

Leseprobe aus: Brakemeier, Normann, Praxisbuch CBASP, ISBN 978-3-621-27923-9

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27923-9>

4 CBASP im ambulanten Setting

4.1 Fallbeispiel

Herr Stubenrausch ist ein 43-jähriger Mann, der sich auf Anraten seines behandelnden Psychiaters in die ambulante CBASP-Psychotherapie begeben hat. Im Folgenden wird zunächst seine Anamnese kurz vorgestellt, um anschließend den Ablauf einer ambulanten CBASP-Therapie daran exemplarisch zu veranschaulichen, wobei die wichtigsten Therapieausschnitte im Video 1 festgehalten wurden. Wir empfehlen, sich während der Lektüre dieses Kapitels die angegebenen Videoclips an entsprechender Stelle anzuschauen.



Diagnose

Herr Stubenrausch erfüllt bei Behandlungsbeginn die Kriterien einer schweren depressiven Episode bei rezidivierender Störung (nach ICD 10: F33.2) bzw. die Kriterien einer »Double Depression« (nach DSM-IV; vgl. Abschn. 1.1). Abbildung 4.1 gibt die Lifechart wieder, die er gemeinsam mit seiner Therapeutin in der ersten CBASP-Stunde erstellt hat.

Deutlich wird, dass Herr Stubenrausch eine chronische Depression mit Frühbeginn (vgl. Abschn. 1.2) hat, da die Dysthymie bereits im Alter von zehn Jahren begann.

Auslöser. Ursache für die erste schwere depressive Episode war der Tod des Vaters. Herr Stubenrausch berichtet, dass er sich in Folge nie wieder »normal«, fröhlich, glücklich oder leicht gefühlt habe. Er sei seitdem ein melancholischer, introvertierter und zweifelnder Mensch. Als er 30 Jahre alt war, suizidierte sich sein Bruder, was Auslöser für die zweite schwere depressive Episode war. Drei Monate nach dem Suizid vollzog auch Herr Stubenrausch einen Suizidversuch durch Sprung von einer Brücke, den er jedoch

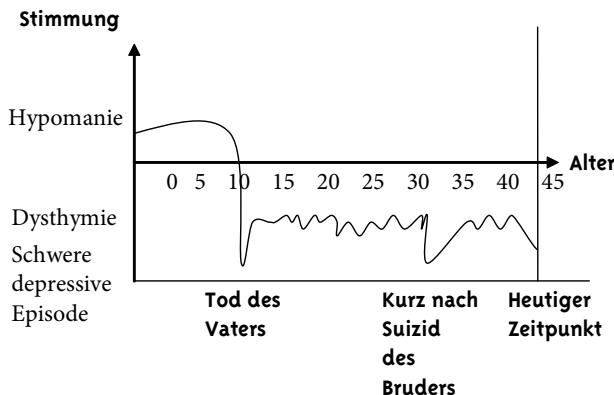


Abbildung 4.1 Lifechart von Herrn Stubenrausch

überlebte. Die Zeit um die Heirat seiner jetzigen Frau im Alter von 36 Jahren stellte den bisherigen Höhepunkt in seinem Leben dar, jedoch fühlte er sich auch während dieser Monate immer wieder melancholisch und niedergeschlagen. Sechs Monate vor Beginn der ambulanten Therapie sei er erneut tiefer abgerutscht, wofür er vor allem Stress und Überforderung durch seine Arbeit und das Gefühl, trotz der Partnerschaft einsam zu sein, verantwortlich machte (vgl. Abb. 4.1).

Seine Auskünfte über seine Kindheit sowie der CTQ (vgl. Abschn. 1.2) weisen deutlich darauf hin, dass er frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen erlebt hat. Dabei erzielt er im CTQ sehr hohe Werte in den Bereichen »emotionale Vernachlässigung« und »emotionaler Missbrauch« sowie einen hohen Wert im Bereich »körperliche Vernachlässigung«. In Abbildung 4.2 sind seine durchschnittlichen Werte der fünf CTQ-Bereiche wiedergegeben.

Therapieresistenz. Die Depression von Herrn Stubenrausch lässt sich als therapieresistent bezeichnen, da weit mehr als zwei Behandlungsversuche mit Antidepressiva in ausreichender Dosis und Dauer (Definition der medikamentösen Therapieresistenz, vgl. Abschn. 1.3) erfolglos unternommen wurden: Er hat über zehn verschiedene Antidepressiva in seinem Leben ohne durchschlagende Besserungen eingenommen. Zudem hat er auch an mindestens zwei Psychotherapien – in adäquater Länge und von approbierten Psychotherapeuten durchgeführt – ohne langfristige Erfolge teilgenommen (Definition der psychotherapeutischen Therapieresistenz, vgl. Abschn. 1.3). Genauer gesagt hat er eine Psychoanalyse über 300 Stunden und zwei Verhaltenstherapien (45 bzw. 80 Stunden) absolviert. Zusätzlich war er bereits viermal in stationärer Depressionsbehandlung.

