfragen, Hypothesen und Schlussfolgerungen	31
5.1.1 SOC-Gesamtwert: Ergebnis und Vergleich mit anderen Berufsgruppen	31
5.1.2 SOC-Komponenten: Ergebnisse und Vergleich mit anderen Berufsgruppen	33
5.1.2.1 Ergebnisse zu den Komponenten SOC-H und SOC-B	33
5.1.2.2 Ergebnisse zur Komponente SOC-V	34
5.1.3 Einfluss des Grundberufs	35
5.1.4 Einfluss der Arbeitserfahrung mit CST	35
5.1.5 Einfluss nach Prozentanteil der mit CST verbrachten Arbeitszeit	36
5.2 Fragebogen SOC-29	36
5.3 Eigenkritisches und Anregungen zu weiterführenden Studien	37

<b>6 QUELLENVERZEICHNIS</b>	<b>38</b>
<b>7 ANHANG</b>	<b>44</b>
Anhang 1: E-Mailtext	44
Anhang 2: Fragebogen zur Lebensorientierung	44
Anhang 3: Zusatzfragen	49

Um ein flüssiges Lesen zu ermöglichen, wird in dieser Arbeit die männliche Form verwendet – Frauen sind damit ebenfalls gemeint.

## 1 ZUSAMMENFASSUNG



[www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net) > Forschung

### **Kohärenzempfinden (SOC) österreichischer Upledger CranioSacral TherapeutInnen** Zusammenfassung der Arbeit

Autorin: Marie Hortig

Betreuerin: Elke Mesenholl

#### **Einleitung**

##### *Hintergrund und Stand des Wissens*

Upledger CranioSacral Therapie (CST) ist eine aus der Osteopathie entwickelte Behandlungsmethode zum Lösen von Spannungszuständen im Bindegewebe. Damit können Symptome wie Kopfschmerzen, Tinnitus, kieferorthopädische und Verdauungsprobleme gelindert oder sogar beseitigt werden.

Bei der Arbeit mit CST ist die andauernde Rücksichtnahme des Behandlers auf die eigene (therapeutische) Körper- und Geisteshaltung sowie Befindlichkeit von zentraler Bedeutung. Schäfer (2006) zufolge erfahren Physiotherapeuten durch ihre Arbeit mit CST, verglichen mit Physiotherapeuten ohne CST-Ausbildung, eine Schulung ihrer Achtsamkeit. Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli, Urbanowski, Harrington, Bonus & Sheridan (2003) bewiesen in ihrer Studie zur Reaktion auf ein Achtsamkeitstraining eine gesteigerte Adaptionsfähigkeit des Organismus im Umgang mit Stress. Haben CST-Therapeuten also eine größere Fähigkeit zur Stressbewältigung? Dieser Frage wird in der vorliegenden Arbeit nachgegangen.

Der „Sense of Coherence“ (SOC, dt. Kohärenzempfinden) ist nach Antonovsky (1997) die Fähigkeit eines Menschen zur Bewältigung und Verarbeitung schwieriger Gegebenheiten. Je stärker das Kohärenzempfinden einer Person ist, desto größer ist ihre Fähigkeit, sich in unterschiedlichen Situationen zurechtzufinden und diese zu meistern.

Singer & Brähler (2007) beschreiben die positive Korrelation eines hohen Kohärenzgefühls mit Indikatoren von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden (wie geringeres Stresserleben und höhere Lebensqualität). Personen mit hohem SOC zeigen außerdem eine geringe Anfälligkeit für Depressionen und Ängste und wenig Beschwerdedruck.

Mit CST Arbeitende werden nicht müde, von den positiven Effekten auf ihr eigenes Körpergefühl und Gesundheitsverständnis zu berichten – weitere Beweise hierfür müssen aber erst erbracht werden. Die

vorliegende Untersuchung beschäftigt sich deshalb mit der Ausprägung des Kohärenzempfindens österreichischer CST-Therapeuten.

### *Forschungsfrage*

Im Rahmen dieser Arbeit wird folgender Forschungsfrage nachgegangen: „Wie ausgeprägt ist das Kohärenzempfinden (SOC) österreichischer Upledger CranioSacral Therapeuten?“.

Außerdem werden der Einfluss der Arbeitserfahrung mit Upledger CST, des Ausmaßes der Anwendung dieser Methode und des Grundberufs der Untersuchungsteilnehmer auf deren SOC analysiert.

## **Methodik**

### *Design*

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine deskriptive Querschnittsuntersuchung an Upledger CranioSacral Therapeuten in Österreich. Für die Einmalmessung wurde der standardisierte „Fragebogen zur Lebensorientierung“ (SOC-Fragebogen) nach Aaron Antonovsky, bestehend aus 29 Items, verwendet.

Die Zusatzfragen lauteten: „Wie lange arbeiten Sie schon mit Upledger CST?“ und „Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit verbringen Sie mit der Durchführung von Upledger CST?“. Außerdem wurden Alter, Geschlecht und Grundberuf der Teilnehmer abgefragt.

### *TeilnehmerInnen*

Von 360 angeschriebenen Kollegen gelangten 135 vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung, was einer Rücklaufquote von 37,5% entspricht. Von den 135 Studienteilnehmern waren 123 weiblich und zwölf männlich. Gut zwei Drittel der Befragten (68,9%) waren im Grundberuf Physiotherapeuten, der Rest der Befragten kommt aus dem medizinisch-therapeutischen Feld.

### *Durchführung*

Der Fragebogen war online (14 Tage, von 30.01.2012 bis 13.02.2012) auszufüllen. Die Aussendung erfolgte elektronisch über das Internet, wobei der Verband der Upledger CranioSacral TherapeutInnen Österreich als Verteiler diente. Das Schreiben enthielt einen Link zum Online-Fragebogen und es wurde versichert, dass die Daten vertraulich behandelt werden und durch die elektronische Beantwortung keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden können.

### *Statistische Analyse*

Die Auswertung der Fragebögen wurde mittels standardisierter statistischer Verfahren durchgeführt (Korrelations- und Varianzanalyse sowie t-Tests zum Erkennen der Mittelwertsunterschiede). Mit Post-Tests (Detailanalysen) wurden die gefundenen Unterschiede bestätigt. Die Datenvergleiche mit anderen Ergebnissen aus Masterthesen am Interuniversitären Kolleg Graz-Seggau (vergleichbare Berufsgruppen) wurden mittels eines Post-Hoc-Tests durchgeführt.

Die Datenberechnung erfolgte mit einer 5%igen Irrtumswahrscheinlichkeit. Dabei wird das Signifikanzniveau bei einem Wert von  $p < 0,05$  als signifikant, bei  $p < 0,01$  als hoch signifikant interpretiert.

## **Ergebnisse**

Der SOC-Gesamtwert der österreichischen CST-Therapeuten liegt mit 155,58 im Mittelfeld der vergleichbaren Berufsgruppen. Im Vergleich zum Wert der Gesundheitstrainer (niedrigerer Wert,  $p = 0,007$ ) zeigte sich in der Detailanalyse ein signifikanter Unterschied.

Bezüglich der SOC-Einzelkomponenten ergaben sich folgende Ergebnisse: SOC-B (Bedeutsamkeit,  $6,12 \pm 0,61$ ) weist den höchsten Wert auf, das Ergebnis von SOC-H (Handhabbarkeit,  $5,39 \pm 0,56$ ) ist niedriger. Den niedrigsten Komponentenwert erzielten die Probanden beim SOC-V (Verstehbarkeit,  $4,59 \pm 0,77$ ). Die Ergebniswerte der Bedeutsamkeit und der Handhabbarkeit unterscheiden sich nicht signifikant von denen der vergleichbaren Berufsgruppen. Für die Verstehbarkeit fanden sich in Detailanalysen signifikante Unterschiede des Ergebniswertes der CST-Therapeuten zu dem der Ärzte (mittlere Differenz  $+3,69$ ,  $p = 0,034$ ) und Gesundheitstrainer (mittlere Differenz  $-4,08$ ,  $p = 0,037$ ) und ein hoch signifikanter zu dem der Psychotherapeuten (mittlere Differenz  $+6,49$ ,  $p = 0,004$ ).

Die Arbeitshypothesen, dass die Arbeitserfahrung mit Upledger CST, das Ausmaß der Anwendung dieser Methode und der Grundberuf der Untersuchungsteilnehmer sich auf deren SOC auswirken, müssen mangels statistisch signifikanter Ergebnisse zurückgewiesen werden.

## **Diskussion**

### *Interpretation des Ergebnisses*

Der erhobene SOC-Gesamtwert der Studienteilnehmer ist mit 155,58 sehr hoch. Damit finden sich die österreichischen CST-Therapeuten auf der Prozentrang-Normtabelle einer breit angelegten SOC-Studie in Deutschland unter den höchsten 25% (Singer & Brähler 2007). In internationalen Vergleichsstudien wurde bestätigt, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen allgemein höhere SOC-Werte aufweisen (Binder A 2005). Die vorliegende Arbeit kommt zum selben Ergebnis.

### *Folgerung auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens*

Die Arbeitshypothese, dass sich der Gesamt-SOC der CST-Therapeuten signifikant von dem vergleichbarer Berufsgruppen abhebt, konnte lediglich für die Gruppe der Gesundheitstrainer bestätigt werden – bei allen anderen Berufsgruppen waren die Vergleichswerte nicht signifikant. Einen möglichen Grund für dieses Ergebnis könnte einerseits das geringere Prestige des Berufs „Gesundheitstrainer“ darstellen – andererseits war diese Gruppe die einzige der verglichenen, bei der sich die Testpersonen zum Untersuchungszeitpunkt noch in Ausbildung befanden.

Die Ähnlichkeit des SOC-Gesamtergebnisses der CST-Therapeuten mit dem der Ärzte, Logopäden, Physiotherapeuten, Heilpraktiker und Psychotherapeuten (Vergleichs-Berufsgruppen aus anderen Masterthesen) könnte mit den Grundberufen der Untersuchungsteilnehmer zu tun haben – sie entstammen (bis auf die Masseur und Krankenschwestern) aus genau diesen Berufsfeldern. Nach Belschner (2001) benötigen professionell handelnde Personen in Gesundheitsberufen die Befähigung zur Präsenz und bringen damit bereits eine angestammte Kompetenz zu gesundheitsförderndem Verhalten mit.

Bei den Ergebnissen der SOC-Komponente Verstehbarkeit unterschieden sich drei Vergleichsgruppen signifikant von der Untersuchungsgruppe. Der niedrigere SOC-V-Wert der Gesundheitstrainer lässt sich, wie beim Gesamt-SOC, auf den geringeren Ausbildungsstand zurückführen. Der signifikant höhere Wert der Ärzte scheint angesichts ihrer spezifischen beruflichen Anforderungen (hohe Verantwortung, Exaktheit im Planen und Arbeiten) schlüssig. Die Psychotherapeuten, die für ihre Berufsausübung starke emotionale Widerstandsressourcen und ein hohes Level an Verstehbarkeit benötigen, zeigen den höchsten SOC-V aller verglichenen Berufsgruppen.

### *Eigenkritisches*

Die Hypothese, dass sich der Grundberuf eines CST-Therapeuten auf seine Kohärenz auswirkt, muss in dieser Untersuchung mangels signifikanter Ergebnisse zurückgewiesen werden. Der Hauptanteil der Studienteilnehmer (68,9%) besteht aus Physiotherapeuten - die Vergleichsgruppe ist dagegen sehr inhomogen, was den Grundberuf angeht. Hier wäre eine größer angelegte Studie nötig, damit die einzelnen Grundberufsgruppen ausreichend große Vergleichsmengen darstellen.

Zur Untersuchung des Einflusses der Arbeitserfahrung mit CST auf den SOC ist kritisch anzumerken, dass die CST-Arbeitserfahrung keinen Rückschluss auf den Stand der Ausbildung des Betroffenen ziehen lässt. Mithilfe einer Zusatzfrage zum Fortschritt in der Ausbildung wäre ein Querschnittsvergleich des SOC von CST-Anfängern bis hin zu zertifizierten CST-Therapeuten möglich, wobei die Ergebnisse mehr Aussagekraft hätten.

### *Anregungen zu weiterführender Arbeit*



Binder A (2005) fand in ihrer SOC-Untersuchung signifikante Unterschiede zwischen angestellten und freiberuflich tätigen Physiotherapeuten. Zusatzfragen nach Art der Berufsausübung und täglichem Arbeitspensum könnten weitere signifikante Ergebnisse liefern.

Die Arbeit mit CST hat subjektiv einen stark gesundheitsfördernden Effekt. Dieser konnte in der vorliegenden Studie nicht bewiesen werden, die Ergebniswerte ähneln denen verwandter (therapeutischer) Berufsgruppen. Das mag mit der Momentaufnahme zu tun haben, die der SOC-29 bietet – eine Untersuchung mit denselben Personen in einigen Jahren könnte zu signifikant anderen Ergebnissen führen und den langfristig positiven Effekt der CST auf den damit Arbeitenden beweisen.

## Literatur

- Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Übersetzte Ausgabe DGVT, Tübingen 1997
- Belschner W: Die vergessene Dimension in Grawes Allgemeiner Psychotherapie. In: Belschner W, Galuska J, Walach H, Zundel E: Transpersonale Forschung im Kontext. Transpersonale Studien, Band 5: 167-216. BIS, Oldenburg 2001
- Binder A: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky – bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark differenziert nach der Art der Berufsausübung und dem Arbeitspensum. Thesis (MSc), Interuniversitäres Kolleg, Graz 2005
- Davidson R, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli S, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan J: Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 564-570
- Schäfer S: Eine vergleichende Fragebogenstudie zur Erfassung der Ausprägung der nondualen Präsenz bei Physiotherapeuten mit und ohne Ausbildung in Craniosacraler Therapie. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Berlin 2006
- Singer S, Brähler E: Die „Sense of Coherence Scale“. Testhandbuch zur deutschen Version. Vandenhoeck, Göttingen 2007

## 2 EINLEITUNG

Upledger CranioSacral Therapie (im Folgenden als CST bezeichnet) ist eine aus der Osteopathie entwickelte Behandlungsmethode zum Lösen von Spannungszuständen im Bindegewebe. Damit können Symptome wie Kopfschmerzen, Tinnitus, kieferorthopädische und Verdauungsprobleme gelindert oder sogar beseitigt werden. Als systemorientierte Therapie unterstützt CST den Körper außerdem in seiner Fähigkeit zur Selbstregulation und wird deshalb auch in der Schwangerschaftsbegleitung, bei Störungen des Immunsystems, stressbedingten Beschwerden und Erschöpfungszuständen erfolgreich angewendet.

Zur Durchführung der CST benötigt der Therapeut eine besonders fein entwickelte Tastfähigkeit, da sich die erfüllten Bewegungen im Gewebe, deren Amplitude dann in der Behandlung verstärkt wird, im Mikromillimeterbereich befinden (Schäfer 2006).

