

# Wie gestalten Osteopathen die Beziehung zu ihren Patienten?

## Eine qualitative Studie [23]

Regina Novy, Wien, Peter Sommerfeld, Wien, WSO

### Einleitung

Grundlage jeder therapeutischen Beziehung ist die Begegnung zwischen zwei Menschen. Eine Begegnung, die, wie Wieland anmerkt, durch die nicht mit anderen teilbare Verantwortung der handelnden Person (Osteopath) und der durch dieses Handeln betroffenen zweiten Person (Patient) geschaffen wird. Die an ihnen vollzogenen Handlungen stehen für die Betroffenen stets in einem unmittelbaren vitalen Bedeutungszusammenhang [31]. Im Gegensatz zu anderen therapeutischen Bereichen, wie zum Beispiel der Psychotherapie, gibt es in der Osteopathie keine klaren konzeptuellen Merkmale dafür, welchen Anforderungen die Struktur dieser Beziehung gerecht werden soll. Vielmehr, so unsere erste These, ist die Beziehungsgestaltung im Rahmen einer osteopathischen Intervention in erster Linie von meist unreflektierten Faktoren wie dem Selbstverständnis, dem Menschenbild und dem weltanschaulichen Gebäude der behandelnden Osteopathen abhängig.

Vor dem Hintergrund von Erkenntnissen aus angrenzenden Wissenschaftsbereichen wie Tiefenpsychologie, Entwicklungspsychologie und Psychotherapie soll hier das Ergebnis einer qualitativen Studie vorgestellt werden, die in Form von problemzentrierten, leitfadengestützten Interviews mit fünf Osteopathen der Frage nachgegangen ist, wie Osteopathen die Beziehung zu ihren Patienten konkret gestalten und welche Konsequenzen man daraus für osteopathische Lehre und Praxis diskutieren kann. In welcher Form die therapeutische Beziehung im Rahmen der osteopathischen Intervention zum Problem werden kann, lässt sich aus folgenden theoretischen Ansätzen ableiten:

- der Bindungstheorie,
- der Entwicklungspsychologie und

- den im Bereich der Psychotherapie diskutierten Phänomenen von Empathie, Compliance, Übertragung und Gegenübertragung.

### Die Bindungstheorie und ihre mögliche Bedeutung für die osteopathische Intervention

In der Bindungstheorie wird davon ausgegangen, dass frühkindliche Bindungserlebnisse die Beziehungsfähigkeit eines Menschen nachhaltig prägen [5]. Eine gelungene frühkindliche Bindung – z.B. als Containment [3] oder Holding [32] beschrieben – führt demnach zu einem generalisierten Gefühl von Kompetenz und Selbstwert und ermöglicht die Entwicklung einer Reihe sozialer und kognitiver Kompetenzen. Diese Erkenntnisse sind, so unsere zweite These, für die osteopathische Intervention von Relevanz, weil hier die Beziehung zwischen Therapeut und Patient zu einem beachtlichen Teil auf einer nonverbalen Ebene abläuft und schon allein das therapeutische Setting (der Patient liegt und wird vom Osteopathen berührt) die Möglichkeit der Regression der Patienten fördert. Damit tragen Osteopathen eine spezifische Verantwortung. Sie sind aufgefordert, ihren Patienten ein empathisches, einfühlsames Verhalten im Sinne des „holding“ entgegenzubringen und damit als ein „sicherer Behälter“ für alle Gefühle der Patienten im Sinne des „containment“ zu agieren bzw. zu reagieren.

### Entwicklungspsychologische Kontexte

Aus der Entwicklungspsychologie können besonders Aspekte der Ich-Entwicklung und Erkenntnisse aus der Körperschemaforschung für die Osteopathie von Bedeutung sein. Dabei verdienen die Arbeiten über die Entwicklung und Störbarkeit

des Körpererlebens und der Körpergrenzen besondere Beachtung [4, 33]. Bei psychisch labilen oder traumatisierten Menschen (auch ohne manifeste psychische Erkrankungen) kann Körperkontakt zu bedrohlichen Gefühlen führen. Dies ist für die osteopathische Interventionen von Relevanz, da diese unter anderem durch einen engen körperlichen Kontakt gekennzeichnet sein kann. Osteopathen sollten demnach einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit dem Körpererleben und den damit in Zusammenhang stehenden Körpergrenzen ihrer Patienten entwickeln.