Depressionsskalen. Bei Behandlungsbeginn hatte Herr Stubenrausch hohe Werte in der Fremdbeurteilung: Auf der Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD-24;

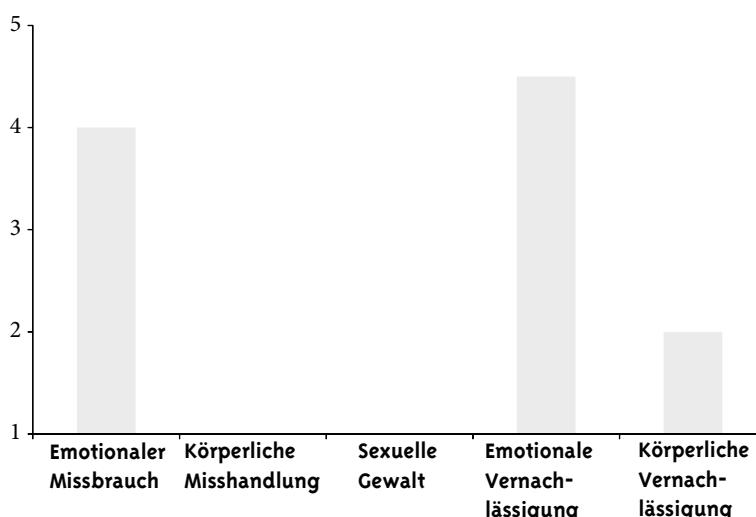


Abbildung 4.2 Durchschnittliche CTQ Werte von Herrn Stubenrausch

Hamilton, 1967) wurde er mit 25, auf der Montgomery and Asperg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery et al., 1979) mit 27 Punkten geratet. Die Selbstbeurteilung ergab ebenfalls hohe Werte: Im Beck-Depressions-Inventar (BDI II; Hautzinger et al., 2007) erzielte er 29, in der Selbstbeurteilungsskala depressiver Symptome (Inventory of Depressive Symptomatology, IDS; Rush et al., 1986) 31 Punkte. Die Werte untermauern die Diagnose einer derzeitig schweren depressiven Episode. Laut SKID-II erfüllte er zudem die Kriterien einer selbstunsicheren und depressiven Persönlichkeitsstörung. Zudem zeigte er eine zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung. **Familienanamnese.** Bezuglich der Familienanamnese lässt sich angeben, dass seine Mutter vermutlich selbst immer wieder depressive Episoden hatte und sein Bruder unter schweren Depressionen litt, die zum Suizid führten. Bei seiner jüngsten Schwester wurde ebenfalls eine Depression diagnostiziert. Ein Onkel mütterlicherseits hat eine bipolare Störung. Auch beim Großvater mütterlicherseits wurde eine Depression vermutet.

Kurze Darstellung der Biographie

Familie. Herr Stubenrausch wurde als zweites von vier Kindern (drei Jahre älterer Bruder, eineinhalb und vier Jahre jüngere Schwestern) von einem berufstätigen Architekten und einer Hausfrau geboren. Als einschneidendes Erlebnis seiner Kindheit beschreibt er den plötzlichen Tod seines Vaters durch Herzinfarkt im Alter von zehn Jahren. Er habe Grundschule und Gymnasium als mittelmäßiger Schüler absolviert und das Abitur mit der Note 2,8 bestanden. Danach habe er versucht, wie der Vater Architektur zu studieren, sei aber zunächst gescheitert, da er sich selbst zu viel Stress und Druck gemacht habe. Daraufhin habe er eine Schreinerlehre absolviert und in verschiedenen Schreinereien gearbeitet. Im Alter von 35 Jahren habe er sich durch Unterstützung seiner Frau entschließen können, das Architekturstudium wieder aufzugeben und infolge auch den Abschluss geschafft. Heute arbeite er als Angestellter in einem Architekturbüro.

Partnerschaft. Nach zwei kürzeren Beziehungen mit 23 und 27 Jahren, habe er im Alter von 34 Jahren seine jetzige, fünf Jahre jüngere Frau kennengelernt, die inzwischen als erfolgreiche promovierte Physikerin in einem Institut arbeite. Sie stehe kurz vor der Habilitation und verfolge eine universitäre Karriere. Kinder hat das Paar nicht, wobei beide derzeit nicht über die Frage der Familienplanung sprechen würden.

Weitere Informationen über Herrn Stubenrausch sind in den nachfolgenden Abschnitten eingearbeitet. Zudem sind Ausschnitte der CBASP-Einzeltherapie mit Herrn Stubenrausch und seiner Therapeutin auf Video aufgenommen worden.



4.2 Ambulante CBASP-Einzeltherapie

Wie in Abschnitt 1.3 beschrieben ist CBASP die erste Psychotherapie, welche spezifisch zur Behandlung der chronischen Depression entwickelt und evaluiert wurde. Die Idee hierzu kam McCullough durch die Erfahrung, dass er mit bisherigen »traditio-

nellen« Psychotherapiestrategien seinen zwischenmenschlich isolierten, chronisch depressiven Patienten nicht wirklich helfen konnte. Er stellte daraufhin Hypothesen zur Psychopathologie auf (vgl. Abschn. 1.3), die besagen, dass bei chronisch Depressiven durch vielfältige traumatische Lebenserfahrungen die Entwicklung vom präoperationalen zum operationalen Denken blockiert sei und dies im interpersonellen Bereich die größten Auswirkungen zeigen würde. Daher ist seine neue Therapie entsprechend dieser Prämissen auf soziales und interpersonelles Lernen fokussiert, sodass die therapeutische Beziehung als Quelle für neue, positive und heilsame Beziehungserfahrungen zu einem der wichtigsten therapeutischen Elementen wird.