Bei der Arbeit mit CST ist die andauernde Rücksichtnahme des Behandlers auf die eigene (therapeutische) Körper- und Geisteshaltung sowie Befindlichkeit von zentraler Bedeutung. In Kursen und Selbstbehandlungen wird die Fähigkeit zum Hineinfühlen und -horchen in sich selbst gefordert und gefördert. Achtsamkeit sowohl dem Klienten als auch sich selbst gegenüber ist für eine gute Behandlung unabdingbar (vgl. UCÖ[1] o.J.).

CST-Therapeuten entstammen dem medizinischen Feld. Es handelt sich großteils um Physiotherapeuten und Angehörige anderer Medizinisch-Technischer Berufsgruppen (wie Ergotherapeuten, Logopäden oder Hebammen). CST-Behandler können im Grundberuf aber auch Ärzte, Psychologen, Masseur, Krankenschwestern oder Körpertherapeuten wie zum Beispiel Shiatsu praktiker sein.

Angehörige therapeutischer Berufe benötigen zur Begleitung des Therapieprozesses – der eigenverantwortlichen ziel- und problemlösungsorientierten Planung und Durchführung der Therapie (Physio Austria 2004) – eine Vielfalt an Kompetenzen und Ressourcen. Außer der angestammten beruflichen Fachkompetenz sind kommunikative, psychologische und pädagogisch-didaktische Fähigkeiten und vor allem die Bereitschaft zur Weiterentwicklung dieser Kompetenzen erforderlich. Ziel der Behandlung ist eine Erweiterung der persönlichen Fertigkeiten des Patienten mit dem Endeffekt der Verbesserung von dessen Gesundheitszustand und Wohlbefinden.

Untersuchungen zu den Berufsgruppen der Physiotherapeuten (Binder A 2005) und Logopäden (Chibidziura-Priesching 2007) zeigen, dass das Kohärenzempfinden dieser Personengruppen deutlich stärker ausgeprägt ist als im Vergleich zur Normstichprobe von Schumacher, Gunzelmann & Brähler (2000). Schumacher et al. fanden in ihrer für Deutschland bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe einen durchschnittlichen Kohärenzwert von 145,7. Die österreichischen Physiotherapeuten erreichten einen signifikant höheren Wert (158,11), die österreichischen Logopäden lagen ebenfalls in diesem

Bereich (Gesamtwert 156,98). H. P. Binder (2005) beschreibt in seiner Studie zur Kohärenz von Psychotherapeuten in der Steiermark sogar ein noch höheres Ergebnis (162,32).

Für einen Therapeuten ist es von großer Wichtigkeit, auf die eigene Belastbarkeit und die Wahrung der persönlichen Grenzen zu achten, um den Patienten optimal begleiten zu können (Binder A 2005, Chibidziura-Priesching 2007). Nur so ist es als professioneller Helfer möglich, den Sinn für Humor zu behalten, am Leid anderer nicht zu zerbrechen und trotzdem im beruflichen Handeln berührbar zu bleiben. Der Therapeut soll den Patienten begleiten – das heißt ihm helfen, ohne übernehmen zu wollen. Nur so kann der Behandelte Kompetenz entwickeln und lernen zu differenzieren, was für ihn hilfreich und was schädlich ist (Lehofer 2002).

Therapeuten benötigen in der Arbeit mit Patienten einerseits die Bereitschaft, sich auf ihr Gegenüber einzulassen, und andererseits eine hohe Fähigkeit zur Präsenz (Fasser & Schiltknecht 2003).

## **2.1 Relevanz des Themas**

Die Recherchen der Autorin ergaben, dass zum Berufsstand der CST-Therapeuten noch keine Untersuchung zum Thema Kohärenzempfinden durchgeführt wurde.

Wie eingangs erwähnt, spielt bei dieser Behandlungsmethode die Achtsamkeit des Therapeuten eine zentrale Rolle. Schäfer (2006) zufolge erfahren Physiotherapeuten durch ihre Arbeit mit CST, verglichen mit Physiotherapeuten ohne CST-Ausbildung, eine Schulung ihrer Achtsamkeit. Die Autorin beschreibt beträchtliche Unterschiede in der Arbeit von Physio- und CST-Therapeuten, bezogen auf Behandlungsansatz (Verfolgen eines therapeutischen, mit dem Arzt abgesprochenen Behandlungsplanes versus Begleiten der Inneren Abläufe des Patienten), Ganzheitlichkeit (lokales regionales Behandeln versus ganzheitliches Arbeiten zur Förderung der Gesundheit) und Einbeziehung der emotionalen Reaktionen des Patienten in die Behandlung (Einfühlungsvermögen /Empathie versus explizites Einbeziehen der auftauchenden Emotionen).

Im aktuellen Curriculum der Physiotherapie werden, im Gegensatz zur CST-Ausbildung, keine Inhalte zum Thema Achtsamkeit vermittelt. Dies führt Schäfer auf die Geschichte dieses Berufes zurück: im Zuge der Anerkennung in der konventionellen Medizin konnte eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen nicht standhalten. Nur durch die Eingliederung in die Naturwissenschaften mittels Konzentration auf den Wirkort Körper konnte sich die Physiotherapie zu einem medizinischen Fachberuf entwickeln, als Heilberuf anerkannt und als Heilmittel zugelassen werden. Die CST hingegen wird in Österreich in der freien Praxis und auch im Krankenhaus angewendet, von den Krankenkassen aber bisher den alternativmedizinischen Maßnahmen zugerechnet.

Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli, Urbanowski, Harrington, Bonus & Sheridan (2003) bewiesen in ihrer Studie zur Reaktion auf ein Achtsamkeitstraining eine gesteigerte Adaptationsfähigkeit des Organismus im Umgang mit Stress.

Im Vergleich zu anderen Therapiemethoden existieren in der CST noch relativ wenige Studien zur Wirksamkeit. Die Autorin fand zwei Reviews – diese werden im Folgenden beschrieben.

Isbell, Neira & Elliott (2006) durchsuchten medizinische Datenbanken (Medline-PubMed, Elsevier-Science Direct, Alt Health Watch) und relevante Websites von sich professionell mit CST befassenden Organisationen zur Thematik „Craniosacral Therapy Research“.

Nach Shea (1995), Rogers (1995), Elsdale (1996), Shorthouse (2001), Schlossberg (2003) und Gerome (2011) beschreiben CST-Therapeuten eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens ihrer Patienten. Green, Martin, Bassett & Kazanijan (1999) kritisieren den Mangel an wissenschaftlichen Studien bezogen auf das Outcome von CST-Behandlungen: viele der in medizinischen Datenbanken gefundenen Artikel basieren eher auf anekdotischen Erzählungen als auf empirischer Forschung (Elsdale 1996, Wilson 1999, Upledger 2000, Schlossberg 2003, Moon 2004).

In Fallstudien von Behandlungen mit CST profitieren konnten Patienten mit Migräne, Tinnitus und Fazialispareesen (Wilson 1999) sowie Kinder mit Anfallserkrankungen (Schlossberg 2003). Gute Ergebnisse wurden auch bei Patienten, die unter hoher Stressbelastung standen, erzielt (Wilson 1999).

Isbell et al. (2006) kritisieren in dieser Überblicksstudie einen Mangel an Forschung zu den Auswirkungen von CST und fordern mehr Beweise für die Wirksamkeit. Gleichzeitig erwähnen sie aber auch die Schwierigkeiten im Studiendesign bei dieser ganzheitlichen Methode: qualitative Methoden seien hier angebrachter als quantitative.

Duda (2010) führte ebenfalls eine Internetsuche in medizinischen Datenbanken (Medline/Ovid, Pubmed, Cochrane) durch. Für die Suche wurde das Stichwort „craniosacral therapy“ verwendet.

Auch diese Autorin zitiert die Arbeit von Green et al. (1999): Fazit des Reviews über die wissenschaftliche Evidenz von CST ist, dass diese Methode aufgrund ungenügender Nachweise über die Wirksamkeit nicht empfohlen werden kann. Das Zentrum für „Review and Dissemination“, das diese Arbeit 2010 in der Cochrane Library beurteilt, kritisiert allerdings deren mangelnde Aussagekraft aufgrund der Qualität der eingeschlossenen Studien (zu kleine Untersuchungsgruppen, fehlende oder nicht beschriebene Randomisierung). Duda folgert, dass die Behandlung mit CST in keiner Untersuchung negative Effekte zeigte und gleich oder ähnlich effektiv wie eine Placebo-Therapie ist. Aufgrund methodischer Mängel der bisher durchgeführten Studien konnten nachhaltige gesundheitliche Effekte bisher weder bewiesen noch widerlegt werden.

Die Autorin fand folgende randomisiert-kontrollierte Studien zur Behandlung mit CST:

Mann, Gaylord, Faurot, Suchindran, Coeytaux, Wilkinson, Coble & Curtis (2012) führten eine Studie mit schweren Migränepatienten (5-15 Anfälle pro Monat, großer negativer Einfluss des Kopfschmerz auf die Lebensqualität) durch, die je Patient insgesamt 20 Wochen dauerte (acht Wochen Kopfschmerztagebuch, acht Wochen Behandlung, vier Wochen Kopfschmerztagebuch). Die Versuchsgruppe (60 Probanden) wurde mit CST behandelt, die Kontrollgruppe (Personenanzahl nicht erwähnt, jedoch laut Studiendesign mindestens 45) mit einer für Schmerzsyndrome anerkannten Methode mit statischen Magneten. Beide Versuchsgruppen zeigten, nicht signifikant unterschiedliche, Verbesserungen im HIT-6 (Headache Impact Test, validierter Fragebogen). Im MIDAS (Migraine Disability Assessment Score, Grad an kopfschmerzbezogenen Einschränkungen) zeigten sich signifikante Verbesserungen in der CST-Gruppe, nicht aber in der Kontrollgruppe.

Matarán-Penarrocha, Castro-Sánchez, García, Morene-Lorenzo, Careno & Zafra (2009) führten eine Studie zum Einfluss von CST bei Fibromyalgie-Erkrankten durch. 99 spanische Patienten wurden randomisiert in eine CST-Gruppe und eine „Scheinbehandlungsgruppe“ (mit diskonnektiertem Ultraschallkopf) eingeteilt, die Behandlungen erfolgten zweiwöchentlich über 25 Wochen. Mittels Fragebogen wurden Schmerz, Lebensqualität, Schlafqualität, Depressionen und Ängstlichkeit zu Beginn der Studie, nach der 25-wöchigen Behandlungszeit und nach einem Jahr abgefragt. Nach der Behandlungsperiode zeigte die Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen der Lebensqualität, in Bezug auf Ängstlichkeit und Schmerzen und bezüglich der Schlafdauer und -effizienz. Nach einem Jahr zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich zu den Werten vor Beginn der Intervention.

Drei weitere Studien fand Duda (2010) zur Behandlung von Kindern mit infantilen Koliken (Hayden & Mullinger 2006), wiederkehrender Mittelohrentzündung (Mills, Henley, Barnes, Carreiro & Degenhardt 2003) und Asthma (Guiney, Chou, Vianna & Lovenheim 2005).

Hayden & Mullinger (2006) untersuchten den Einfluss von Behandlungen mit Cranialer Osteopathie zur Erleichterung infantiler Koliken. Vier Behandlungen in Abständen von jeweils einer Woche bei 28 Säuglingen führten zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Symptome im Vergleich zur Gruppe auf der Warteliste. Als Problem beim Studiendesign nennt Duda (2010), dass die Säuglinge beim Abschluss der Studie in einem Alter waren in dem sich die Koliken häufig spontan bessern – eine größer angelegte, doppelblinde Studie würde mehr Evidenz erbringen

Mills et al. (2003) kommen bei ihrer Studie mit 25 Interventions- und 32 Kontrollgruppenpatienten mit insgesamt neun Behandlungen innerhalb von sechs Monaten zum Schluss, dass osteopathische manipulative Behandlungen als unterstützende Therapie bei chronisch rezidivierenden Mittelohrentzündungen von Kindern (die Untersuchungsteilnehmer waren sechs Monate bis sechs Jahre alt) eine unterstützende Therapie darstellen können. Die Begleitbehandlung könnte helfen, Antibiotikagaben zu reduzieren und eventuell vor chirurgischer Intervention bewahren. Die Autoren raten zur Durchführung größerer Versuchsreihen, um die Ergebnisse zu verifizieren.

Guiney et al. (2005) untersuchten in ihrer Studie (90 Interventionspatienten, 50 in der Kontrollgruppe) fanden eine signifikante Besserung des maximalen Ausatemflusses bei kindlichen Asthmapatienten zwischen fünf und 17 Jahren.

In den drei zuletzt genannten Untersuchungen wurden osteopathische Behandlungsmaßnahmen angewendet, wobei Duda (2010) viele Überschneidungen (wenn nicht Übereinstimmungen) mit Techniken aus der CST sieht – Schwierigkeit bei der Interpretation der Ergebnisse für die CST ist die teilweise unterschiedliche Benennung von gleichen oder sehr ähnlichen Maßnahmen. Duda fordert hier einen Austausch von Osteopathen und CST-Therapeuten, damit beide Seiten auch von der Forschung der jeweils anderen profitieren können.

Die geringe mediale Präsenz dieser Behandlungsmethode bei gleichzeitiger omnipräsenter Kritik an ganzheitlichen Behandlungsformen erfordert die Durchführung weiterer Untersuchungen – Ziel dabei ist einerseits die Abgrenzung der CST gegenüber anderen Behandlungsformen, andererseits die Behauptung im „Dschungel“ der Therapiemethoden.

Was die Auswirkungen auf den Behandler betrifft fand die Autorin außer der eingangs erwähnten Arbeit von Schäfer (2006) keine Untersuchungen - hier besteht dringender Forschungsbedarf. Schäfer untersuchte 33 Physiotherapeuten mit CST-Ausbildung, verglichen mit 29 Physiotherapeuten ohne diese Weiterbildung, mittels eines Fragebogens (BPH-33 von Belschner, von der Autorin zuvor auf Verständlichkeit getestet) zum Thema Kompetenz zur Präsenz. Hier wurden, wie bereits oben erwähnt, signifikante Unterschiede gefunden – die CST-Ausbildung scheint eine Schulung der Achtsamkeit zu bewirken.

Mit dieser Methode Arbeitende werden nicht müde, von den positiven Effekten auf ihr eigenes Körpergefühl und Gesundheitsverständnis zu berichten – weitere Beweise hierfür müssen aber erst erbracht werden.

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich deshalb mit der Ausprägung des Kohärenzempfindens österreichischer CST-Therapeuten. Außerdem werden der Einfluss von CST-Arbeitserfahrung, Häufigkeit der Anwendung dieser Methode und Grundberuf der Therapeuten untersucht.

## **2.2 Hintergrund und Stand des Wissens**

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Untersuchung erörtert.

Zunächst wird auf die Grundlagen der Salutogenese eingegangen. Es finden sich ein Abriss über Antonovskys diesbezügliches Konzept und seine Definition von Kohärenzempfinden.

Im Weiteren wird das Konzept der CST dargestellt; außerdem werden sowohl der Begriff der Achtsamkeit als auch deren Bedeutung in der Therapie erläutert.