### Empathie, Compliance, Übertragung und Gegenübertragung – Phänomene einer osteopathischen Intervention?

Psychotherapeutische Zugänge (darunter vor allem die Psychoanalyse) beschreiben klare strukturelle Merkmale einer therapeutischen Beziehung. Zu den wesentlichen Elementen einer solchen Beziehung gehören Empathie, Compliance, Übertragung und Gegenübertragung. In der jüngeren Psychotherapieforschung werden zunehmend auch die Interaktionsprozesse und Wechselwirkungen zwischen Therapeut und Patient reflektiert [2]. In der Folge wird das Paradigma der therapeutischen Abstinenz der Analytiker in Frage gestellt und eine Neudefinition der therapeutischen Beziehung gefordert. Diese Erkenntnisse und Entwicklungen können auch für die Osteopathie von Relevanz sein und würden damit zu Schwerpunktverschiebungen in der Beziehung zwischen Osteopath und Patient führen. Unsere vierte These postuliert dementsprechend, dass ein vielleicht stillschweigend hingenommenes „Dogma der Abstinenz“ und eine damit verlangte Neutralität des Osteopathen gegenüber seinem Patienten kritisch hinterfragt

werden sollte. Dies scheint vor allem vor dem Hintergrund jenes holistischen Paradigmas relevant zu sein, das den ganzen Menschen ins Zentrum der osteopathischen Intervention gestellt sehen will. Auch Übertragungsphänomene, die in einer osteopathischen Behandlung ja primär auf körperlicher Ebene ablaufen bzw. durch diese Ebene vermittelt werden, sollten vor diesem Hintergrund betrachtet werden.

## Methodologie

Wie die Literaturrecherche ergab, haben sich einzelne Autoren mit den für die osteopathische Intervention relevanten intersubjektiven Wechselwirkungen auseinandergesetzt [10, 16, 18, 35, 36]. Das Thema hat jedoch unserem Erachten nach noch keinen breiten Niederschlag in der osteopathischen Literatur bzw. an den Schnittstellen zwischen theoretischer Auseinandersetzung und praktischer Umsetzung gefunden. In einer qualitativen Studie wurde nun der Frage nachgegangen, wie Osteopathen die Beziehung zu ihren Patienten konkret gestalten und wie sehr sich Erkenntnisse aus den genannten angrenzenden Wissenschaftsbereichen darin widerspiegeln. Es wurden problemzentrierte, leitfadensorientierte Interviews [7, 9, 14, 19] mit fünf erfahrenen Osteopathen geführt (2 weiblich, 3 männlich). Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und einzeln analysiert [7, 11, 18, 23, 32]. Die in diesem Prozess erfassten Kategorien sind folgende:

1. Selbstverständnis der Osteopathen
2. Beziehungsgestaltung
3. Interaktion und Konfliktmanagement
4. Abgrenzung

## Ergebnisse

Was das professionsbezogene **Selbstverständnis** der Interviewpartner betrifft, sind in dieser Untersuchung deutliche Unterschiede zu erkennen. Jene Interviewten, die sich als Begleiter ihrer Patienten verstehen, leiten daraus auch eine gewisse Verantwortung ab, wohingegen jene, die sich primär als Vermittler zwischen den Patienten und deren gesunden Anteilen verstehen, wenig Verantwortung wahrnehmen, da sich ihr Handlungsziel primär an die Selbstheilungskräfte der

Patienten richtet. In einem Interview kam das wie folgt zum Ausdruck: „*wenn diese Selbstheilungskräfte funktionieren, wenn das anspringt, dann ist das ja auch etwas, wo ich mich dann nicht mehr wirklich verantwortlich fühle [...] wenn er es nicht macht, dann kann ich auch nichts machen*“ [24]. Nur ein Interviewpartner thematisierte in diesem Zusammenhang das Machtverhältnis, in dem Osteopathen ihren Patienten gegenüberstehen.