Folgende Ziele werden im therapeutischen Prozess angestrebt (McCullough, 2000; vgl. Brakemeier et al., 2012):

- (1) Patienten sollen erkennen, dass ihr Verhalten – entgegen ihrer Erwartungen bzw. früheren Lernerfahrungen – Konsequenzen hat (»wahrgenommene Funktionalität«), wodurch sie aus der erlernten chronischen Hilf- und Hoffnungslosigkeit herauskommen. Im Englischen heißt es so passend: »What you do matters!«
- (2) Patienten sollen lernen, ihren sogenannten Stimuluscharakter, den sie auf andere haben, sowie den Stimuluscharakter, den andere auf sie haben, im Kiesler Kreis einzuschätzen und gezielt einsetzen zu können (vgl. Abschn. 4.2.3). Durch das Hineinsetzen in andere sollen sie authentische Empathie (wieder) erwerben.
- (3) Patienten sollen soziale Problemlösefähigkeiten und positive Bewältigungsstrategien erlernen und in Situationen anwenden können, in denen diese gefordert sind, um ihre individuellen Ziele zu erreichen.
- (4) Es sollte zu einem interpersonellen Heilungsprozess bzgl. früherer Traumata kommen.

Bei der Erarbeitung dieser Ziele hat sich McCullough auf verschiedene Forscher und ihre Theorien berufen und somit verschiedene psychologische Ansätze in seine CBASP-Strategien integriert. In Tabelle 4.1 sind diese Wissenschaftler einschließlich der relevanten Theorien zusammenfassend dargestellt (für weitere Ausführungen s. McCullough, 2000; McCullough, 2012; Schoepf et al., 2007).

CBASP liegt ein ›Person × Umwelt-‹ Modell zugrunde. McCullough versteht CBASP in erster Linie als Lerntherapie, in der es um das Erlernen neuer Verhaltens- und Denkstrategien, darüber hinaus jedoch auch um das transparente Erlernen bzw. Erleben neuer korrigierender Beziehungserfahrungen zur Heilung der traumatisierenden Beziehungserfahrungen aus der Kindheit geht.

Aus den genannten verschiedenen Theorien hat McCullough folgende spezifische CBASP-Therapiestrategien entwickelt:

- Kindheits- und Lebenserfahrungen werden durch die Liste prägender Bezugspersonen (LpB) in einen Zusammenhang zu den heutigen interpersonellen Problemen, u. a. auch denen mit Therapeuten gestellt. Daher werden Übertragungshypothesen (ÜH) bereits in der ersten Phase der Therapie proaktiv und für den Patienten transparent eingeführt.
- Als innovative Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung lässt sich das disziplinierte persönliche Einlassen (DPE) bezeichnen, welches durch das Preisgeben

Tabelle 4.1 Wissenschaftler und deren Theorien, auf denen CBASP basiert (Je Wissenschaftler ist eine Hauptpublikation angeführt, s. Literaturverzeichnis, alphabetisch sortiert)

Wissenschaftler	Theorie
H. S. Akiskal (1995)	Biopsychosoziales Modell der Depression
A. Bandura (1986)	Revidierte Theorie des sozialen Modell- und Beobachtungslernens
M. E. Bouton (2007)	»Synthetischer Ansatz« zum instrumentellen Verhalten
S. Freud (1960)	Psychoanalyse, Übertragung
D. J. Kiesler (1996)	Interpersonelle Psychotherapie einschl. »therapeutische Metakommunikation« und Kiesler Kreis
O. H. Mowrer (1947)	Zwei-Prozess-Theorie der Generalisierung und Hemmung von Angst
I. Pavlow (1941)	Klassische Konditionierung
C. Peterson & M. E. P. Seligman (1984)	Revidierte Theorie der gelernten Hilflosigkeit mit Betonung der Rolle des Attributionsstils
J. Piaget (1981)	Theorie der kognitiv-emotionalen Entwicklung (insb. präoperatives Stadium) Technik der »nicht übereinstimmenden Übung«
B. F. Skinner (1953)	Operante Konditionierung, Kontingenzlernen, v. a. negative Verstärkung
D. W. Winnicott (1949)	Konzept der objektiven Gegenübertragung (1949)

eigener Gefühle und Reaktionen eine auf die Bedürfnisse chronisch Depressiver adaptierte Rolle des Therapeuten und eine »menschliche« therapeutische Beziehung ermöglicht.

- ▶ In Verbindung damit stehen Interpersonelle Diskriminationsübungen (IDÜ), durch welche den Patienten transparent gemacht wird, dass die Therapeuten anders – häufig entgegengesetzt – als die missbrauchenden, vernachlässigenden, negativ prägenden Bezugspersonen aus ihrem bisherigen Leben reagieren, woraus heilsame Beziehungserfahrungen resultieren können.
- ▶ Als zentrale Elemente gelten außerdem die Situationsanalyse (SA) mit Verhaltentrainings durch Rollenspiele, kognitive Umstrukturierung und Transferübungen.
- ▶ Zudem fließen interpersonelle Strategien durch die Nutzung des Kiesler Kreises (KK) u. a. zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung ein.