## 2.2.1 Antonovskys Salutogenese und Kohärenzempfinden

Der in den U.S.A. geborene Soziologieprofessor Aaron Antonovsky (1923-1994) emigrierte 1960 nach Israel. Am Applied Social Research Institute Jerusalem analysierte er 1970 die Daten einer Untersuchung über die emotionale Gesundheit israelischer Frauen, die in ihrem frühen Erwachsenenleben Konzentrationslager (KZ) in Mitteleuropa überlebt hatten. Die Studie ergab, dass fast ein Drittel dieser Frauen in einem guten psychischen Gesundheitszustand waren (im Vergleich zu 51% bei der Kontrollgruppe ohne KZ-Erfahrung). Dieses im positiven Sinn dramatische Ergebnis brachte Antonovsky dazu, sein Konzept der Salutogenese zu entwickeln (Antonovsky 1997).

### 2.2.1.1 Salutogenese

Die Wortschöpfung „Salutogenese“ (aus dem Lateinischen *salus* + *genesis*) bedeutet direkt übersetzt „Entstehung von Gesundheit“. Antonovsky (1979) sieht sein Konzept aber nicht als Gegensatz zur Pathogenese, die sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten beschäftigt, sondern vielmehr als Ergänzung dazu.

Wie und warum bleibt ein Mensch trotz verschiedenster krankheitserregender Bedingungen gesund?

Das ist die zentrale Frage im Konzept der Salutogenese.

Antonovsky beschreibt Gesundheit und Krankheit als zwei Pole beziehungsweise Zustände, zwischen denen ein Mensch im Lauf seines Lebens hin- und herpendelt. Gesundheit, so postuliert er, ist ein labiles, aktives, sich selbst regulierendes Geschehen. Krankheit ist nichts Unanständiges, das am besten ignoriert oder weggeschoben wird, sondern vielmehr notwendiger Bestandteil des Lebens. Antonovskys Ansicht nach ist der Mensch permanent mit der Herstellung einer Balance zwischen Belastung und Bewältigung beschäftigt.

Eine salutogenetische Orientierung identifiziert und betrachtet Faktoren, die eine Bewegung zum gesunden Ende des Kontinuums hin ermöglichen – Einflüsse also, die gesundheitsfördernd wirken.

Jeder Mensch ist in seinem Leben multiplen Stressoren (von mikrobiologischen bis soziokulturellen) ausgesetzt. Ob ihn diese Konfrontation kränker oder gesünder macht, hängt vom persönlichen Umgang damit ab. Werden Stresszustände nicht vermieden, sondern mithilfe der eigenen Widerstandsressourcen angemessen verarbeitet, fördert das sogar die Gesundheit, anstatt ihr zu schaden. Das „Geheimnis“ dabei liegt im Wahrnehmen und Verwerten des Stressors als Herausforderung, anstatt ihn als Belastung zu sehen.

Antonovsky (1997) fragt also nicht nach den Auslösern für Krankheit, sondern nach den körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen die einen angemessenen Umgang damit möglich machen. Die zentrale Widerstandsressource, die Schlüsselkompetenz zur Mobilisierung dieser Widerstandsressourcen, wird von ihm Kohärenz genannt.

### 2.2.1.2 Kohärenzempfinden (*Sense of Coherence, SOC*)

Der „Sense of Coherence“ ist nach Antonovsky die Fähigkeit zur Bewältigung und Verarbeitung schwieriger Gegebenheiten. Ins Deutsche übersetzt wurde dieser Terminus als Kohärenzgefühl oder Kohärenzempfinden. Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto größer ist ihre Fähigkeit, sich in unterschiedlichen Situationen zurechtzufinden und diese zu meistern (Antonovsky 1997).

Kurz gesagt bedeutet Kohärenz soviel wie ein Gefühl von Stimmigkeit, Verbundenheit und Urvertrauen (Petzold 2009). Die Höhe des SOC spiegelt wieder, inwieweit ein Mensch sich in die Vorgänge, Strukturen und Anforderungen des Lebens eingebunden fühlt (Binder A 2005).

Der Grundstein zum Kohärenzempfinden eines Menschen wird in der frühen Kindheit gelegt. Das Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit durch Bezugspersonen sowie klare Regeln und Grenzen, innerhalb derer sich das Kind ausprobieren kann, sind wichtige Faktoren dafür. Eltern, die selbst über einen hohen SOC verfügen, beeinflussen die Entwicklung ihres Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit in dieselbe Richtung. Nach Antonovskys Meinung ist das Kohärenzempfinden ein festgelegtes Persönlichkeitsmerkmal, das sich im Erwachsenenleben nur noch wenig ändert. Durch die Konfrontation mit neuen Lebensbedingungen und Erfahrungen kann der SOC aber, auf längere Sicht gesehen, beeinträchtigt oder auch gefördert werden (Antonovsky 1997).

Das Konstrukt Kohärenz unterteilt Antonovsky (1997) in folgende drei Komponenten:

Die Verstehbarkeit (SOC-V) stellt ein kognitives Verarbeitungsmuster dar, das den Menschen ermöglicht, Vorgänge als vorhersehbar, einordenbar und sinnhaft einzustufen (und nicht als chaotisch und unerklärlich). Auch bei unerwünschten, unvorhersehbaren Ereignissen wie zum Beispiel Tod oder Krieg kann die Person diese zumindest einordnen und sich erklären.

*„Ich verstehe, dass das passiert“*

Die Handhabbarkeit (SOC-H) ist ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster, durch das Ereignisse als Herausforderungen angenommen werden können. Die Person vertraut darauf, geeignete (eigene und fremde) Ressourcen zur Verfügung zu haben, um die Situation zu meistern. Ein hohes Maß an Handhabbarkeit bewahrt den Betroffenen vor dem Gefühl ein Opfer oder Pechvogel zu sein.

*„Ich kann damit umgehen und mir Unterstützung dafür holen“*

Die Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit (SOC-B) ist die motivationale Komponente. Sie repräsentiert das Ausmaß, in dem das eigene Leben emotional als sinnvoll empfunden wird. Schwierige Situationen werden als Herausforderungen gesehen, die die Anstrengung und das Engagement wert sind, sie zu meistern.



„Es hat einen Sinn, dass ich hier bin und mich anstrengte um die Situation zu bewältigen“

Ein hoher SOC hilft einer Person, durch Stressoren entstandene Spannung abzubauen und ihre Umwandlung in Stress zu verhindern. So wird Krankheit abgewendet beziehungsweise verringert und die Gesundheit gestärkt (Antonovsky 1997).

Das Deutsche Zentrum für Salutogenese (o.J.) sagt: *Die Fähigkeit zur Selbstheilung ist die Fähigkeit sich gesunden attraktiven Zielen anzunähern.* Das bedeutet, wenn ein Mensch sich im Rahmen seiner Möglichkeiten Herausforderungen stellt und diese meistert, fördert er damit seine Gesundheit.

Singer & Brähler (2007) beschreiben die positive Korrelation eines hohen Kohärenzgefühls mit Indikatoren von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden (wie geringeres Stresserleben und höhere Lebensqualität). Personen mit hohem SOC zeigen außerdem eine geringe Anfälligkeit für Depressionen und Ängste und wenig Beschwerdedruck. Dies wurde in verschiedenen Studien unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischer Abstammung, Nationalität und Studiendesign bewiesen. Im Folgenden werden einige SOC-Untersuchungen exemplarisch beschrieben, in denen oft mehrere verschiedene validierte Fragebögen verwendet wurden – gemeinsam ist allen Studien die Verwendung des SOC-Fragebogens nach Antonovsky.

Buddeberg-Fischer, Stamm, Buddeberg & Klaghofer (2009) führten eine Longitudinalstudie zum Thema Angst und Depression bei jungen Schweizer Ärzten durch. Im Zeitraum 2001 bis 2007 wurden insgesamt 390 junge Ärzte verschiedener Fachrichtungen (54.9% Frauen, 45.1% Männer) im zweiten, vierten und sechsten Ausbildungsjahr auf ihre Angst- und Depressionswerte untersucht. In der Gruppe der unauffälligen Verlaufstypen (im Gegensatz zu der mit anhaltend erhöhten Angst- und Depressionswerten) fanden sich dabei signifikant mehr Personen mit hohem Kohärenzgefühl.

Bös & Woll (1994) stellten in ihrer Stichprobe von 500 deutschen Männern und Frauen eine signifikante Korrelation des SOC mit seelischer Gesundheit fest. Dangoor & Florian (1994) kamen bei 88 körperbehinderten jungen israelischen Frauen zu demselben Ergebnis.

Chamberlain, Petrie & Azariah (1992) untersuchten 57 neuseeländische Patienten vor und nach operativen Eingriffen. Deren SOC korrelierte positiv mit Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und einem guten Gesundheitszustand – eine negative Korrelation fand sich bei psychischen Beschwerden.

Coe, Miller & Flaherty (1992) testeten 148 vornehmlich weibliche pflegende Angehörige von älteren Patienten in den USA und fanden signifikante Zusammenhänge zwischen SOC und psychischer Gesundheit (positiv) sowie Depression (negativ).

Bowman (1996, 1997) stellte bei 186 US-amerikanischen Psychologiestudenten negative Korrelationen des SOC mit Depression und Ängstlichkeit fest, fand jedoch keine Unterschiede des SOC bei Personen unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit.

Flannery, Perry, Penk & Flannery (1994) fanden bei 95 hauptsächlich weiblichen Schülern einer Abendschule in den USA hohe negative Korrelationen mit Stresserleben, Ängstlichkeit und Depression. Frenz, Carey & Jorgensen (1993) kamen bei 374 Testpersonen (gesunde und Psychotherapiepatienten in den USA) zu demselben Ergebnis.

Dudek & Makowska (1993) beschreiben in ihrer Studie an 523 polnischen Frauen vor der Entbindung keine Korrelation zwischen Alter, Bildungsstand und SOC.

Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler fanden bei 2005 Untersuchungsteilnehmern (repräsentative Bevölkerungsstichprobe in Deutschland) signifikante Korrelationen eines hohen SOC-Wertes mit einer geringeren Zahl subjektiver Beschwerden, weniger somatoformen Symptomen und geringerer Beeinträchtigung des Alltagslebens. Darüber hinaus fanden die Autoren Zusammenhänge mit Alter (alterskorrelierte Abnahme des SOC) sowie Geschlecht (niedrigerer SOC bei Frauen).

Es finden sich auch Studien zu unterschiedlichen berufsbedingten und -assozierten Einflussfaktoren auf das Kohärenzempfinden – bei allen im Folgenden beispielhaft beschriebenen wurde Antonovskys SOC-Fragebogen verwendet.

Binder A (2005) untersuchte die Unterschiede im SOC bei angestellten und freiberuflich tätigen steirischen Physiotherapeuten. Bei insgesamt 87 Versuchspersonen fand die Autorin signifikant höhere Kohärenzwerte in der Gruppe der ausschließlich selbständig Erwerbstätigen.

Chibidziura-Priesching (2007) konnte bei ihrer Studie mit 90 österreichischen Logopäden keine signifikanten SOC-Unterschiede, bezogen auf Arbeitsverhältnis (angestellt versus freiberuflich) und Wochenarbeitspensum feststellen.

Ferder (2008) befragte 72 steirische Erziehungshelfer, dabei ergaben sich signifikante positive Korrelationen eines höheren SOC-Wertes mit höherer und fachspezifischer Berufserfahrung. Unterschiede zur Art der Berufsausübung (haupt- versus nebenberuflich) wurden nicht festgestellt.

Binder HP (2005) fand bei seiner Untersuchung an 40 steirischen Psychotherapeuten keine signifikanten Unterschiede, bezogen auf die Anzahl der absolvierten Selbsterfahrungsstunden.

Die Untersuchung von Strehl (2011) mit 39 Heilpraktikern in Bayern ergab signifikant höhere SOC-Werte bei Vollerwerbstätigen im Vergleich zu nebenerwerbsmäßig Tätigen. Höhere Werte fanden sich auch bei denjenigen Befragten, die über 41 Wochenstunden tätig waren, sowie bei denjenigen mit längerer Berufserfahrung.

Antonovskys Konzepte der Salutogenese wird mittlerweile von vielen Wissenschaftlern genutzt und stellt auch die Basis der Gesundheitswissenschaften dar (Eriksson & Lindström 2008).

## ***2.2.2 Upledger CranioSacral Therapie und Achtsamkeit***

### ***2.2.2.1 Upledger CST***

Der US-amerikanische Arzt und Osteopath Dr. John E. Upledger (geb. 1931) entwickelte in den 1970er Jahren aus der cranialen Osteopathie die CranioSacral Therapie. Diese ganzheitliche, sanfte Behandlungsmethode ermöglicht das Lösen von Bindegewebsspannungen und -blockaden durch achtsame Berührung und leichte manuelle Zug- und Drucktechniken an Gewebe und Knochen. Das Bewusstsein der Patienten für die eigenen inneren Vorgänge wird so unterstützt, was sich positiv auf die Selbstregulation (Selbstheilungskräfte) auswirkt (UCÖ[2] o.J.).

Zusätzlich zur körperlichen Behandlung erarbeitete Upledger das Konzept der SomatoEmotionalen Entspannung (SEE). Dabei handelt es sich um die Weiterführung und Vertiefung körperlicher Prozesse mithilfe der Einbeziehung von emotional-kognitiven Prozessen des Patienten. In seinem Buch „SomatoEmotionale Praxis der CranioSacralen Therapie“ (Upledger 1999) beschreibt er den Körper als „somatische Psyche“. Zurückgehaltene, unterdrückte Emotionen werden von Körperteilen, -regionen oder Organen gespeichert und verdichten an dieser Stelle das Gewebe. Dadurch stören sie die körpereigene Zirkulation, woraufhin Symptome (zum Beispiel Schmerzen) entstehen können.

Mittels begleitender Dialogführung unterstützt der Therapeut seinen Patienten beim Kontaktieren, „Kennenlernen“ und Loslassen dieser Spannungszustände.

Upledger (1999) spricht vom „Inneren Arzt“ beziehungsweise der „Inneren Weisheit“ des Patienten - diese Instanz, die im Nichtbewussten residiert, möchte bestehende Symptome (z.B. Kopfschmerz) auflösen. In der Behandlung initiiert der CST-Therapeut mit dem tief entspannten Patienten eine Kommunikation mit diesem Inneren Arzt, die sich direkt auf die Symptomatik bezieht. In diesem von Upledger als „Dialog“ bezeichneten Gespräch zwischen Patient und Therapeut kann der Innere Arzt kontaktiert und zu einem Problem befragt werden. Es können sich aber auch beispielsweise die Kopfschmerzen selbst zu Wort melden und ihr Vorhandensein erklären (Schäfer 2010).

Für diese Kommunikation verwendet der Behandler vor allem psychotherapeutische Techniken aus der Praxis von Carl G. Jung (Gerome 2011): zum Beispiel die „Ja-Haltung“ (Symptome werden angenommen statt sie zu verdrängen – dadurch kann leichter mit ihnen umgegangen werden) oder die Geleitete Imagination (geführtes Bilderleben, zum Beispiel beim Finden eines persönlichen Kraftortes – zum Fühlen von Sicherheit, bevor im Dialog bedrohliche Symptome beleuchtet werden).