**In der Beziehungsgestaltung** wird von allen Interviewpartnern eine private von einer professionell-therapeutischen Beziehung unterschieden, wobei letztere primär auf der „Ebene der Gewebe“ oder im „atmosphärischen Bereich“ beschrieben wird. Dies wird in einem Interview so dargestellt: „*ein Gefühl umgebender Ruhe, es ist fast wie so eine Glocke und wenn dieser Punkt erreicht ist, dann ist so ein eigenartiges, Jetzt-ist-es-richtig-Gefühl, dann kannst du machen was du willst, und die Therapie haut hin.*“ [25]. Hier wird wieder ein Zusammenhang zum professionsbezogenen Selbstverständnis deutlich. Während Interviewte, die sich als Begleiter der Patienten verstehen, der menschlichen Beziehung einen wichtigeren Stellenwert einräumen, messen Osteopathen, die sich als Vermittler verstehen, der zwischenmenschlichen Interaktion weniger Bedeutung bei. Dementsprechend wird auch der verbalen Kommunikation in der osteopathischen Behandlung mehr oder weniger Raum gegeben. Verschiedene Interviewpartner haben sich dazu wie folgt geäußert: „*also wenn der Patient jetzt gern zu mir kommt, ja, dann bedeutet das noch nicht, dass ich mit dem in Beziehung bin, was ich behandeln will*“ [26]; „*da versuch ich dann einfach Beispiele zu bringen, die der Patient verstehen kann, aber die ihn eigentlich dazu bringen sollen, eben das Denken eigentlich während der Behandlung einzustellen.*“ [27]; „*ich könnte nicht, wie es manche Osteopathen tun, nur auf dieser rein sensorischen Ebene arbeiten. Das wäre mir zu wenig [...] also für mich hat Vertrauen auch damit zu tun, dass man mit Patienten spricht.*“ [28]. Alle Interviewpartner erwarten von ihren Patienten eine gewisse Therapiebereitschaft, die meist als ein „Sich-einlassen-Können“ auf die Behandlung definiert wird. Alle stellen dabei die Option des Behandlungsabbruchs bei mangelnder Therapiebereitschaft zur Disposition.

**In der Interaktion und im Konfliktmanagement** wird von Seiten der interviewten Osteopathen wenig Handlungsspielraum bei schwierigen zwischenmenschlichen Interaktionen in der osteopathischen Behandlung wahrgenommen. Dass Phänomene wie Übertragung und Gegenübertragung in diesem Kontext eine Rolle spielen könnten, wird von einzelnen Gesprächspartnern zwar theoretisch reflektiert, spiegelt sich aber kaum im erzählten konkreten Handeln gegenüber ihren Patienten wider. Was prinzipielle Wechselwirkungen im therapeutischen Prozess betrifft, so werden diese entweder von den Interviewpartnern gar nicht wahrgenommen oder sie werden nicht von einer intuitiv gefühlten Ebene auf eine mit den Patienten kommunizierbare Ebene gebracht. Dies wird in einem Fall so beschrieben: „*Und deshalb hab' ich das Gefühl, wenn ich zur Mitte des Patienten komm', dann komm' ich gleichzeitig auch zu meiner Mitte [...] und wenn ich das Gefühl hab', der Patient löst auf dieser Ebene ein Problem, dann ist das was ganz, ganz Tiefes, was sehr Intimes, wo man dann auch gar nicht so viel nachfragen kann, oder soll, unter Umständen, das heißt, ja, wenn er will, dann kann er's mir selbst sagen, ja. Das meiste kann er eigentlich eh nicht beschreiben.*“ [29]. Diese „Verbalisierungskluft“ wird bei allen Interviewten deutlich und wird von einzelnen wie in folgendem Beispiel auch als Defizit wahrgenommen: „*Aber ich spreche es [das schwer zu Verbalisierende] an, aber das ist etwas, was ich noch viel üben muss.*“ [30].

Die **Abgrenzung** gegenüber den Patienten ist für alle Interviewpartner ein wichtiges Thema. Als Abgrenzungsstrategien gegenüber den Patienten werden das Zurückgehen auf die eigene Körperwahrnehmung, das Verbalisieren, aber auch wieder der Therapieabbruch genannt. Das Bedürfnis und die Notwendigkeit der Abgrenzung von Seiten der Patienten werden hingegen von den Interviewpartnern kaum angesprochen. Nur ein Interviewpartner spricht spontan von den Grenzen der Patienten. Dieser beschreibt auch den Einsatz bestimmter osteopathischer Behandlungstechniken (z.B.: GOT) im Zusammenhang mit der Verbesserung der Körperwahrnehmung und Abgrenzungsfähigkeit der Patienten. Es mag an dieser Stelle erwähnenswert sein, dass die Abgrenzungsstrategie des bewussten

Zurückgehens auf die eigene Körperwahrnehmung den Patienten schon durch die von ihnen erwartete Therapiebereitschaft (das „Loslassen“ von kognitiven Strategien) untergraben wird.