In Abbildung 4.3 sind die CBASP-Strategien und ihre Verbindungen schematisch dargestellt (vgl. auch Brakemeier et al., 2012; McCullough, 2000; Schramm et al., 2006).

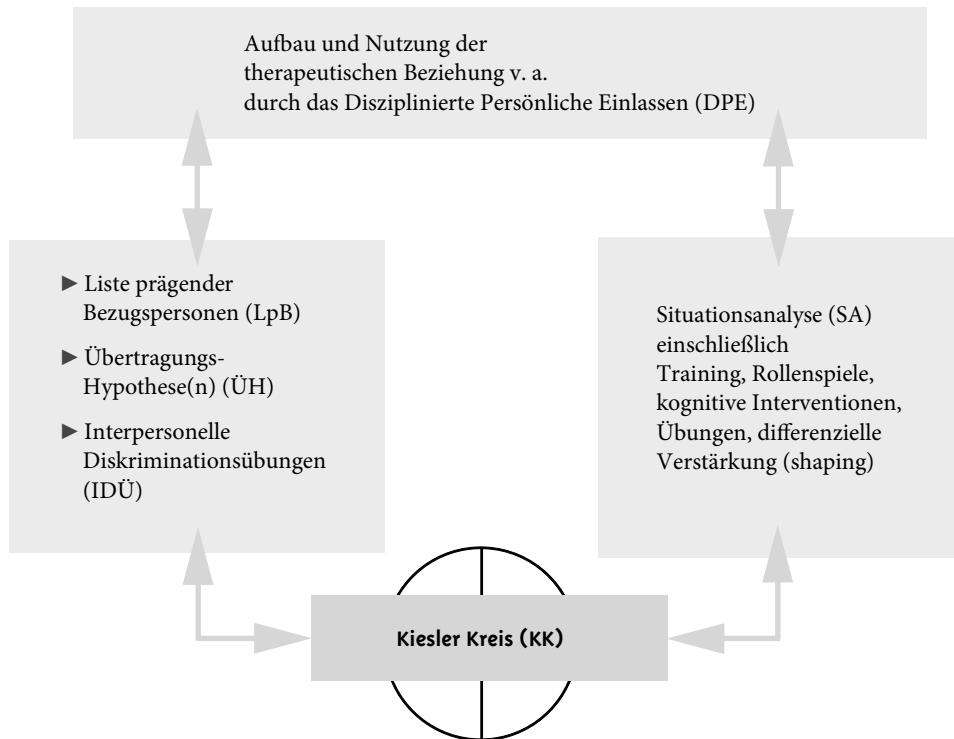


Abbildung 4.3 Elemente der Psychotherapie CBASP der chronischen Depression

4.2.1 Typischer Behandlungsaufbau und -ablauf

Bei den ersten Kontakten wird eine ausführliche Anamnese des Patienten mit dem Ziel erhoben, die chronische Depression möglichst genau zu definieren. Hierbei sollten die Entstehung (Frühbeginn vs. Spätbeginn; Kriterium: Beginn vor oder nach dem 21. Lebensjahr), der Verlauf und der Schweregrad diagnostiziert werden, um zwischen den Formen der chronischen Depression unterscheiden zu können (s. Abschn. 1.1 und 1.2). Zudem wird der Patient in die CBASP-Therapie eingeführt, wobei er insbesondere auf die neue Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung – das DPE – vorbereitet wird. Eine Einführung in DPE kann wie folgt aussehen:

»Sie werden in unseren Sitzungen wahrscheinlich bemerken, dass ich mich anders verhalte als bisherige Therapeuten, oder als Sie es vielleicht von einer Therapeutin erwarten würden. So werde ich Ihnen häufig mitteilen, was Sie in mir auslösen, welche Gefühle bei mir entstehen und was ich über Sie denke. Zudem werde ich auch – wenn es Sie interessiert und es in unseren therapeutischen Prozess passt – über mich persönlich berichten. Ich werde mich hier also als Mensch zeigen, indem ich von mir etwas preisgebe, und nicht als ein distanzierter Therapeut, der über sich selbst nie etwas berichtet. Dabei werde ich mich sehr bemühen, immer ehrlich und authentisch zu sein. Ich hoffe, dass Sie sich dadurch auch leichter öffnen und sich mir anvertrauen können.«



Das erste Videoclip 1.1 zeigt, wie die Therapeutin Herrn Stubenrausch in die CBASP-Therapie einführt und Herr Stubenrausch darauf reagiert.

Einführung in CBASP mit Vorbereitung auf das DPE

Die Therapeutin führt Herrn Stubenrausch in die Psychotherapie CBASP ein und bereitet ihn auf die besondere Gestaltung der therapeutischen Beziehung vor. Da Herr Stubenrausch schon viele Psychotherapien zuvor durchgeführt hat, zeigt er sich überrascht, dass seine Therapeutin etwas von sich erzählen wird (Video 1.1, 2:42–3:30). Zudem bringt er seine Skepsis und sein Misstrauen zum Ausdruck: »Na ja gut, dann machen Sie mal, bin ich mal gespannt. Das haben schon ganz andere probiert, aber vielleicht kriegen Sie es ja hin ...«

Zugewandt bleiben. Skepsis, Misstrauen bis hin zu Feindseligkeit sind zu Behandlungsbeginn häufige Gefühle, welche die Patienten dem Therapeuten entgegenbringen. Vor dem Hintergrund der traumatisierenden Beziehungserfahrungen, welche die Patienten häufig erlebt haben, sind sie nachvollziehbar. Daher sollte der Therapeut an dieser Stelle warm, offen und zugewandt bleiben und diese Gefühle zunächst hinnehmen oder validieren.