Ziel der SEE-Arbeit ist es, den gespeicherten, zurückgehaltenen Emotionen die Möglichkeit zu geben, wieder in Fluss zu kommen. Das kann sich in der Therapiesituation zum Beispiel als unvermitteltes Lachen oder Weinen zeigen. Wenn aufgestaute Emotionen so ihren Ausdruck finden, lösen sich die damit verbundenen Blockaden im Körper (Schauperl 2003).

Upledger empfiehlt den Therapeuten, intuitive Zugänge (im Gegensatz zu biotechnischen oder mechanischen) zu nutzen und damit der Inneren Weisheit des Patienten zu folgen.

Intention des Therapeuten soll sein, *das zu unterstützen, was auch immer die innere Weisheit eines Patienten/Klienten zu diesem Zeitpunkt zu tun gedenkt* (Upledger 1999, S. 53). Damit ist die CST eine nichtinvasive Behandlungsform, die sich zu jeder Zeit an den Möglichkeiten des Klienten (und auch des Therapeuten) orientiert und sich daran anpasst.

In seinem Buch „Auf der inneren Arzt hören“ (1998) beschreibt Upledger seine Aufgabe als die eines Vermittlers, der den Heilungsprozess des Patienten fördert.

#### 2.2.2.2 Zum Begriff der Achtsamkeit

*„Es gibt eine Art des Zuhörens, die auf das Nichthörbare hört. Wenn man wirklich achtsam ist, dann hört man zu – abwarten und aufmerksam sein. Um welche Art des Zuhörens es sich aber auch handeln mag, es hat eines gemeinsam: es öffnet die Tür, damit etwas hineingelangen kann. Wenn wir nicht zuhören können, ist jene Tür geschlossen. Die Tür der Ohren mag offen sein, die des Geistes jedoch ist geschlossen.“*

J.G. Bennett (1982, S. 58f.)

Der Begriff Achtsamkeit stammt etymologisch vom althochdeutschen *ahten*: aufpassen, sich kümmern (Duden 2001). Auf etwas Achten ist das aufmerksame Eingehen auf eine Sache, einen Vorgang oder einen Gedanken (Anderssen-Reuster 2011).

Germer, Siegel und Fulton (2009) beschreiben Achtsamkeit als eine anerkennende Haltung demgegenüber was gerade geschieht. Die Aufmerksamkeit ist im Jetzt (nicht in der Vergangenheit oder Zukunft) und es findet keine Beurteilung oder Zurückweisung dessen statt, was geschieht. Das „eigene Gepäck“ (also alles was einen gerade beschäftigt) wird vor der Tür stengelassen, dadurch wird der Kopf klar und offen.

Achtsamkeit ist ein Ereignis, das täglich geschieht – doch auch wenn wir uns besonders aufmerksam fühlen, sind wir nur mit Unterbrechungen achtsam. Das Aufrechterhalten eines achtsamen Zustandes erfordert viel Übung. Achtsamkeit ist quasi die „nackte Aufmerksamkeit“ ohne Bewertung (Germer 2009).

Dr. Ulrike Anderssen-Reuster definiert Achtsamkeit in ihrem Buch „Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik“ als Prozess der Aufmerksamkeit, der einerseits desillusionierend und nüchtern, andererseits *„annehmend, integrierend und vielleicht sogar auf mütterliche Weise liebevoll“* (Anderssen-Reuster 2011, S. 1) ist. Auch sie meint, dass diese Art der Wahrnehmung bewusste Entscheidung sowie Übung erfordert. Durch das Üben der Achtsamkeit entsteht zwischen Reiz und automatisierter Reaktion ein Moment des Innehaltens, wobei im aktiven Nichts-Tun sehr bewusstes

Erleben, Vergegenwärtigung und Einsicht entstehen. Dies erleichtert dem Übenden den Ausstieg aus einem destruktiven Erlebens- und Verhaltensmuster.

### 2.2.2.3 Anwendung der Achtsamkeit in der therapeutischen Praxis

Im Folgenden werden exemplarisch einige Methoden der praktischen Anwendung von Achtsamkeit vorgestellt. Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Schon Sigmund Freud, der Begründer der *Psychoanalyse*, sprach 1912 von der gleichschwebenden Aufmerksamkeit als Grundregel für eine psychotherapeutische Behandlung. Der Klient solle offen sein für alles, was ihm in den Kopf kommt (freies Assoziieren) – der Therapeut für alles, was er von seinem Gegenüber wahrnimmt und spürt. Dabei soll der Behandler dem Patienten vorurteilsfrei zuhören und diesen nicht wertend beobachten (Freud 2010). In dieser heilsamen Atmosphäre der frei schwebenden Aufmerksamkeit können sich vorhandene Energieblockaden auflösen (Gettinger 2004).

Der amerikanische Psychiater Mark Epstein betrachtet die Möglichkeiten der Integration der Lehren Buddhas in die Praxis der *Psychoanalyse*. Er verwendet die Meditation als grundlegende buddhistische Strategie der reinen Aufmerksamkeit und erklärt die Umsetzung und Anwendung in der Therapiesituation. Das Schauen nach Innen und Außen zur gleichen Zeit zum Beispiel ist Teil der Zen-Lehre und gleichzeitig therapeutische Haltung in der Psychotherapie. Auch das in der Psychoanalyse verwendete Bemühen, eigenen unbewussten Mechanismen auf die Spur zu kommen und diese der bewussten Analyse zugänglich zu machen, erinnert stark an buddhistische Achtsamkeitsübungen (Epstein 2000).

Die aus dem Buddhismus stammende, verhaltenstherapeutisch geprägte Achtsamkeitspraxis verwendet ein mit meditativen Basisübungen verwandtes Programm. Ziel dabei ist, den Gedankenstrom zu fokussieren und zu zentrieren. Das ermöglicht dem Übenden das „Managen“ seiner Wahrnehmung, wodurch die eigene Wirklichkeit stärker mitbestimmt und geformt werden kann. Die *achtsamkeitsbasierte Psychotherapie* verwendet diese Methoden zum Beispiel zur Behandlung von Depressionen. Durch diesen wirkungsvollen therapeutischen Prozess, der sanft und geduldig stattfindet soll „Heilung von innen“ ermöglicht werden. Da mit dieser Methode keine schnellen, kurzfristigen Ziele zu erreichen sind, ist sie nicht für alle Patienten und Therapeuten geeignet (Anderssen-Reuster 2011).

Jon Kabat-Zinn verwendet seine *Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion* (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), um Menschen zu helfen besser mit Stress, Angst und Krankheiten umgehen zu

lernen. Bei dieser Methode werden Achtsamkeitsmeditation, leichte Körperübungen und Hinweise zur Umsetzung im Alltag kombiniert (MBSR-Verband Austria, o.J.).

In der Atemmeditation zum Beispiel wird die Aufmerksamkeit des Übenden auf die körperliche Empfindung der natürlich ablaufenden Atmung gerichtet. Sobald die Aufmerksamkeit abschweift, wird dies registriert und ohne Bewertung oder Analyse akzeptiert. Danach wird die Aufmerksamkeit wieder sanft auf die Atemtätigkeit gerichtet. Dieser Prozess wird jedes Mal wiederholt, wenn etwas anderes als die Atmung ins Bewusstsein drängt. (Bishop 2002).

Primäres Ziel des MBSR-Programmes ist, Achtsamkeit im Rahmen eines systematischen Trainings zu schulen. Bis zu 30 Teilnehmer treffen sich über einen Zeitraum von acht Wochen zwei bis drei Stunden wöchentlich, um verschiedene Achtsamkeitsmethoden zu erlernen, zu üben und Erfahrungen auszutauschen. Dazu werden die Teilnehmer angehalten, täglich 45 Minuten zu meditieren (Heidenreich 2003).

*Focusing* ist eine vor etwa 25 Jahren vom Psychologen und Philosophen Eugene Gendlin entwickelte Methode mit dem Ziel, einen besseren Zugang zur eigenen Persönlichkeit und Intuition zu entwickeln und anderen mehr Empathie entgegenzubringen. Bei dieser Methode wird eine hohe Aufmerksamkeitsqualität gefordert, die akzeptierend, freundlich und nicht-wissend ist. Es wird unter anderem zur Selbsthilfe, Traumabehandlung und Stressbewältigung verwendet.

In einzelnen Schritten wird die Aufmerksamkeit zunächst in den eigenen Körper gebracht. Dann stellt der Übende sich eine Frage beziehungsweise lässt sich auf das vorhandene Problem ein. Die folgende körperliche Resonanz wird verwendet um in innerer Kommunikation eine Lösungsstrategie zu entwickeln. Idealerweise entsteht beim Üben eine dauerhafte Neuorientierung mit einer grundlegenden Haltung des Nicht-Bewertens (Weiser Cornell 1997).

#### 2.2.2.4 Achtsamkeit und Selbsterfahrung in der CST

In der CST ist die Achtsamkeit von so großer Bedeutung, dass sie in den Richtlinien des Upledger Verband Österreich als erste Säule der Behandlung genannt wird (UCÖ[3] o.J.).

Upledger (1999) propagiert eine offene, helfende, aufrechte Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber. Dies soll bereits in der ersten Berührung vermittelt werden, damit der Prozess der Heilung beginnen kann. *„Sie als Therapeut sind da für den Patienten. Und Ihre Hände teilen dem Patienten dies mit“* (Upledger 1999, S. 136).

Beim Üben und Behandeln lernt der CST-Therapeut mit der Zeit, seine eigenen inneren Abläufe zu beobachten und handzuhaben und gleichzeitig in Kontakt mit dem Patienten zu sein. In wiederholten Prozessen der Selbsterkundung erwirbt der Behandler die Fähigkeit, eigene Gewohnheiten zu erkennen (Schüers 2004). Bei diesem „nach-Innen-Lenken“ der Aufmerksamkeit begegnet uns eine

große Fülle an Wahrnehmungen (Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen usw.) - ein kontinuierliches Üben dieses Prozesses macht das Wahrgenommene fassbar und einordenbar (Schüers 2005). Durch das Erkennen und Eingliedern der Empfindungen lernt man, distanzierter mit den eigenen Wahrnehmungen und Denkprozessen umzugehen (Schüers 2004).

Der Therapeut benötigt in der Behandlung vor allem Geduld, um ohne Störung und den Drang zu Rationalisieren beobachten zu können. Wie Germer et al. (2009, siehe Kapitel 2.2.2.2 dieser Arbeit) spricht auch Upledger (1999) vom „Stehenlassen des unerwünschten Gepäcks“ am Eingang des Behandlungsraumes, um eine achtsame Behandlung zu ermöglichen. Außerdem rät er (in und abseits der Therapiesituation) zur Beschäftigung mit den eigenen Grenzen, um diese zu erweitern und persönlich zu wachsen.

In der Therapie dient die dauernde Selbstbeobachtung des Therapeuten auch zur Vermeidung einer fachlichen Überforderung – der Behandler muss erkennen, wie weit er seinen Patienten begleiten kann und wann es nötig ist, einen Psychotherapeuten zu Rate zu ziehen (Schüers 2004).

Schüers (2003, 2004) empfiehlt CST-Therapeuten außerdem die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebenshintergrund, den erlebten traumatischen Ereignissen und Verletzungen. Wenn das nicht ausreichend geschehen ist, können eigene unbearbeitete Themen in den Prozess des Patienten hineingetragen werden. Durch persönliche Involvierung des Therapeuten in eine Behandlung durch unerledigte Angelegenheiten entsteht nicht selten eine Sackgasse, in der der Therapeut nicht mehr weiter weiß.

Gerade an den Punkten, an denen die Möglichkeiten des Behandlers ausgeschöpft sind und seine Konzepte nicht mehr greifen, ist das absichtslose Beobachten und Warten-Können von großer Wichtigkeit, damit sich kreative Entwicklungen im Prozess zeigen können. Ist der Therapeut an einer solchen Stelle aber mit sich selbst beschäftigt, steht er als Begleiter für den Patienten nicht mehr zur Verfügung und blockiert dadurch den Behandlungsfortschritt.

Schüers betont, dass prophylaktische Selbsterfahrung nur bedingt sinnvoll ist. Vielmehr geht es dabei um die professionelle Auseinandersetzung mit den eigenen Erfahrungen, Grenzen und Möglichkeiten in kollegialem Austausch, Lerngruppen, Supervision oder Psychotherapie. Kontinuierlicher Erfahrungsaustausch ermöglicht das Hineinwachsen in das Arbeiten mit CST und das Vertrauen in die eigene Intuition als Wegweiser der Behandlung.

Der Upledger Verband Österreich rät CST-Therapeuten zur Teilnahme an Übungsgruppen, um in Kursen Erfahrenes zu üben, zu erforschen und auszuprobieren und Erlerntes zu festigen. Diese Gruppen bestehen aus Teilnehmern unterschiedlichen Fortbildungsstandes und organisieren sich selbst bezüglich Häufigkeit und Dauer der Treffen. Ziel des Verbandes ist es ein flächendeckendes Netz in Österreich aufzubauen (Hausberger 2006).

In der Therapiesituation wird der Behandler immer wieder vor die Herausforderung gestellt, ungewohntes Terrain mit Absichtslosigkeit und Furchtlosigkeit zu erkunden. Dafür müssen zunächst eigene Annahmen und Konzepte zum Thema „vertrauten Boden Verlassen“ beleuchtet und bearbeitet werden. Das eigene Verhalten bei Veränderungen und das Umgehen mit kritischen Situationen bilden sich mit den Lebenserfahrungen jedes Menschen. Wichtig für das Arbeiten mit CST ist nicht die Veränderung dieser Muster, sondern vielmehr ein Erkennen der eigenen Konzepte die Wahrnehmung, Denken und Handeln beeinflussen. Die Bewusstheit dieser eigenen inneren Vorgänge ermöglicht dem Therapeuten, seiner Intuition zu vertrauen und mit dem zu gehen was ist, anstatt in eingefahrenen Mustern zu funktionieren (Schüers 2003).

Upledger (1999) betont außerdem, wie maßgeblich Bescheidenheit im Umgang mit dem Wissen als Therapeut ist. Der Patient soll selbst herausfinden was wichtig ist, auch wenn der Therapeut es vielleicht schon weiß. Die Anmaßung, dass der Behandler sich als allmächtiger Heiler sieht, soll vermieden werden. Dem kann der Therapeut vorbeugen, indem er regelmäßig Grundannahmen und Motive seiner Arbeit beleuchtet. Andererseits ist die Beschäftigung mit Themen wie Scheitern in der Therapie und Hilflosigkeit gegenüber Krankheit und Tod hilfreich, damit der Betreffende „am Boden bleibt“ (Schüers 2005).

Eine positive Einstellung des Therapeuten zu sich selbst ist essentiell, da sich negative Emotionen in der Behandlung schnell auf den Patienten übertragen können (Upledger 1999).

### **2.3 Forschungsfragen und Arbeitshypothesen**

Im Rahmen dieser Arbeit wird folgender Forschungsfrage nachgegangen: „Wie ausgeprägt ist das Kohärenzempfinden (SOC nach Antonovsky) österreichischer Upledger CranioSacral Therapeuten?“. Außerdem werden der Einfluss der Arbeitserfahrung mit Upledger CST, des Ausmaßes der Anwendung dieser Methode und des Grundberufs der Untersuchungsteilnehmer analysiert.