## Diskussion

In dieser Studie wurden fünf Osteopathen, die alle Absolventen der gleichen Osteopathieausbildung sind, zum Thema Beziehungsgestaltung in der osteopathischen Behandlung interviewt. Die geringe Anzahl der Interviewpartner ist bei einer qualitativen Studie insofern zulässig, als es nicht um ein Verifizieren oder Falsifizieren einer Hypothese geht, sondern um das Herausarbeiten der den einzelnen Interviews innewohnenden Zusammenhänge, um das Zur-Sprache-Bringen der Perspektiven und Sichtweisen der einzelnen Interviewpartner und das Zueinander-in-Beziehung-Setzen der zentralen Aspekte der verschiedenen Interviews [8]. Jedoch könnten die Ergebnisse dieser Untersuchung als Grundlage quantitativer Forschung in größerem Umfang dienen.

In der Studie wird deutlich, dass Erkenntnisse aus Tiefenpsychologie, Entwicklungspsychologie und Psychotherapie für die Befragten nur eine marginale Rolle im Rahmen der Beziehungsgestaltung der osteopathischen Intervention spielen. Einzelne Autoren, die sich im osteopathischen Bereich mit der Patient-Therapeut-Beziehung beschäftigen, betrachten diese eher vor einem religiös/spirituellen Hintergrund [9, 6, 11], als im Kontext wissenschaftlich diskursfähiger Modelle, wie sie aus dem tiefenpsychologischen oder entwicklungspsychologischen Bereich bekannt sind [12, 15, 16]. Unsere Untersuchung zeigt diesbezüglich, dass jene Osteopathen, deren spirituell/religiöse Grundhaltung mit einem in der Vermittler-Rolle (mit den gesunden Anteilen der Patienten) aufgehenden Selbstverständnis gekoppelt ist, nur eine marginale Bereitschaft zeigen, aktive Verantwortung gegenüber den Patienten zu übernehmen. Bei Osteopathen hingegen, die sich als Begleiter verstehen, ist diese Bereitschaft deutlich ausgeprägter. Unter Berücksichtigung der Bindungstheorie und der sich aus dem osteopathischen Setting ergebenden Regressionstendenz, betrachten wir es als problematisch, dass

das Thema der diesbezüglichen Verantwortlichkeit im professionellen Selbstverständnis der interviewten Osteopathen noch kaum reflektiert und verankert ist, ja, dass dieses in gewissen Fällen sogar konkret zurückgewiesen wird. Die sich daraus ergebende ethische Frage von Macht und Verantwortlichkeit wird auch nur von einem Interviewpartner reflektiert. Auch bezüglich des Umgangs mit Interaktionsproblemen wird in der Studie deutlich, dass solche Situationen eher vor einem spirituellen als vor einem wissenschaftlichen Hintergrund reflektiert werden.

In der modernen Psychotherapieforschung wird die Abstinenz der Therapeuten kritisch hinterfragt [2]. Wie diese Studie zeigt, hat sich diese Erkenntnis in der Praxis der befragten Osteopathen noch nicht durchgesetzt. Vielmehr wird am Ideal der Neutralität festgehalten, was wiederum mit dem Selbstverständnis der Vermittlerrolle korreliert und die aktive Verantwortung gegenüber den Patienten relativiert. Dass die Interviewten bei Interaktionsproblemen vorwiegend den Therapieabbruch als Option erwägen, kann dahingehend als mangelnde Kompetenz im Rahmen der Bewältigung von Interaktionsproblemen verstanden werden. Wir vermuten, dass was das theoretisch fundierte Reflexionsniveau hinsichtlich der therapeutischen Beziehung betrifft, in der osteopathischen Ausbildung und Praxis großer Handlungsbedarf besteht.