Weiteres Vorgehen. Ab der zweiten Sitzung kann bereits unter Nutzung der Liste prägender Bezugspersonen mit der Erarbeitung von kausal-theoretischen Schlussfolgerungen (Prägungen) begonnen werden, woran sich die Formulierung von Übertragungshypothesen anschließt. Dieser Prozess erstreckt sich meist über ein bis vier Sitzungen (je nach Schweregrad der Depression, Ausprägung des präoperationalen Denkens und Anzahl der Bezugspersonen). Der Kiesler Kreis (KK) und die Situationsanalyse (SA) werden anschließend eingeführt. Die Situationsanalyse wird danach in nahezu jeder Sitzung anhand neuer problematischer sozialer Situationen mit dem Ziel erarbeitet, dass Patienten mit der Zeit diese Übung zunehmend eigenständig durchführen können. Meist wird die Situationsanalyse mit der Arbeit im Kiesler Kreis verknüpft. Zudem sollten immer Verhaltensübungen (Rollenspiele) und kognitive Umstrukturierungen (Training hilfreicher, konstruktiver Kognitionen) bei der Lösungsphase der Situationsanalyse genutzt werden. Schließlich wird in geeigneten Situationen das Disziplinierte Persönliche Einlassen – möglichst immer mit anschließender Interpersoneller Diskriminationsübung – eingesetzt, wobei die IDÜ auch im Anschluss an eine Situationsanalyse genutzt werden kann. Im Folgenden werden die einzelnen Strategien praxisnah vorgestellt, indem die CBASP-Therapie von Herrn Stubenrausch zur Illustration herangezogen wird.

4.2.2 Prägende Bezugspersonen und Übertragungshypothesen

Die Erarbeitung der Liste prägender Bezugspersonen mit anschließendem Formulieren von ein bis zwei Übertragungshypothesen sollte, wie bereits erwähnt, möglichst

früh, also in der ersten oder zweiten Therapiestunde, beginnen. Diese Strategien stammen aus dem psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Denken. Es erscheint für den Weg aus der chronischen Depression bei dieser Patientengruppe extrem wichtig und notwendig, die in der Regel schwierigen bis hin zu traumatisierenden Beziehungserfahrungen aus der Kindheit und Jugend direkt in die Therapie einzubeziehen. In CBASP wird dabei jedoch nicht stundenlang über die Kindheit »nur« geredet, sondern es wird von Beginn an der Bezug zur Gegenwart und zu den heutigen Problemen des Patienten hergestellt (s. unten: Prägungen). Orientiert an Freud sieht auch McCullough, dass das Phänomen der Übertragung in Beziehungen generell und besonders in therapeutischen Beziehungen eine wichtige Rolle spielt. Er nimmt an, dass chronisch Depressive – wie alle Menschen – ihre bisherigen Beziehungserfahrungen auf neue Personen, mit denen sie in Kontakt treten, übertragen. Da sie jedoch bisher überwiegend negative Beziehungserfahrungen gemacht haben, neigen sie dazu, neue Personen – wie auch den Therapeuten – mit den wichtigen, doch häufig verletzenden Bezugspersonen aus ihrer Vergangenheit gleichzusetzen. Dadurch können Vertrauen, Veränderungsmotivation und Verhaltensänderungen behindert werden, da Patienten implizit erwarten, dass auch ihr Therapeut negativ auf sie reagiert, sie beispielsweise zurückweist, bestraft, missbraucht, vernachlässigt oder verlässt. Therapeuten sollten daher möglichst frühzeitig Informationen über die Beziehungsgeschichte der Patienten gewinnen, um ihre misstrauischen, teilweise feindseligen Verhaltensweisen (z. B. nur auf den Boden schauen; Äußerungen, dass »das alles nichts bringt«) besser einordnen und verstehen zu können, was durch die Liste prägender Bezugspersonen ermöglicht wird. Hierdurch sollen »Fallen« oder »Stolpersteine« (im Englischen: Hot Spots) der therapeutischen Beziehung früh erkannt werden, um diese so umgehen bzw. bearbeiten zu können.

Um Patienten für die Durchführung dieser Strategie zu motivieren, kann die Liste prägender Bezugspersonen wie folgt begründet werden:

»Wir beginnen mit dieser Liste prägender Bezugspersonen aus drei Gründen:

- Zum einen möchte ich Sie möglichst schnell möglichst gut kennenlernen. Ich möchte verstehen, warum Sie heute so sind, wie Sie sind, und woher Ihre Probleme kommen.
- Zum Zweiten können auch Sie vielleicht Ihre Probleme aus einer anderen Sicht sehen, Zusammenhänge zwischen Lebenserfahrungen und Ihren heutigen Problemen herstellen und dadurch möglicherweise auch besser verstehen, warum Sie so sind, wie Sie sind.
- Schließlich ist es für unsere Therapie wichtig, möglichst früh zu schauen, ob auch zwischen uns Probleme auftauchen könnten, die Sie von früheren Beziehungen kennen. Wir werden herausfinden, ob Sie Befürchtungen bezüglich unserer therapeutischen Beziehung haben, welche die Therapie negativ beeinflussen könnten.«