Die daraus abgeleiteten Arbeitshypothesen lauten:

1. Das Kohärenzempfinden österreichischer Upledger CranioSacral Therapeuten unterscheidet sich in seiner Ausprägung von dem anderer therapeutischer und vergleichbarer Berufe aus dem medizinischen Sektor – es ist höher.
2. Der Grundberuf des CST-Therapeuten, die Arbeitserfahrung mit dieser Therapiemethode sowie der Prozentanteil der Arbeitszeit, die mit CST verbracht wird, haben einen Einfluss auf das Ergebnis der SOC-Werte.



### 3 METHODIK

#### 3.1 Untersuchungsdesign

##### 3.1.1 Fragebogen

Für die vorliegende Studie wurde Aaron Antonovskys standardisierter Fragebogen zur Lebensorientierung (Antonovsky 1997, siehe Anhang) genutzt. Dieser Fragenkatalog zur Feststellung der Höhe des Kohärenzempfindens (auch SOC-Fragebogen genannt) wurde 1983 vom Begründer der Salutogenese selbst zur Messung der Ausprägung des Kohärenzgefühls entwickelt.

Der SOC-Fragebogen beinhaltet 29 Fragen beziehungsweise Behauptungen mit jeweils sieben auswählbaren Antwortmöglichkeiten. Diese 29 Items können den Unterkomponenten Verstehbarkeit (SOC-V, 11 Items), Handhabbarkeit (SOC-H, 10 Items) und Bedeutsamkeit (SOC-B, 8 Items) zugeordnet werden. Zur Normierung der deutschen SOC-Skala wurden im Jahr 1998 883 Männer und 1122 Frauen zwischen 18 und 93 Jahren per Zufall ausgewählt und von geschulten Interviewern zuhause befragt (Singer & Brähler 2007).

Rüesch, Bartlomé & Huber (2007) kommen zum Schluss, dass die Sense of Coherence Scale ein reliables, valides und evaluationstaugliches Messinstrument zur Erfassung personaler Ressourcen psychischer Gesundheit und von Wahrnehmung und Umgang mit Stress darstellt.

Aus ökonomischen Gründen (Finanzierbarkeit, Teilnehmermotivation) erstellte Antonovsky auch eine Kurzfassung des SOC-29 mit 13 Items (SOC-13), die ähnliche Gütekriterien aufweist wie das Original. In Leipzig wurde eine noch stärker verkürzte Version entwickelt, die Leipziger Kurzsкала (SOC-9). Auch bei dieser kurzen Skala kann davon ausgegangen werden, dass sie den SOC zuverlässig misst – sie beinhaltet zwei Items aus der ursprünglichen Skala Verstehbarkeit, drei aus der Skala Handhabbarkeit und vier aus der Skala Sinnhaftigkeit, der nach Antonovsky wichtigsten SOC-Komponente. Außerdem existieren noch mehrere „Ultrakurzversionen“ mit sechs beziehungsweise drei Items, deren mangelnde Differenziertheit und damit Aussagekraft fraglich ist (Singer & Brähler 2007).

Zur leichteren Vergleichbarkeit mit Untersuchungen an ähnlichen Berufsgruppen wurde in dieser Arbeit der SOC-29 verwendet.

Die Zusatzfragen lauteten: „Wie lange arbeiten Sie schon mit Upledger CST?“ und „Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit verbringen Sie mit der Durchführung von Upledger CST?“. Außerdem wurden Alter, Geschlecht und Grundberuf der Teilnehmer abgefragt.

Der Fragebogen für die vorliegende Untersuchung war online auszufüllen.

### 3.1.2 Durchführung der Befragung

Mit Hilfe des Verbandes der Upledger CranioSacral TherapeutInnen Österreich wurden 360 Verbandsmitglieder, also österreichische Upledger CranioSacral Therapeuten, per Mail kontaktiert. Dieses Mail enthielt einen Link zum Online-Fragebogen. Österreichische Upledger CranioSacral Therapeuten, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht Mitglieder des Verbandes waren, wurden nicht kontaktiert.

Der Fragebogen war 14 Tage, von 30.01.2012 bis 13.02.2012, online. Nach einer Woche wurde ein Erinnerungsmail vom Verband ausgeschickt.

Die Daten wurden anonymisiert elektronisch retourniert. Von 360 angeschriebenen Kollegen gelangten 135 vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung, was einer Rücklaufquote von 37,5% entspricht.

### 3.2 Teilnehmer

Von den 135 Studienteilnehmern waren 123 weiblich und zwölf männlich. Die Teilnehmer waren zwischen 28 und 68 Jahre alt, wobei das mediane Alter 41,7 Jahre betrug.

Gut zwei Drittel der Befragten (93 Teilnehmer absolut bzw. 68,9%) waren im Grundberuf Physiotherapeuten. Der Rest der Teilnehmer setzte sich zusammen aus fünfzehn Masseuren, acht Ergotherapeuten, acht Logopäden, vier Krankenschwestern, zwei Shiatsu praktiker, einer Med. Techn. Fachkraft, einer Hebamme, einer Ärztin und einer Psychologin. Die Verteilung ist in

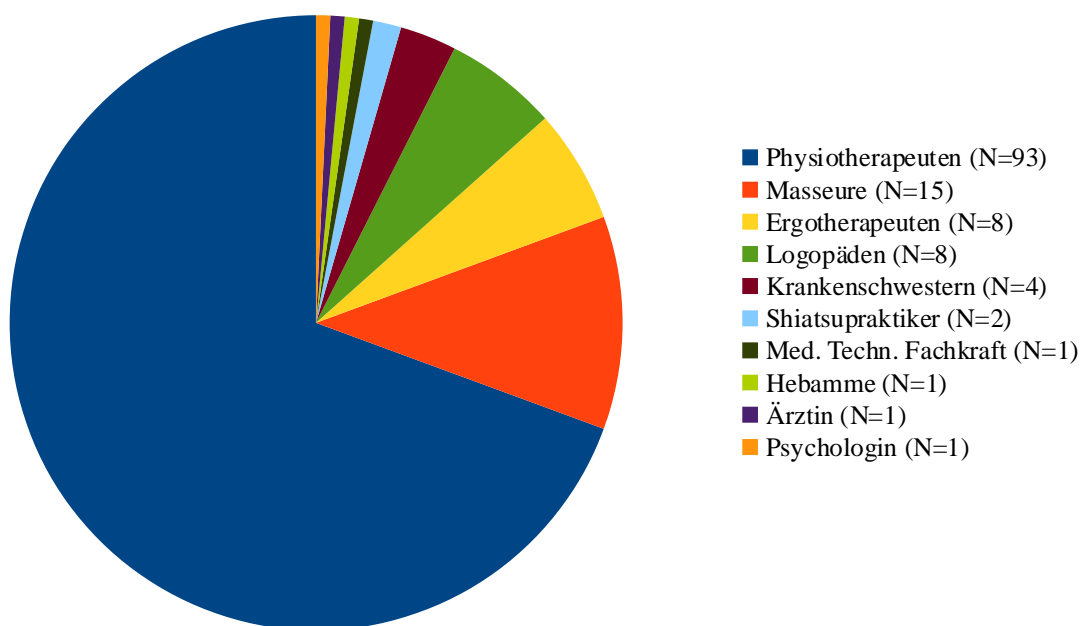


Abbildung 1 zu sehen.

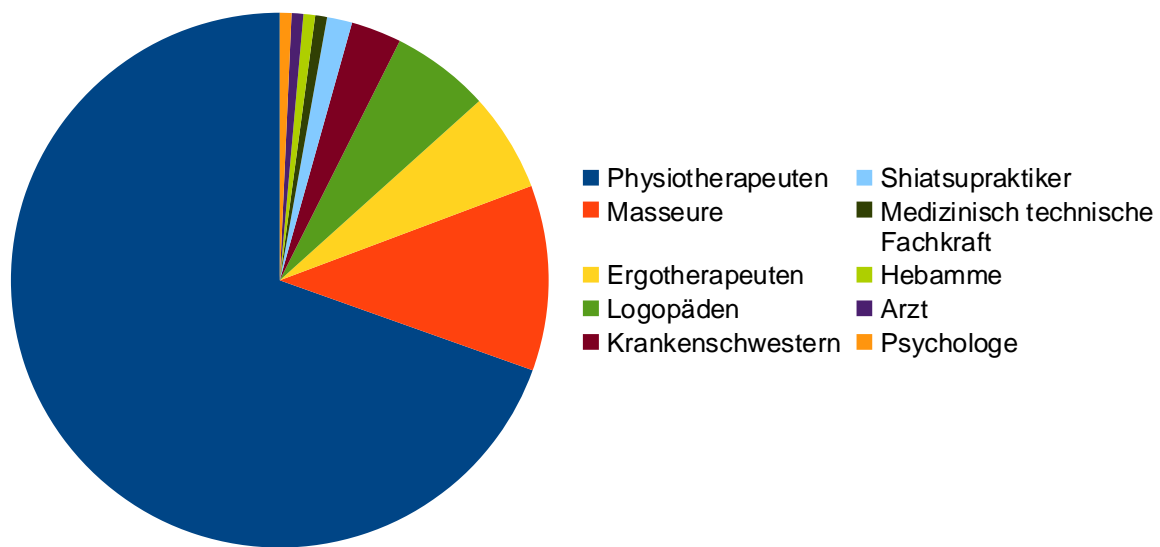


Abbildung 1: Grundberufe der an der Studie teilnehmenden CST-Therapeuten

### 3.3 Analyse der Daten

Die Auswertung der Daten erfolgte durch Mag. Dr. Harald Lothaller mittels statistischer Verfahren (Korrelations- und Varianzanalyse sowie t-Tests zum Erkennen der Mittelwertsunterschiede). Mit Post-Tests (Detailanalysen) wurden die gefundenen Unterschiede bestätigt.

Die Datenberechnung erfolgte mit einer 5%igen Irrtumswahrscheinlichkeit. Dabei wird das Signifikanzniveau bei einem Wert von  $p < 0,05$  als signifikant, bei  $p < 0,01$  als hoch signifikant interpretiert.

Die Datenvergleiche mit anderen Ergebnissen aus Masterthesen am Interuniversitären Kolleg Graz- Seggau wurden mittels eines Post-Hoc-Tests durchgeführt.

## 4 ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse von SOC-Gesamtwert und Komponenten dargestellt und mit denen anderer Berufsgruppen verglichen. Außerdem werden der Einfluss des Grundberufs, der Arbeitserfahrung und der Prozentanteil der CST-Arbeitszeit auf den SOC dargelegt.

Ein Vergleich zwischen den Geschlechtern kann aufgrund der geringen Gruppengröße der Männer (zwölf von 135 Studienteilnehmern) nicht angestellt werden.

#### 4.1 SOC-Gesamtwert und SOC-Komponenten innerhalb der Versuchsgruppe

Der SOC-Gesamtwert der österreichischen CST-Therapeuten liegt bei 5,37 (Mittelwert, bezogen auf die Anzahl der Items). Im Kapitel 4.2 wird dieses Ergebnis den vergleichbarer Berufsgruppen gegenübergestellt.

Bei der Auswertung der drei SOC-Komponenten zeigt sich, dass sich die Mittelwerte der Verstehbarkeit (SOC-V), Handhabbarkeit (SOC-H) und Bedeutsamkeit (SOC-B) hoch signifikant voneinander unterscheiden ( $F_{1;132}=619.045$ ,  $p<0,001$ ).

SOC-B ( $6,12\pm 0,61$ ) weist den höchsten Wert auf, das Ergebnis von SOC-H ( $5,39\pm 0,56$ ) ist niedriger. Den niedrigsten Komponentenwert erzielten die Probanden beim SOC-V ( $4,59\pm 0,77$ ). Dieses Ergebnis wurde mit Detailanalysen bestätigt.

Abbildung 2 zeigt die mittleren Ergebniswerte der SOC-Komponenten sowie die jeweilige Standardabweichung.

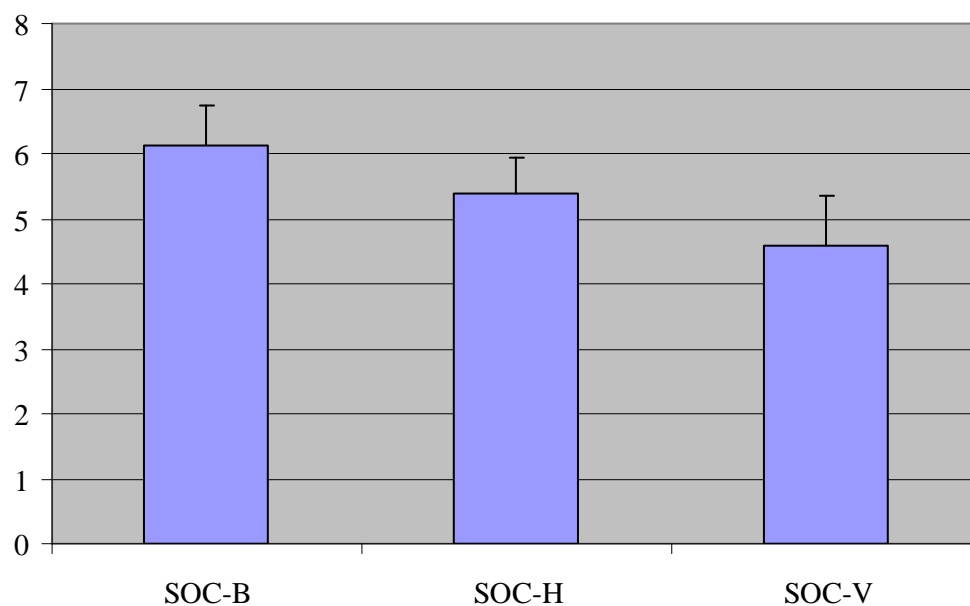


Abbildung 2: Ergebniswerte der einzelnen SOC-Komponenten

#### 4.2 SOC-Werte im Vergleich mit anderen Untersuchungsgruppen

Entsprechend der Arbeitshypothese „Das Kohärenzempfinden österreichischer Upledger CranioSacral Therapeuten unterscheidet sich von dem verwandter Berufsgruppen“ werden im Folgenden die erreichten SOC-Werte der österreichischen CST-Therapeuten mit denen ähnlicher Berufsgruppen verglichen. Die Daten stammen aus Untersuchungen, die im Rahmen von Thesearbeiten am Interuniversitären Kolleg Graz-Seggau erhoben wurden. Es handelt sich um Arbeiten zu folgenden

Berufsgruppen: Ärzte für Allgemeinmedizin in der Steiermark (Siber 2005), österreichische Gesundheitstrainer (Steixner 2005), steirische Physiotherapeuten (Binder A 2005), steirische Psychotherapeuten (Binder HP 2005), österreichische Logopäden (Chibidziura-Priesching 2007) und Heilpraktiker in Bayern (Strehl 2011).

#### 4.2.1 SOC-Gesamtwert im Vergleich mit anderen Berufsgruppen

Der SOC-Gesamtwert der Gruppe der CST-Therapeuten liegt mit 155,58 (Summenwert) im Mittelfeld der vergleichbaren Berufsgruppen. Eine Varianzanalyse bestätigt, dass es im SOC-Gesamtwert hoch signifikante Unterschiede zwischen den Stichproben gibt ( $F_{6;612}=7,169$ ,  $p<0,001$ ).