Bezüglich des Themas Abgrenzung zeigt die Studie, dass von den Interviewpartnern den eigenen Grenzen viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als den Grenzen der Patienten. Von einzelnen Interviewpartnern wird das Verschmelzen der Grenzen zwischen Patient und Osteopath vor einem spirituellen Hintergrund betrachtet. Die Erkenntnisse aus Entwicklungspsychologie und Körperschemaforschung fordern hingegen einen differenzierteren Umgang mit Körpergrenzen und Abgrenzungsstrategien von Seite der Patienten. Diesbezüglich besteht bei den interviewten Osteopathen wenig Wissen und Bewusstsein.

## Schlussfolgerung

Die Studie zeigt, dass Interaktionsprozesse in der osteopathischen Behandlung von den interviewten Osteopathen eher vor einem religiös/spirituellen als vor einem wissenschaftlichen Hintergrund beleuchtet werden. Wie in der Auswertung der Interviews deutlich wird, wirft diese Haltung moralisch-ethische Fragen von Macht und Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten auf, die unserer Meinung nach in der osteopathischen Gemeinschaft bisher noch nicht genug Beachtung gefunden haben. Einzelne osteopathische Autoren [16, 36] stellen bereits eine Verbindung zu angrenzenden Wissenschaftsbereichen her. Die Auseinandersetzung mit Tiefenpsychologie, Entwicklungspsychologie und Psychotherapie, wie sie hier angedacht wurde, ermöglicht die Betrachtung der Patient-Therapeut-Beziehung in der Osteopathie in einem neuen Kontext und würde auch im osteopathischen Diskurs eine differenziertere Auseinandersetzung mit den spezifischen Interaktionsprozessen erfordern. Im konkreten therapeutischen Handeln der interviewten Osteopathen spiegeln sich diese Erkenntnisse nur marginal wider. Diesbezüglich könnte in der osteopathischen Aus-, und Fortbildung deutlicher Handlungsbedarf bestehen. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, das Selbst- und Menschenbild von Osteopathen kritisch zu hinterfragen und eher in einem wissenschaftlichen, als in einem spirituell/religiösen Kontext zu verorten. Um genauere Aussagen über den tatsächlichen diesbezüglichen Stand der Dinge treffen zu können, wären weitere Untersuchungen in größerem Umfang notwendig.



- [1] Balint M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.
- [2] Bettighofer S: Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer; 2004.
- [3] Bion WR: Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 1962.
- [4] Du Bois R: Körpererleben und psychische Entwicklung. Verlag für Psychologie. Göttingen: Hogrefe; 1990.
- [5] Bowlby J: Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. München: E. Reinhardt; 2001.
- [6] Comeaux ■: 2006.
- [7] Flick U: Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Hamburg: Rowohlt; 2000.
- [8] ebenda: 53
- [9] Froschauer U; Lueger M: Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas; 2003.