Durch den letzten Punkt wird bereits die Übertragungshypothese angedeutet. Der Patient wird danach angeleitet, zu überlegen, wer die wichtigsten Bezugspersonen in seinem Leben sind. Dies kann wie folgt geschehen (modifiziert nach McCullough, 2000; Schramm et al., 2006):

»Ich möchte, dass Sie auf Ihr Leben zurückblicken und die Menschen nennen, die Ihrer Meinung nach den größten Einfluss auf die Gestaltung Ihres Lebensweges bzw. Ihrer Persönlichkeit hatten. Diese Menschen nennen wir prägende Bezugspersonen – oder auch im Englischen die ›Big Player‹ Ihres Lebens. Diese prägenden Bezugspersonen sind also mehr als ›nur‹ Freunde und Bekannte. Es sind Menschen, die bei Ihnen sozusagen eine Prägung oder einen Stempel hinterlassen haben und deren Einfluss Ihr Leben und Ihre Persönlichkeit bis heute geformt hat. Diese Einflüsse können positiv oder negativ, gut oder schlecht, schmerhaft oder hilfreich oder insgesamt ambivalent gewesen sein. Meist sind dies Menschen aus unserer Kindheit wie die Eltern, Großeltern, Geschwister oder andere Bezugspersonen. Es können aber darüber hinaus auch Menschen aus der Jugend oder dem frühen Erwachsenenleben sein – wie zum Beispiel ein erster bester Freund, ein wichtiger Lehrer oder der erste Partner. Schließlich können die Bezugspersonen auch aus dem jetzigen Leben kommen wie Ihr derzeitiger Partner, Ihre Kinder, Ihr Chef, derzeitige Arbeitskollegen oder wichtige aktuelle Freunde. Bitte nennen Sie jetzt diese Personen, wobei es nicht mehr als sechs sein sollten.«



Im Videobeispiel 1.2 führt die Therapeutin Herrn Stubenrausch ähnlich zu seinen prägenden Bezugspersonen hin (Video 1.2: 00:00–01:40).

Übung

Selbsterfahrung

Diese Übung kann auch für (angehende CBASP-)Therapeuten bzw. jegliche an Selbsterfahrung interessierte Leser sehr wertvoll und hilfreich sein: »Wer sind Ihre prägenden Bezugspersonen, Ihre ›Big Player‹? Welche Prägungen haben diese bei Ihnen hinterlassen?« Insbesondere CBASP-Therapeuten sollten unterscheiden können, ob bestimmte Emotionen und Reaktionen durch Patienten ausgelöst werden oder aus dem Berühren eigener Anteile oder Prägungen resultieren. Dies spielt beim disziplinierten persönlichen Einlassen eine wichtige Rolle (s. Abschn. 4.2.5).

Nach dieser Hinführung benennt der Patient die Bezugspersonen, welche der Therapeut auf einem Arbeitsblatt oder einer Flip-Chart untereinander notiert. Wenn der Patient direkt beginnt, über eine Bezugsperson ausführlich zu berichten, sollte der Therapeut den Patienten behutsam auf die Nennung der Namen fokussieren.

Therapeutische Haltung. Insgesamt ist die Haltung der Therapeuten bei diesen Strategien aktiv-zugewandt, offen und empathisch, dabei gleichzeitig sehr strukturierend und fokussierend (im Kiesler Kreis: freundlich-dominant, vgl. Abschn. 4.2.4). Wenn ein Patient beginnt, in freier Assoziation Lebensereignisse zu beschreiben, sollte er durch den Therapeuten gestoppt und freundlich aufgefordert werden, konkrete Beispiele zu nennen. Diese aktiv-unterstützende, aber gleichzeitig auch fokussierende Haltung ist wichtig, da zum einen diese Strategie nicht mehr als vier Stunden in Anspruch nehmen sollte. Zum anderen sollen am Ende jeweils Kausalzusammenhänge zwischen heutigen Problemen und den (damaligen) Bezugspersonen hergestellt wer-

den. Dies stellt oft hohe Anforderungen an die Patienten, da dies eine erste Übung im formal operationalen Denken darstellt und Patienten meist noch im präoperationalen Denken verhaftet sind (vgl. Abschn. 1.3).

Passende Nennung der Bezugspersonen. Im Videobeispiel 1.2 (01:40–03:00) zählt Herr Stubenrausch als prägende Bezugspersonen seine Mutter, seinen Vater, seinen älteren Bruder und seine Ehefrau auf.