Detailanalysen zeigen, dass der Gesamt-SOC der CST-Therapeuten sich nicht signifikant vom Wert aller anderen bis auf den der Gesundheitstrainer ( $p=0,007$ ) unterscheidet. Diese Berufsgruppe erzielte mit 146,17 den niedrigsten vergleichbaren Wert, die Gruppe der Psychotherapeuten mit 162,32 den höchsten.

Abbildung 3 zeigt die SOC-Mittelwerte und die jeweilige Standardabweichung aller mit den CST-Therapeuten verglichenen Berufsgruppen.

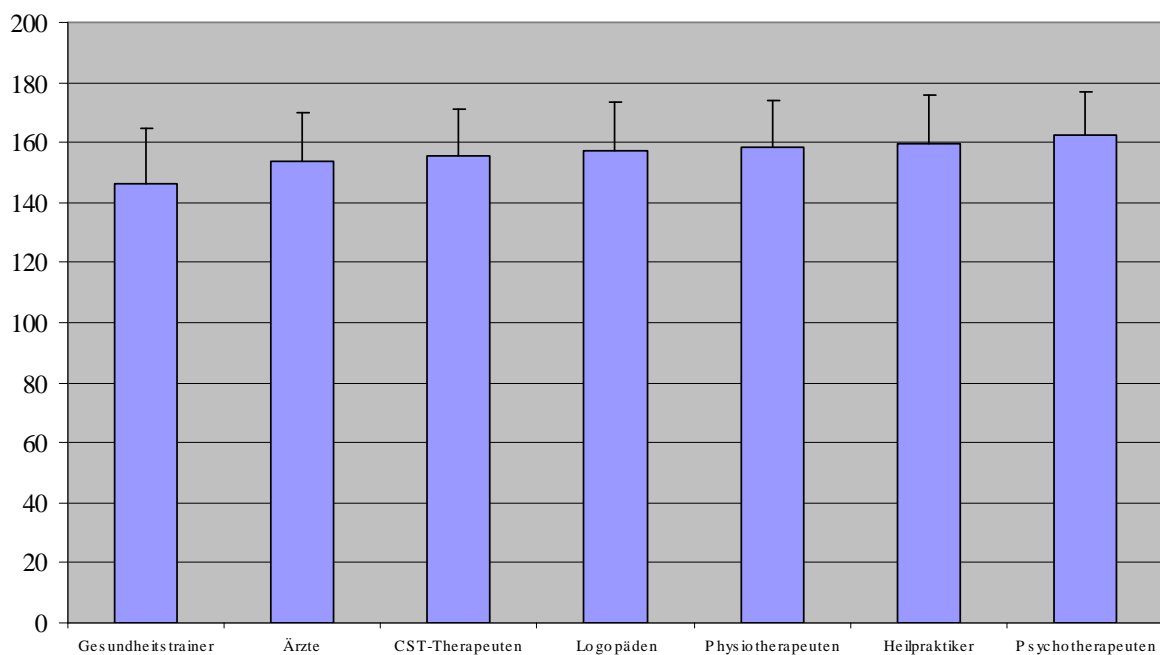


Abbildung 3: SOC-Gesamtwerte vergleichbarer Berufsgruppen

#### 4.2.2 SOC-Komponenten im Vergleich mit anderen Berufsgruppen

Im Vergleich der Ergebnisse der CST-Therapeuten mit anderen Berufsgruppen erreicht die Signifikanz bei den Unterkomponenten SOC-H und SOC-B nie einen Wert  $<0,05$ . Das bedeutet, dass

sich die SOC-Werte österreichischer CST-Therapeuten in der Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit nicht signifikant von denen der anderen unterscheiden.

Bei der Komponente Verstehbarkeit verhält sich das anders, wie eine Varianzanalyse zeigt ( $F_{6;612}=11,797$ ,  $p<0,001$ ). Für den SOC-V wurden in Detailanalysen signifikante Unterschiede des Ergebniswertes der CST-Therapeuten zu dem der Ärzte ( $p=0,034$ ) und Gesundheitstrainer ( $p=0,037$ ) und hoch signifikante zu dem der Psychotherapeuten ( $p=0,004$ ) gefunden.

Das SOC-V-Gesamtergebnis der Untersuchungsteilnehmer liegt mit 50,51 wie beim Gesamtwert im Mittelfeld – den höchsten Wert erzielten die Psychotherapeuten (57,00), den niedrigsten wie beim SOC-Gesamtwert die Gesundheitstrainer (46,43).

Die hohe Signifikanz im Vergleich mit den Werten der Psychotherapeuten bedeutet, dass diese deutlich höhere Werte der Verstehbarkeit als die österreichischen CST-Therapeuten aufweisen.

*Tabelle 1: Unterschiede vergleichbarer Berufsgruppen zum SOC-V österreichischer CST-Therapeuten*

	SOC-V gesamt (±Standardabweichung)	mittlere Differenz zum SOC-V der CST- Therapeuten	p-Werte im Vergleich zum SOC-V der CST- Therapeuten
Gesundheitstrainer	46,43 (±10,1)	-4,08	0,37
Heilpraktiker	51,46 (±8,49)	0,95	1,00
Logopäden	51,60 (±7,36)	1,09	0,99
Physiotherapeuten	52,44 (±7,72)	1,93	0,82
Ärzte	54,20 (±7,55)	3,69	0,34
Psychotherapeuten	57,00 (±7,00)	6,49	0,04

#### 4.3 Ergebnisse nach dem Grundberuf der CST-Therapeuten

Zur Überprüfung der Hypothese „Der Grundberuf eines CST-Therapeuten wirkt sich auf seine Kohärenz aus“ wurden die Teilnehmer der Untersuchung in zwei Gruppen aufgeteilt.

Unter den Probanden waren mehr als zwei Drittel Physiotherapeuten. Der Rest der Befragten musste zu einer Gruppe zusammengefasst werden, da keine der Untergruppen (Masseur, Ergotherapeuten, Logopäden, Krankenschwestern, Shiatsu praktiker, medizinisch technische Fachkräfte, Hebammen, Ärzte, Psychologen) alleine eine ausreichend große Vergleichsmenge dargestellt hätte.

Beim Vergleich der SOC-Ergebnisse (Gesamt-SOC, SOC-V, SOC-H, SOC-B) der Physiotherapeuten im Vergleich zu denen der anderen Berufsgruppen ergibt sich statistisch keine Signifikanz.

#### 4.4 Ergebnisse nach der Arbeitserfahrung mit CST

„Es hat einen Einfluss auf den SOC eines CST-Therapeuten, wie lange er bereits mit dieser Methode arbeitet.“ Zur Untersuchung dieser Hypothese wurden die Studienteilnehmer in drei Gruppen unterteilt.

Zwischen null und fünf Jahren Erfahrung mit der Therapiemethode CST hatten 37 (27,4%) der Befragten. 50 (37%) arbeiteten seit fünf bis zehn Jahren mit CST, 48 (35,6%) seit über zehn Jahren.

Die statistischen Vergleiche dieser Gruppen bringen weder bezogen auf den Gesamtwert noch auf die Einzelkomponenten signifikante Ergebnisse bezüglich Gruppenunterschieden und Wechselwirkungen. Die Arbeitshypothese kann demnach nicht bestätigt werden.

#### **4.5 Ergebnisse nach dem Prozentanteil der mit CST verbrachten Arbeitszeit**

Um die Hypothese „Der Anteil der mit CST verbrachten Arbeitszeit wirkt sich auf die Kohärenz eines Therapeuten aus“ überprüfen zu können wurden drei größenmäßig vergleichbare Gruppen gebildet.

Unter den 135 Probanden der Untersuchung arbeiteten 46 (34,1%) null bis 30% ihrer Arbeitszeit mit CST, 39 (28,9%) 30-70%. 50 (37%) der Befragten gaben an, mehr als 70% ihrer Arbeit mit der Durchführung dieser Therapiemethode zu verbringen.

Die Ergebnisse, bezogen auf SOC-Gesamtwert und Unterkomponenten, waren statistisch nicht signifikant. Es konnten weder Gruppenunterschiede noch Wechselwirkungen festgestellt werden.

## **5 DISKUSSION**

### **5.1 Forschungsfragen, Hypothesen und Schlussfolgerungen**

In diesem Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse zu den einzelnen Forschungsfragen beleuchtet und diskutiert.

#### **5.1.1 SOC-Gesamtwert: Ergebnis und Vergleich mit anderen Berufsgruppen**

Die Hauptforschungsfrage der vorliegenden Untersuchung lautete: „Wie ausgeprägt ist das Kohärenzempfinden österreichischer Upledger CranioSacral Therapeuten?“. Der erhobene SOC-Gesamtwert der Studienteilnehmer ist mit 155,58 sehr hoch. Damit finden sich die österreichischen CST-Therapeuten auf der Prozentrang-Normtabelle einer breit angelegten SOC-Studie in Deutschland unter den höchsten 25%. Dieser hohe Wert korreliert wie bereits beschrieben unter anderem mit einem geringeren Stresserleben und Beschwerdedruck, größerer psychischer Gesundheit und Lebensqualität (Singer & Brähler 2007), was eine gute Grundlage für therapeutisches Arbeiten bedeutet.

In internationalen Vergleichsstudien wurde bestätigt, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen allgemein höhere SOC-Werte aufweisen (Binder A 2005). Die vorliegende Arbeit kommt zum selben Ergebnis.

Der SOC-Mittelwert der Untersuchungsteilnehmer liegt mit 155,58 im selben Bereich wie der Wert der meisten der anderen Vergleichsgruppen.

Die Arbeitshypothese, dass sich der Gesamt-SOC der CST-Therapeuten signifikant von dem vergleichbarer Berufsgruppen abhebt, konnte lediglich für die Gruppe der Gesundheitstrainer bestätigt werden – bei allen anderen Berufsgruppen waren die Vergleichswerte nicht signifikant.

Hierzu sind einige potentielle Einflussfaktoren zu erwähnen.

Einerseits ist die Gruppe der Gesundheitstrainer die einzige der verglichenen bei der die Testpersonen sich zum Untersuchungszeitpunkt noch in Ausbildung befanden – es handelte sich um Teilnehmende an einem Weiterbildungslehrgang zum Gesundheitstrainer und Ernährungstrainer. Etwa die Hälfte der Teilnehmer befand sich damit in einer Phase der beruflichen Umschulung und hatte vorher eine Zeit von Arbeitslosigkeit oder zumindest beruflicher Unsicherheit erlebt. Arbeitslosigkeit wiederum ist ein Faktor, der unter anderem durch die Einschränkung der Ressourcen gesundheitsgefährdend wirkt – sie geht oft mit einer Verminderung des SOC einher (Steixner 2004). Außerdem erfahren Auszubildende im Vergleich zu Professionalisten weniger Anerkennung und positive soziale Bewertung. Die Ausübung eines gesellschaftlich hoch angesehenen Berufes korreliert positiv mit einem hohen SOC (Antonovsky 1997). Somit verwundert der signifikant geringere SOC-Ergebniswert dieser Gruppe im Vergleich zu den anderen nicht.

Andererseits ist die Ausbildung der Gesundheitstrainer nicht vergleichbar mit der der restlichen Berufsgruppen. Die Teilnehmer aller anderen, sich nicht signifikant voneinander unterscheidenden Gruppen sind Absolventen von universitären (Ärzte) oder vergleichbaren (zum Beispiel Akademie für Physiotherapie) Studiengängen mit hohem Ansehen in der Gesellschaft. Dagegen ist der Beruf des Gesundheits- und Ernährungstrainers wenig bekannt und kaum prestigeträchtig. Diese Tatsache lässt wiederum auf einen niedrigeren SOC schließen. Außerdem haben Personen mit höherem Ausbildungsstand durch ihre längere Lernerfahrung mehr Übung in und Fähigkeit zur Reflexion und damit mehr Befähigung zur eigenen Gesundheitsförderung, was ebenfalls eine Ursache für das schlechtere Abschneiden der Gesundheitstrainer darstellen könnte.

Die Teilhabechance eines Menschen an (unter anderem) den gesellschaftlichen Gütern Wissen, Bildung und Prestige ist entscheidend für seine Gesundheit. Bei Männern im Alter zwischen 35 und 64 Jahren mit keiner höheren Ausbildung als einem Lehrabschluss wurde etwa ein im Vergleich zu Akademikern um 79% erhöhtes Streberisiko gefunden (OÖ 2003).

Die Ähnlichkeit des SOC-Gesamtergebnisses der CST-Therapeuten mit dem der Ärzte, Logopäden, Physiotherapeuten, Heilpraktiker und Psychotherapeuten könnte mit den Grundberufen der Untersuchungsteilnehmer zu tun haben – sie entstammen (bis auf die Masseur und Krankenschwestern) aus genau diesen Berufsfeldern.



Nach Belschner (2001) benötigen professionell handelnde Personen in Gesundheitsberufen eine Kompetenz zur Präsenz. Die Voraussetzung dafür ist, dass sie in ihrer persönlichen Entwicklung in den Grundqualitäten der menschlichen Existenz verankert sind. Damit bringen Angehörige dieser Berufsgruppen bereits eine angestammte Kompetenz zu gesundheitsförderndem Verhalten mit.

Heinz Paul Binder (2005) gibt zu bedenken, dass die hohen SOC-Ergebniswerte bei Angehörigen von Helferberufen einerseits auf die Selektion von Personen, die solche Berufe ergreifen zurückgeführt werden können – andererseits aber auch auf das Bild, das diese Personen von sich selbst haben beziehungsweise zeichnen möchten.

### ***5.1.2 SOC-Komponenten: Ergebnisse und Vergleich mit anderen Berufsgruppen***

#### *5.1.2.1 Ergebnisse zu den Komponenten SOC-H und SOC-B*

Zu den Faktoren Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit konnten keine statistisch signifikanten Ergebnisse im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen gefunden werden.

Den höchsten Wert erzielten die CST-Therapeuten bei der Bedeutsamkeit, dem motivationalen Element. Ein hoher SOC-B gibt dem Leben einen emotionalen Sinn und bringt eine Person dazu, sich Herausforderungen zu stellen.

Der hohe Ergebniswert könnte mit dem Selbstverständnis eines Therapeuten zu tun haben, dessen Aufgabe es ist positiv auf Lebensqualität und Wohlbefinden seiner Patienten einzuwirken. Er unterstützt den Klienten dabei, mit seiner Situation umgehen zu lernen. Dadurch wird auch das eigene Gefühl der Sinnhaftigkeit verstärkt. Erfolgreiche Behandlungen fördern das Selbstbewusstsein des Behandlers und steigern seine Motivation.

Beim Faktor Handhabbarkeit erzielten die CST-Therapeuten den zweithöchsten Wert der drei Komponenten. Dieser Aspekt beschreibt das Ausmaß in dem man wahrnimmt, dass man den gestellten Anforderungen mit geeigneten Ressourcen begegnen kann.