- [10] Frymann V: The physician`s responsibility to man. Indianapolis: AAO Yearbook; 1968.
- [11] Hain P: Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2001.
- [12] Harcourt T: Osteopathy and the Unconscious. Maidstone: Dissertation, ESO; 1989.
- [13] Jealous J: Einleitung in die Biodynamik der Osteopathie im kranialen Bereich. Osteopathische Medizin. 2006; 7(3): 4–8.
- [14] Lamnek S: Qualitative Sozialforschung. Basel/Weinheim: Beltz Verlag; 1995.
- [15] Latey P: Feelings, muscles and movement. Bodywork and Movement Therapies. 1996; 1(1): 44–52.
- [16] Latey P: The balance of practice: Preparing for long-term work. Bodywork and Movement Therapies. 1997; 1(4): 223–230.
- [17] Latey P: Complexity and the changing individual. Bodywork and Movement Therapies. 1997; 1(5):270–279.
- [18] Liem T: Kraniosacrale Osteopathie. Stuttgart: Hippokrates; 2001.
- [19] Lueger ? : 2003.
- [20] Mayring P: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1999.
- [21] Novy R: Physiotherapie als körpertherapeutischer Ansatz bei Anorexia nervosa. Vortrag bei der österreichischen Nervenärztetagung. Bad Ischl, 1994.
- [22] Novy R: Haltung als Ansatz für psychomotorisches Arbeiten im Bereich der Jugendpsychiatrie. Vortrag beim österreichischen Physiotherapeutikongress. Baden, 1996.
- [23] Novy R: Therapist-Patient-Relationship in Osteopathy. Krems: unveröffentlichte Master Thesis (MSc Osteopathie), Donauuniversität Krems; 2007.
- [24] Ebenda: 15.
- [25] Ebenda: 4.
- [26] Ebenda: 1.
- [27] Ebenda: 11.
- [28] Ebenda: 7.
- [29] Ebenda: 3.
- [30] Ebenda: 8.
- [31] Dies widerspricht jenen im Rahmen aktueller medizinethischer Debatten erhobenen Forderungen nach Selbstbestimmung des Patienten. Hier steht nämlich das im Sinne der Patientenautonomie gegebene Recht des Patienten auf Therapieabbruch zumindest gleichberechtigt neben dem ärztlichen (therapeutischen) Fürsorgeethos, d. h. der Verpflichtung, das für den Patienten Beste zu tun. Vgl.: Pöltner G: Grundkurs Medizin-Ethik. Wien: Facultas; 2002.
- [32] Rosenthal ■: 1995.
- [33] Scharfetter C, Benedetti G: Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. Schw. Arch Neurol. Psc. Neurochirur. Psychiatr. 1978; 123: 239–255.
- [34] Shaw C: Aspects of the Patient-Practitioner Relationship. Maidstone: Dissertation ESO; 1987.
- [35] Sommerfeld P: Inter and intraexamer reliability in palpation of the Primary Respiratory Mechanism as well as possible correlations with examiner`s and subject`s respiratory rates: Discussion of the fundamental problems and experimental research. Wien: unveröffentlichte Diplomarbeit (DO). Wiener Schule für Osteopathie; 2002.
- [36] Sommerfeld P: Berührung - Wahrnehmen des Nahen im Fernen. Osteopathische Medizin.2006; 7(4): 25–29.
- [30] Strotzka, H.: Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Wien-New York: Springer; 1984.
- [31] Wieland, W: Strukturtypen ärztlichen Handelns. In: H-M. Sass (Hg.). Medizin und Ethik. Stuttgart: Reclam; 1989: 76f.
- [32] Winnicott, DW: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/M: Fischer; 1984.

## Leitfaden

Folgender Leitfaden galt dabei als Orientierung:

1. Mich interessiert für meine Masterthese die Arbeitsweise von Osteopathen besonders in Hinblick auf die Gestaltung der Beziehung mit den Patienten. Kannst Du mir von Deinen Erfahrungen/Erlebnissen bezüglich der Interaktion zwischen dir und den Patienten in der osteopathischen Behandlung erzählen?
2. Du kennst vielleicht das Gefühl, dass zwischen dir und dem Patienten eine gute Beziehung entstanden ist. Kannst Du das anhand eines Beispiels erläutern?
3. Es gibt ja wahrscheinlich auch Fälle, wo in der Beziehung zwischen dir und dem Patienten etwas nicht gut läuft? Kannst Du das anhand eines Beispiels beschreiben?
4. Bei Therapien über einen längeren Zeitraum hinweg ist es sicher schon vorgekommen, dass sich die Beziehung zu den Patienten verändert hat – entweder verbessert oder verschlechtert. Fällt dir dazu ein Beispiel ein? Wie ist das abgelaufen? Wie hast Du das erlebt?
5. Ich nehme an, es gibt auch Patienten, wo du merkst, dass du mit ihnen nicht zurechtkommst. Hast Du ein solches Beispiel vor Augen? Wie ist das abgelaufen?
6. Hast du schon diesbezügliche Grenzüberschreitungen in der Therapie erlebt? Fällt Dir dazu ein konkretes Erlebnis ein?
7. Ich gehe davon aus, dass du schon erlebt hast, dass Patienten auf dich sehr schwierig in ihrem Kontaktverhalten gewirkt haben? Kannst Du Dich da an ein Beispiel erinnern?
8. Kannst du mir erzählen, wie dein persönlicher beruflicher Werdegang ausgesehen hat, was dich motiviert hat, Osteopath zu werden?
9. Wie hast Du dir die Fertigkeiten im Umgang mit den Patienten angeeignet?
10. Wie würdest Du Dich als Osteopath definieren? Wie verstehst Du Deine Verantwortung gegenüber Deinen Patienten?