Wie auch Herr Stubenrausch, so fragen viele Patienten an dieser Stelle, ob auch verstorbene Personen auf diese Liste gehören, was selbstverständlich bejaht wird: Gerade verstorbene Angehörige oder Freunde hinterlassen Spuren in uns, die sich oft sehr schmerhaft und negativ prägend ausbilden können – insbesondere, wenn die Person durch Suizid verstorben ist (wie der Bruder von Herrn Stubenrausch). Auch kann es geschehen, dass die Patienten nicht-menschliche Wesen wie zum Beispiel einen Hund, Gott, die SED etc. auf die Liste setzen wollen. Wenn die entsprechenden Beziehungs-erfahrungen auch an einem Menschen festgemacht werden kann (z. B. ein Pfarrer, ein Mitglied aus der Partei) sollte die Person gewählt werden. In Ausnahmefällen können wichtige Haustiere auf die Liste kommen, möglichst jedoch gemeinsam mit anderen Menschen. Dass vor allem Personen auf der Liste stehen sollten, liegt daran, dass diese Liste auch später in der Therapie für die Interpersonelle Diskrimination (vgl. Abschn. 4.2.5) genutzt wird. Bei der Diskrimination lautet eine Frage: Wie hätte Person A (eine prägende Bezugsperson) in einer ähnlichen Situation auf Sie reagiert? Dadurch wird deutlich, dass es schwer wäre zu beantworten, wie Gott oder die Partei an sich auf den Patienten reagiert hätte.

Entlastend für den Patienten, aber auch den Therapeuten, ist an dieser Stelle der Hinweis, dass die Liste sowie die Prägungen »nicht in Stein gemeißelt« sind (Video 2.1: 3:01–3:20). So können weitere Bezugspersonen im Verlauf der Therapie auf der Liste hinzugefügt werden bzw. genannte auch gelöscht sowie Prägungen umformuliert werden. Die therapeutische CBASP-Erfahrung zeigt jedoch, dass in den meisten Fällen direkt zu Beginn die entscheidenden Bezugspersonen genannt und auch die wichtigsten Prägungen formuliert werden.

Beginn der Exploration. Nachdem die Namen also genannt und schriftlich festgehalten wurden, beginnt der Therapeut den Patienten bezüglich der erstgenannten Bezugsperson zu explorieren. Eine sehr gute Eröffnungsfrage für die Exploration von einem Elternteil lautet: »Wie war es für Sie, mit Ihrer Mutter aufzuwachsen?« (vgl. auch Video 1.2: 03:28)

Durch diese Frage wird der Fokus direkt auf die Beziehung bzw. die Beziehungserfahrungen gelegt, die der Patient mit seiner Mutter erlebt hat. Eine weniger hilfreiche Frage wäre: »Wie war Ihre Mutter?« Diese Frage verleitet dazu, dass die Patienten lange über Ihre Mutter reden und weniger über die Beziehung zwischen beiden, worum es an dieser Stelle jedoch gehen soll.

Im Videobeispiel 1.2 gibt Herr Stubenrausch auf diese Eröffnungsfrage auch spontan die relevanten Informationen: »Es war anstrengend und schwierig.« Daraufhin beginnt er zu erzählen, wie seine Mutter zu ihm war. Wie im Videobeispiel erkenntlich, bestehen die Aufgaben der Therapeuten im Folgenden darin, wichtige Aspekte des



Gesagten zusammenzufassen, zu wiederholen (paraphrasieren) sowie bei Unverständnis zu klären (z. B. »Was heißt, dass sie nicht wirklich reagiert hat?«; Video 1.2: 03:27).

Hilfreich bei der Exploration sind auch einige Berichte über ganz konkrete, markante Erlebnisse. Herr Stubenrausch erzählt beispielsweise von seinem Wunsch, in den Fußballverein des Ortes zu gehen und der abweisenden Reaktion der Mutter (Video 1.2: ab 05:04). Zudem berichtet er sehr anschaulich über die Ereignisse nach dem Tod des Vaters (ab 06:33): »Besonders deutlich ist das dann geworden, als mein Vater gestorben ist, da war ich zehn. (...) Speziell da hat sie gar nicht reagiert. (...) Abends habe ich mal im Bett geweint und richtig geschluchzt, da kam sie rein und sagte, ich soll endlich mal still sein, mich zusammenreißen und jetzt schlafen, denn morgen müsste ich ja schließlich in die Schule gehen. Jetzt sei es mal gut.«

Das Schlimmste für Herrn Stubenrausch war die fehlende Gesprächsbereitschaft: »Als mein Vater gestorben war, war das so, als ob eigentlich nichts passiert ist, (...) da hat meine Mutter versucht, dass das Leben einfach so weitergeht wie bisher auch. (...) Es ist nie darüber gesprochen worden.«

Hier erlaubt sich die Therapeutin eine Schlussfolgerung einzubringen: »Es gab also gar keine Form von Trauer ...«, was Herr Stubenrausch bejaht.

Durch diese anschaulichen Erzählungen von Herrn Stubenrausch wird immer deutlicher, dass er durch die Mutter zwar keine körperlichen Misshandlungen und auch keinen sexuellen Missbrauch erfahren hat, jedoch erhebliche emotionale Vernachlässigungen und emotionale Misshandlungen sowie teilweise auch körperliche Vernachlässigung (vgl. Abb. 4.2). Er musste immer funktionieren und durfte nie seine Gefühle zeigen. Beim Versuch, sie als Jugendlicher zu provozieren, habe sie sich einfach umgedreht und sei gegangen (Video 1.2: ab 08:59). Wenn derart viel Negatives über eine Bezugsperson berichtet wird, empfiehlt sich die Frage, welche auch die Therapeutin im Video stellt: »Können Sie sich denn an irgendeine Situation erinnern, in der doch mal (mehr) Wärme oder Nähe entstanden ist?« (Video 1.2: 09:35)

Herr Stubenrausch antwortet daraufhin, dass dies vielleicht der Fall gewesen war, als der Vater noch gelebt habe, wobei da der Vater dominiert habe. Wenn, wie in diesem Fall, der Patient zur nächsten Bezugsperson »abzudriften« droht, sollte ihn der Therapeut wieder behutsam auf die gerade explorierte Person fokussieren (Therapeutin: »Zu Ihrem Vater kommen wir gleich.«; Video 1.2: 9:51).