Die Inanspruchnahme einer Therapie stellt eine externe Ressourcenquelle für die Patienten dar. Eine Person, die einen therapeutischen Beruf ergreift, muss somit offen sein für „Hilfe von außen“ - schließlich kommen die Klienten zu ihr, um eine solche Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Ein Therapeut wird also mit hoher Wahrscheinlichkeit auch selbst auf eigene und fremde Ressourcen vertrauen.

Gleichzeitig nimmt das Arbeiten mit CST dem Therapeuten den Leistungsdruck: nicht er muss wissen was zu tun ist, sondern der Patient selbst (beziehungsweise dessen Innere Weisheit) weiß was das Beste für ihn ist. Das Vertrauen in diese interne Ressourcenquelle des Patienten ist zentral in der CST.

Zur Verständigung des Therapeuten mit dem Unbewussten des Patienten wird wie in Kapitel 2.2.2.1 dieser Arbeit erläutert die Dialogführung nach Upledger praktiziert.

### 5.1.2.2 Ergebnisse zur Komponente SOC-V

Im Ergebnis des Faktors Verstehbarkeit (Stimuli werden als sinnhaft, einordenbar und erklärbar wahrgenommen) unterscheiden sich die CST-Therapeuten signifikant von den Gesundheitstrainern und Ärzten und hoch signifikant von den Psychotherapeuten.

Die Kongruenz der Ergebnisse mit denen der Heilpraktiker, Logopäden und Physiotherapeuten kann mit der hohen Ähnlichkeit der Berufe zusammenhängen. Der Aspekt der Verstehbarkeit ist in der therapeutischen Arbeit vor allem für die Anamnese des Problems wichtig. Ein CST-Therapeut führt, genauso wie andere Therapeuten, vor der Behandlung mit dem Patienten ein genaues Gespräch zur Abklärung der Problematik und der Erwartungen an die Therapie. Am Ende der Therapie werden die durchgeführten Maßnahmen besprochen und Informationen für die Zeit bis zum nächsten Termin gegeben. Zu Beginn jeder weiteren Behandlung wird nach Veränderungen der Symptomatik gefragt. Dieses strukturierte Vorgehen ist bei allen verglichenen therapeutischen Berufsgruppen ähnlich, was die nicht signifikant unterschiedlichen Werte erklärt.

Die Gesundheitstrainer erreichten beim SOC-V signifikant geringere Werte als die CST-Therapeuten (mittlere Differenz -4,08). Dieses Ergebnis lässt sich, wie schon in Kapitel 5.1.1 zum SOC-Gesamtwert diskutiert, auf den geringeren Ausbildungsstand zurückführen. Andererseits könnte es auch sein, dass Personen mit einem niedrigeren Wert der Verstehbarkeit eher dazu tendieren, eine kürzere Berufsausbildung mit weniger hohem Lernaufwand zu wählen.

Der SOC-V der Ärzte zeigt sich im Vergleich zu den Teilnehmern der vorliegenden Untersuchung als signifikant höher (mittlere Differenz +3,69). Mediziner benötigen in ihrer Berufsausübung sicherlich ein hohes Maß an Verstehbarkeit. Durch die hohe Verantwortung in diesem Beruf sind eine exakte Abklärung der Diagnose und die präzise Planung der Therapie vonnöten. Die regelmäßige intermittierende Überprüfung des Erfolges und die daraus folgende Anpassung der Therapie dienen zur rechtlichen Absicherung dieser Berufsgruppe.

Die Gruppe der Therapeuten hat im Vergleich zu den Ärzten weniger Verantwortung für Leib und Leben der Patienten. Sie arbeiten zwar eigenverantwortlich, doch auf Anweisung von Ärzten – für die Richtigkeit der Diagnose sind sie nicht zuständig.

Mit hoher Signifikanz unterschieden sich die Psychotherapeuten (mittlere Differenz +6,49) im SOC-V von den CST-Therapeuten. Dass gerade diese Berufsgruppe den höchsten vergleichbaren Wert der

unterschiedlichen Gruppen erzielt hat verwundert nicht. Psychotherapeuten sind verstärkt identitätsrelevanten Stressoren ausgesetzt: sie beschäftigen sich professionell mit den Wünschen, Ängsten und Aggressionen ihrer Klienten und begleiten diese mit Geduld bei der Entdeckung von Ressourcen und Einübung von Lebensbewältigungsstrategien (Binder HP 2005). Ein Psychotherapeut benötigt starke emotionale Widerstandsressourcen und ein hohes Level der Verstehbarkeit, um in diesem potentiell hoch belastenden Beruf bestehen zu können. Wahrscheinlich entscheiden sich nur Personen mit hoher psychischer Stabilität für einen solchen Ausbildungsweg.

Außerdem unterscheidet sich die Behandlungsart der Psychotherapeuten stark von der aller anderen verglichenen Berufsgruppen. Die Therapie geschieht über das Miteinander Sprechen, wobei der kognitive Aspekt der Verstehbarkeit stark zum Tragen kommt. Ärzte behandeln mit Medikamenten, Therapeuten verwenden dazu ihre Hände, das Mittel der Psychotherapeuten ist die verbale Kommunikation. Die Art der Behandlung könnte somit ein großer Einflussfaktor für den hohen Wert dieser Berufsgruppe sein.

Zusätzlich beschäftigen sich Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung stark mit der eigenen Persönlichkeit und den persönlichen Werten und Haltungen (Kernberg, Dulz & Eckert 2006), was ebenfalls als potentiell gesundheitsfördernder Faktor gewertet werden kann

### ***5.1.3 Einfluss des Grundberufs***

Die Hypothese, dass sich der Grundberuf eines CST-Therapeuten auf seine Kohärenz auswirkt, muss in dieser Untersuchung mangels signifikanter Ergebnisse (bezogen auf Gesamt-SOC und Komponenten) zurückgewiesen werden.

Da der Hauptanteil der Studienteilnehmer (68,9%) aus Physiotherapeuten besteht wurde diese Gruppe mit dem Rest der Befragten verglichen. Diese Vergleichsgruppe ist sehr inhomogen, was den Grundberuf angeht. Hier wäre eine größere Menge an Befragten nötig, damit alle diese Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Masseure und so weiter) miteinander verglichen werden können.

Ein Vergleich der Physiotherapeuten mit dem Rest war in dieser Untersuchung also mangels größerer Vergleichsgruppen statistisch nötig - die Aussagekraft darf aber angesichts der Inhomogenität und der großen Menge an Therapeuten in der zweiten Gruppe (siehe Kapitel 5.1.2.2 dieser Arbeit zum Thema Ähnlichkeit der Ergebnisse bei Ähnlichkeit des Berufs) bezweifelt werden.

### ***5.1.4 Einfluss der Arbeitserfahrung mit CST***

Die drei Vergleichsgruppen zum Thema „Einfluss der Arbeitserfahrung mit CST“ haben annähernd dieselbe Größe: 27,4% haben wenig (null bis fünf Jahre) Erfahrung, 37% arbeiten seit fünf bis zehn

Jahren mit CST, und 35,6% der Teilnehmer seit mehr als zehn Jahren. Im Vergleich dieser Gruppen ergaben sich keine Unterschiede in bezug auf SOC, Komponenten und Wechselwirkungen.

Kritisch anzumerken ist hier, dass die CST-Arbeitserfahrung keinen Rückschluss auf den Stand der Ausbildung des Betreffenden ziehen lässt. Das Upledger Institut Österreich bietet verschiedene Ausbildungsreihen (zum Beispiel CST, CST in der Pädiatrie, Viszerale Manipulation) an bei denen zwar die Abfolge der zu absolvierenden Kurse vorgeschrieben ist, nicht aber die „Schnelligkeit“ mit der man die Ausbildung durchläuft und beendet. So kann ein CST-Therapeut in wenigen Jahren die gesamte Ausbildung bis zur Zertifizierung hinter sich bringen, ein anderer begnügt sich mit einem Kurs alle paar Jahre.

Deshalb wäre zur Frage „Wie lange arbeiten Sie schon mit Upledger CST?“ eine Zusatzfrage zum Fortschritt in der Ausbildung wichtig gewesen, da die Untersuchung des Einflusses der Arbeitserfahrung nur in Verbindung mit dem aktuellen Ausbildungsstand Sinn macht. So wäre ein Querschnittsvergleich des SOC von CST-Anfängern bis hin zu zertifizierten CST-Therapeuten möglich, wobei die Ergebnisse mehr Aussagekraft hätten.

Von einer Vorauswahl der Untersuchungsteilnehmer in Hinblick auf den Fortbildungsstand (zum Beispiel der Ausschluss von Therapeuten, die weniger als vier CST-Kurse absolviert haben) wurde in dieser Studie abgesehen, um das Erzielen einer ausreichend großen Stichprobe zu gewährleisten.

### ***5.1.5 Einfluss nach Prozentanteil der mit CST verbrachten Arbeitszeit***

Bei der Überprüfung der Hypothese „Der Anteil der mit CST verbrachten Arbeitszeit wirkt sich auf die Kohärenz eines Therapeuten aus“ ergaben sich statistisch keine signifikanten Ergebnisse. Offensichtlich hat es keinen Einfluss auf den SOC eines Therapeuten, ob er wenig oder viel mit CST arbeitet. Als mögliche Schlussfolgerung erscheint der Autorin, dass diese Therapiemethode ihre Wirkung auf den Therapeuten in Bezug auf Selbstachtsamkeit und eigenes Gesundheitsdenken eher langfristig entfaltet, was einen Vergleich von Momentaufnahmen unpassend erscheinen lässt.

### **5.2 Fragebogen SOC-29**

Die wenigen signifikanten Ergebnisse dieser Untersuchung lassen die Frage aufkommen, ob der SOC-29 für die vorliegenden Forschungsfragen das geeignete Untersuchungsinstrument ist. Die sehr ähnlichen Ergebnisse der Studienteilnehmer und auch der Vergleichsgruppen erfordern möglicherweise ein sensibleres Instrument, um aussagekräftige Daten zu erhalten.

Darüber hinaus ist der verwendete Fragebogen in Bezug auf die Antworttendenzen bei Teilnehmern von Fragebogenuntersuchungen zu kritisieren. Holzknecht (2011) identifiziert und überprüft in seiner Arbeit zwei wesentliche dieser Tendenzen.

Einerseits kommt der Konsistenzeffekt zum Tragen, wonach der Untersuchungsteilnehmer bei ähnlich klingenden Fragen die Antworten so legt, dass sie sich nicht widersprechen. Der Autor fand im SOC-29 einige Fragestellungen, die diesen Effekt triggern könnten – am Beispiel einiger zufällig ausgewählter Fragebögen konnte er das Auftreten des Konsistenzeffekts mit hoher Wahrscheinlichkeit nachweisen.

Andererseits scheint der Effekt der sozialen Erwünschtheit einen großen Einfluss beim Ausfüllen des SOC-29 zu haben: hier werden Antworten gegeben, die eher auf Zustimmung stoßen oder dem in der Öffentlichkeit erwünschten Bild entsprechen - zum selben Schluss kommt Binder HP in seiner SOC-Studie zu Psychotherapeuten (2005, siehe Kapitel 5.1.1). Die Art der Fragestellung im Fragebogen lässt deren Punktbewertung erahnen – so kann der Befragte die Beantwortung in Richtung „hohes Abschneiden“ beziehungsweise „hohe Anerkennung“ beeinflussen. Holzknicht vermutet hier aufgrund der geringen Standardabweichung in vielen SOC-Befragungen, dass durch das Wachrütteln eines gemeinsamen Berufsethos Einfluss auf die Befragungsergebnisse ausgeübt wird.

Diese Effekte können durchaus auch in der vorliegenden Untersuchung zum Tragen gekommen sein.

### **5.3 Eigenkritisches und Anregungen zu weiterführenden Studien**

Antonovsky (1987) postulierte, dass sich das Kohärenzgefühl eines Menschen bis zum frühen Erwachsenenalter verfestigt. Eine geringfügige Veränderung des mittels SOC-Fragebogen gemessenen Wertes im Bereich von etwa fünf Punkten hält er, etwa als Folge einer psychotherapeutischen Intervention, auf längere Frist gesehen für möglich.

Die Arbeit mit CST hat subjektiv einen stark gesundheitsfördernden Effekt. Dieser konnte in der vorliegenden Studie nicht bewiesen werden, die Ergebniswerte ähneln denen verwandter (therapeutischer) Berufsgruppen. Das mag mit der Momentaufnahme zu tun haben, die der SOC-29 bietet – eine Untersuchung mit denselben Personen in einigen Jahren könnte zu signifikant anderen Ergebnissen führen und den langfristig positiven Effekt der CST auf den damit Arbeitenden beweisen.

Interessant zu dieser Thematik wäre eine noch genauere Betrachtung und Analyse der SOC-Unterschiede innerhalb der Gruppe der CST-Therapeuten. In Helferberufen finden sich häufig Personen, die zu wenig an sich als Therapeuten denken und kaum auf ihre eigene Psychohygiene und Gesundheitsförderung achten (Schmidbauer 1994). Binder A (2005) fand in ihrer SOC-Untersuchung signifikante Unterschiede zwischen angestellten und freiberuflich tätigen Physiotherapeuten. Möglicherweise hätten Zusatzfragen nach Art der Berufsausübung und täglichem Arbeitspensum zu zusätzlichen signifikanten und diskutierbaren Ergebnissen geführt. Eventuell wäre mit solchen Zusatzinformationen auch eine genauere Aussage zum Thema „Einfluss des Grundberufs“ möglich.

Wie bereits in Kapitel 5.1.3 dieser Arbeit diskutiert, ist der Einfluss des Grundberufs auf den SOC eines CST-Therapeuten aufgrund der Inhomogenität der Vergleichsgruppe nicht sicher zu beweisen. Hier wäre eine größer angelegte Studie nötig, damit die einzelnen Grundberufsgruppen ausreichend große Vergleichsmengen darstellen.

In dieser Studie wurden nur Mitglieder des „Upledger Verband Österreich“ befragt, da die Kontaktaufnahme mithilfe des Verbandes erfolgte. Somit kann hier keinerlei Aussage über die SOC-Werte von Nichtmitgliedern getroffen werden.

Große Ergebnisunterschiede im Vergleich der Verbandsmitglieder zu anderen österreichischen CST-Therapeuten können jedoch aufgrund der hohen Teilnehmerquote und der heterogenen Zusammensetzung der Studienteilnehmer nicht erwartet werden.

## 6 QUELLENVERZEICHNIS

- Anderssen-Reuster, U: Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode. 2. Auflage Schattauer, Stuttgart 2011
- Antonovsky A: Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. Jossey-Bass, San Francisco 1979
- Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Übersetzte Ausgabe DGVT, Tübingen 1997
- Belschner W: Die vergessene Dimension in Grawes Allgemeiner Psychotherapie. In: Belschner W, Galuska J, Walach H, Zundel E: Transpersonale Forschung im Kontext. Transpersonale Studien, Band 5: 167-216. BIS, Oldenburg 2001
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2001
- Bennett JG: Harmonische Entwicklung. Martin, Salzhausen 1982
- Binder A: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky – bei diplomierten PhysiotherapeutInnen in der Steiermark differenziert nach der Art der Berufsausübung und dem Arbeitspensum. Thesis (MSc), Interuniversitäres Kolleg, Graz 2005
- Binder HP: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky – bei Psychotherapeuten in der Steiermark, differenziert nach Anzahl der Lehrtherapie – bzw. Selbsterfahrungsstunden. Eine salutogenetische Betrachtung. Thesis (MSc), Interuniversitäres Kolleg, Graz 2005

- Bishop SR: What do we really know about Mindfulness Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine* 2002; 64: 71-84
- Bös K, Woll A: Das Saluto-Genese-Modell. Theoretische Überlegungen und erste empirische Ergebnisse. In: Alfermann D, Scheid V (Hrsg.): *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation*. BPS, Köln 1994
- Bowman B: Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1996; 52: 547-549
- Bowman B: Cultural pathways towards Antonovsky's Sense of Coherence. *Journal of Clinical Psychology* 1997; 53: 139-142
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R: Angst und Depression bei jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 2009, 55: 37-50
- Chamberlain K, Petrie K, Azariah R: The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology & Health* 1992, 7: 301-310
- Chibidziura-Priesching J: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky – bei LogopädInnen in Österreich. Thesis (MSc), Graz 2007
- Coe R, Miller DK, Flaherty J: Sense of Coherence and perception of caregiving burden. *Behavior, Health, and Aging* 1992; 2: 93-99
- Dangoor N, Florian V: Women with chronic physical disabilities: Correlates of their long-term psychosocial adaptation. *International Journal of Rehabilitation* 1994; 17: 159-168
- Davidson R, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli S, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan J: Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 564-570
- Duda SC: Forschung in der Craniosacralen Osteopathie/Therapie. Diplomarbeit zum Abschluss der Fachprüfung Craniosacrale Therapie. Schule für Craniosacrale Osteopathie Rudolf Merkel Obfelden, Zürich 2010
- Dudek B, Makowska Z: Psychometric characteristics of the Orientation to Life Questionnaire for measuring the sense of coherence. *Polish Psychological Bulletin* 1993; 24: 309-318
- Duden: Das Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Brockhaus, Mannheim 2001
- Elsdale B: Craniosacral Therapy. *Nursing Times* 1996; 92: 173
- Epstein M: Gedanken ohne den Denker. Das Wechselspiel von Buddhismus und Psychotherapie.

2. Auflage Fischer, Frankfurt 2000

Eriksson M, Lindström B: A salutogenetic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int* 2008; 23: 190-199

Fasser W, Schiltknecht J: Sich einbringen statt ausbrennen. *Fachzeitschrift des ÖPV* 2003; 2: 6-8

Ferder R: Kohärenzempfinden (sense of coherence) bei Steirischen ErziehungshelferInnen differenziert nach dem Geschlecht, der fachspezifischen Qualifikation, der berufsspezifischen Erfahrung und der Art der Ausübung der Tätigkeit (haupt- vs. nebenberuflich). Thesis (MSc), Graz 2008

Flannery RB, Perry C, Penk WE, Flannery GJ: Validating Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1994; 50: 575-577

Frenz AW, Carey MP, Jorgensen RS: Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment* 1993; 5: 145-153

Freud S: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Freud S: *Gesammelte Werke Band 8. Werke aus den Jahren 1909-1913*. Fischer, Frankfurt 2010

Gerome S: Dialogue, Imagery, CST & Synchronicity. *Therapeutic Pulse* 2011; 3-5  
<http://www.upledger.co.uk/images/Pulse%20summer%202011%20final%20pdf%20version.pdf>

Gettinger G: Ganzheitliches Behandeln – Teil 2. *Structure&Mind – Upledger CranioSacral Therapy Nachrichten* 2004; 2: 8-10

Germer CK, Siegel RD, Fulton PR: *Achtsamkeit in der Psychotherapie*. Übersetzte Ausgabe Arbor, Freiamt 2009

Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanijan A: A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. *Complement Ther Med* 1999; 7: 201-207

Guiney PA, Chou R, Vianna A, Lovenheim J: Effects of Osteopathic Manipulative Treatment on Pediatric Patients With Asthma: A Randomized Controlled Trial. *JAOA* 2005; 105: 7-12

Hausberger L: Übungsgruppen – Die Freude am gemeinsamen Probieren und Erfahren. *Structure&Mind – Upledger CranioSacral Therapy Nachrichten* 2006; 5: 13

Hayden C, Mullinger B: A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12: 83-90

Heidenreich T, Michalak J: Achtsamkeit („Mindfulness“) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie* 2003; 13: 264-274



- Holzknicht A: Kohärenzempfinden (Sense of Coherence nach Aaron Antonovsky) bei Vorarlberger VolksschullehrerInnen; Lebenskompetenzprogramm „eigenständig werden“. Thesis (MSc), Interuniversitäres Kolleg, Graz 2011
- Isbell B, Neira SC, Elliott R: Craniosacral Therapy Research. The Fulcrum – Journal of the Craniosacral Therapy Association 2006; 31: 6-7
- Kernberg OF, Dulz B, Eckert J: Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren “unmöglichen” Beruf. Schattauer, Stuttgart 2006
- Lehofer C: Ausbrennen? Burn-Out und Jobstress in Sozialberufen. Fachzeitschrift Physiotherapie 2003; 2: 2-5
- Mann J, Gaylord S, Faurot K, Suchindran C, Coeytaux R, Wilkinson L, Coble R, Curtis P: Craniosacral therapy for migraine: a feasibility study. BMC Complementary & Alternative Medicine 2012; 12: 111
- Matarán-Penarrocha GA, Castro-Sánchez AM, García GC, Morene-Lorenzo C, Careno TP, Zafra MD: Influence of Craniosacral Therapy on Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Fibromyalgia. Evid Based Complement Alternat Med 2011; 2011: 178769
- MBSR-Verband Austria (Hrsg.) (o.J.): Was ist MBSR? <<http://www.mbsr-mbct.at/index.php?id=11>> (Abruf am 03.06.2012 13:45:02 MEZ)
- Mills M, Henley CE, Barnes LLB, Carreiro JE, Degenhardt BF: The Use of Osteopathic Manipulative Treatment as Adjuvant Therapy in Children With Recurrent Acute Otitis Media. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157: 861-866
- Moon S: What Is Craniosacral Therapy? New Times Naturally 2004; 32
- OÖ. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung (Hrsg.): Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Gutenberg, Linz 2003
- Petzold TD: Salutogenese und Selbsthilfe. Gesunde Entwicklung, 2009.
- Physio Austria – Bundesverband der Diplomierten PhysiotherapeutInnen Österreichs (Hrsg.): Berufsprofil der/des Diplomierten Physiotherapeutin/Physiotherapeuten. Fachzeitschrift Physiotherapie, Wien 2004; 1a/04
- Rüesch P, Bartlomé P, Huber C: Evaluation von Messinstrumenten für den strategischen Bereich „psychische Gesundheit/Stress“. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Zürich 2007
- Rogers S: Craniosacral Therapy. Latitudes 1995; 2: 11

- Schäfer S: Eine vergleichende Fragebogenstudie zur Erfassung der Ausprägung der nondualen Präsenz bei Physiotherapeuten mit und ohne Ausbildung in Craniosacraler Therapie. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Berlin 2006
- Schauperl M: Die SomatoEmotionale Entspannung als Zugang zur Ganzheit. Structure&Mind – Upledger CranioSacral Therapy Nachrichten 2003; 1: 8-9
- Schlossberg B: Craniosacral Therapy in the Medical Realm. Massage Magazine 2003; 105: 46
- Schmidbauer W: Hilflöse Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. 18. Auflage Rowohlt, Reinbek 1992
- Schüers W: Im Dialog mit Patienten. Structure&Mind - Upledger CranioSacral Therapy Nachrichten 2003; 1: 3-5
- Schüers W: Im Dialog mit Patienten – Teil 2. Structure&Mind - Upledger CranioSacral Therapy Nachrichten 2004; 2: 3-6
- Schüers W: Selbstwahrnehmung. Structure&Mind - Upledger CranioSacral Therapy Nachrichten 2005; 4: 3-6
- Schumacher J, Gunzelmann T, Brähler E: Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Diagnostica 2000; 46: 208-213
- Schumacher J, Wilz G, Gunzelmann T, Brähler E: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky – Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. Psychother Psychosom Med Psychol 2000; 50: 472-482
- Shea M: The Importance of Craniosacral Therapy. Massage Magazine 1995; 55: 82-86
- Shorthouse L: Transformation: University Lecturer to Craniosacral Trust. Positive Health 2001; 70: 10
- Siber G: Kohärenzempfinden – Sense of Coherence. Personale und tätigkeitsbezogene Aspekte bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in der Steiermark. Thesis (MSc), Interuniversitäres Kolleg, Graz 2005
- Singer S, Brähler E: Die „Sense of Coherence Scale“. Testhandbuch zur deutschen Version. Vandenhoeck, Göttingen 2007
- Steixner M: Kohärenzempfinden bei österreichischen GesundheitstrainerInnen. Thesis (MSc), Interuniversitäres Kolleg, Graz 2005
- Strehl J: Kohärenzempfinden (SOC) bei Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern im Freistaat Bayern. Thesis (MSc), Interuniversitäres Kolleg, Graz 2011

- UCÖ[1] – Verband der Upledger CranioSacral TherapeutInnen Österreich (Hrsg.) (o.J.). CranioSacral Therapie. <<http://www.verband-upledger.at/craniosacral-therapie>> (Abruf am 26.05.2012 15:05:23 MEZ)
- UCÖ[2] – Verband der Upledger CranioSacral TherapeutInnen Österreich (Hrsg.) (o.J.). CranioSacral Therapie. Behandlung. <<http://www.verband-upledger.at/craniosacral-therapie/behandlung>> (Abruf am 26.05.2012 13:58:07 MEZ)
- UCÖ[3] – Verband der Upledger CranioSacral TherapeutInnen Österreich (Hrsg.) (o.J.). Richtlinien. <<http://www.verband-upledger.at/ueber-uns/richtlinien>> (Abruf am 26.05.2012 14:25:33 MEZ)
- Upledger JE: Auf den inneren Arzt hören. Übersetzte Ausgabe, 3. Auflage Hugendubel, München 1998
- Upledger JE: SomatoEmotionale Praxis der CranioSacralen Therapie. Übersetzte Ausgabe Haug, Heidelberg 1999
- Upledger JE: Craniosacral Therapy. Journal of Bodywork and Movement Therapies 2000; 4: 286-287
- Weiser Cornell A: Focusing – Der Stimme des Körpers folgen. Anleitungen und Übungen zur Selbsterfahrung. Übersetzte Ausgabe Rororo, Reinbek 1997
- Wilson W: Craniosacral Therapy. Positive Health 1999; 45-47
- Zentrum für Salutogenese – Stiftung für Salutogenese gemeinnützige GmbH (Hrsg.) (o.J.). <<http://www.salutogenese-zentrum.de>> (Abruf am 02.06.2012 18:27:43 MEZ)



3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen - wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?

sie sind Ihnen völlig fremd			1	2	3	4	5	6	7		Sie kennen sie sehr gut
-----------------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	-------------------------

4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

äußerst selten oder nie			1	2	3	4	5	6	7		sehr oft
-------------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	----------

5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?

das ist nie passiert			1	2	3	4	5	6	7		das kommt immer wieder vor
----------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	----------------------------

6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?

das ist nie passiert			1	2	3	4	5	6	7		das kommt immer wieder vor
----------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	----------------------------

7. Das Leben ist

ausgesprochen interessant			1	2	3	4	5	6	7		reine Routine
---------------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	---------------

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren Ziele oder einen Zweck			1	2	3	4	5	6	7		sehr klare Ziele und einen Zweck
---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	----------------------------------

9. Haben Sie das Gefühl ungerecht behandelt zu werden?

sehr oft			1	2	3	4	5	6	7			sehr selten oder nie
----------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	----------------------

10. In den letzten 10 Jahren war Ihr Leben

voller Veränderungen. ohne dass Sie wussten, was als nächstes passiert			1	2	3	4	5	6	7			ganz beständig und klar
--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	----------------------------

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich

völlig faszinierend sein			1	2	3	4	5	6	7			todlangweilig sein
--------------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--------------------

12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft			1	2	3	4	5	6	7			sehr selten oder nie
----------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	----------------------

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

man kann für schmerzliche Dinge im Leben immer eine Lösung finden			1	2	3	4	5	6	7			es gibt keine Lösung für schmerzliche Dinge im Leben
---	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

14. Wenn Sie über ihr Leben nachdenken, passiert es häufig, dass Sie

fühlen, wie schön es ist zu leben			1	2	3	4	5	6	7			sich fragen, warum Sie überhaupt da sind
--------------------------------------	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	---

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung

immer verwirrend und schwierig			1	2	3	4	5	6	7			immer völlig klar

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und Zufriedenheit			1	2	3	4	5	6	7			von Schmerz und Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

voller Veränderungen sein, ohne dass sie wissen, was als nächstes passiert			1	2	3	4	5	6	7			ganz beständig und klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu

sich daran zu verzehren			1	2	3	4	5	6	7			zu sagen: „nun gut, sei's drum, ich muss damit leben“ und weiterzumachen

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft			1	2	3	4	5	6	7			sehr selten oder nie

20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen			1	2	3	4	5	6	7			wird sicher wieder etwas geschehen, das das Gefühl verdirbt

21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft		1	2	3	4	5	6	7		sehr selten oder nie
----------	--	---	---	---	---	---	---	---	--	----------------------

22. Sie nehmen an, dass Ihr zukünftiges Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird		1	2	3	4	5	6	7		voller Sinn und Zweck sein wird
-------------------------------------	--	---	---	---	---	---	---	---	--	---------------------------------

23. Glauben Sie, dass es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?

Sie sind sich dessen ganz sicher		1	2	3	4	5	6	7		Sie zweifeln daran
----------------------------------	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--------------------

24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?

sehr oft		1	2	3	4	5	6	7		sehr selten oder nie
----------	--	---	---	---	---	---	---	---	--	----------------------

25. Viele Menschen - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie		1	2	3	4	5	6	7		sehr oft
-----	--	---	---	---	---	---	---	---	--	----------

26. Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, dass Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten		1	2	3	4	5	6	7		richtig einschätzten
---------------------------	--	---	---	---	---	---	---	---	--	----------------------



27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern										Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können
	1	2	3	4	5	6	7			

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft										sehr selten oder nie
	1	2	3	4	5	6	7			

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft										sehr selten oder nie
	1	2	3	4	5	6	7			

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!  
Marie Hortig

Quelle:  
Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT, Tübingen 1997

### Anhang 3: Zusatzfragen

Wie lange arbeiten Sie schon mit Upledger CranioSacral Therapie®?  
0-2 Jahre, >2-5 Jahre, >5-10 Jahre, >10 Jahre

Wie viel Prozent ihrer Arbeitszeit verbringen Sie mit der Durchführung von Upledger CranioSacral Therapie®?  
0-25%, >25- 50%, >50-75%, >75-100%

Was ist Ihr Grundberuf?

- Ergotherapeut/in
- Logopäde/in
- Heilmasseur/in
- Physiotherapeut/in
- Psychologe/in
- Sonstige: .....