Generell soll noch betont werden, dass der Therapeut bei der Exploration einer Bezugsperson Informationen bezüglich vier bedeutsamer »Beziehungs-Kategorien« gewinnen sollte, die McCullough in diesem Zusammenhang für wichtig erachtet (s. Tab. 4.2):

- (1) Nähe/Intimität
- (2) Emotionale Bedürftigkeit
- (3) Fehler/Versagen
- (4) Negativer Affekt

Wenn der Patient bei der Exploration nicht von selbst Informationen zu den vier Bereichen liefert, sollte der Therapeut aktiv nachfragen. In Tabelle 4.2 sind mögliche hilfreiche Explorationsfragen für die jeweiligen Bereiche aufgelistet.

Tabelle 4.2 Die vier wichtigen Bereiche bei der Liste prägender Bezugspersonen und mögliche Explorationsfragen

Kategorie	Beispielfragen zur prägenden Bezugsperson Mutter
Nähe/Intimität	<ul style="list-style-type: none">▶ Haben Sie sich Ihrer Mutter auch körperlich nah gefühlt?▶ Hat Ihre Mutter Sie in den Arm genommen?▶ Haben Sie miteinander gekuschelt?▶ Hat sie Sie gestreichelt?▶ Wenn ja: Hat sich diese Nähe immer gut angefühlt für Sie?▶ Hat Ihre Mutter Sie auch mal an Körperstellen berührt, die für Sie unangenehm waren?
Emotionale Bedürftigkeit	<ul style="list-style-type: none">▶ Wie hat Ihre Mutter reagiert, wenn Sie einen Wunsch oder ein Bedürfnis geäußert haben?▶ Hat Ihre Mutter Sie getröstet, wenn Sie traurig waren, Probleme hatten, weinen mussten?▶ Hat sich Ihre Mutter für Sie/Ihre Interessen/Probleme/Hobbys/Freunde interessiert?▶ Hat Ihre Mutter mitbekommen, wenn Sie schlecht gelaunt waren?▶ Konnte sich Ihre Mutter mit Ihnen freuen?
Fehler/Versagen	<ul style="list-style-type: none">▶ Wie hat Ihre Mutter reagiert, wenn Sie einen Fehler gemacht haben?▶ Wie hat Ihre Mutter reagiert, wenn Sie eine schlechte Note mit nach Hause gebracht haben?▶ Wie hat Ihre Mutter reagiert, wenn Sie aus Versehen etwas kaputt gemacht haben?▶ Hat Ihre Mutter Sie bestraft, wenn Sie in ihren Augen etwas falsch gemacht haben? Wie sahen die Strafen aus?▶ Hat Ihre Mutter Sie gelobt, wenn Sie etwas (besonders) gut gemacht haben?
Negativer Affekt	<ul style="list-style-type: none">▶ Jedes Kind ist ja mal trotzig oder wütend. Wie ist Ihre Mutter damit umgegangen?▶ Wie hat Ihre Mutter reagiert, wenn Sie traurig/wütend/ärgerlich/trotzig waren?

Wenn der Therapeut den Eindruck hat, über ausreichend Informationen bzgl. der Beziehung zwischen dem Patienten und der prägenden Bezugsperson zu verfügen, versucht er den Patienten dahin zu führen, sogenannte kausal-theoretische Schlussfolgerungen abzuleiten. Es hat sich im klinischen Alltag bewährt, die kausal-theoretischen Schlussfolgerungen auch als Prägungen, Stempel oder Spuren zu bezeichnen.

Entscheidende Prägungsfrage. Da Herr Stubenrausch die Beziehungserfahrungen mit seiner Mutter sehr gut und präzise beschreiben konnte, hatte die Therapeutin schon nach zehn Minuten das Gefühl, ausreichend Informationen gesammelt zu haben, und stellte folglich – verhältnismäßig früh – die entscheidende Prägungsfrage.

An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Exploration durchaus länger dauern kann und der Therapeut bei weniger verbalen Patienten mehr Fragen stellen sollte (s. Tab. 4.2).

Im Videobeispiel führt die Therapeutin Herrn Stubenrausch durch folgende Fragen zu seinen Mutter-Prägungen:

- »Wie hat die Beziehungserfahrung mit Ihrer Mutter Ihren Lebensweg beeinflusst? Also, was hat sie bei Ihnen hinterlassen, das Sie bis heute kennen und das Sie bis heute begleitet?« (Video 1.2, ab 10:00)

Alternative Fragen an dieser Stelle wären:

- »Erzählen Sie mir, in welcher Weise Ihre Mutter Sie beeinflusst und dazu beigetragen hat, dass Sie so sind, wie Sie heute sind?«
- »Was für ein Mensch sind Sie aufgrund des Einflusses Ihrer Mutter geworden?«
- »In welcher Weise hat Ihre Mutter einen Stempel auf Ihnen hinterlassen?«
- »Welche Spur hat Ihre Mutter bei Ihnen hinterlassen?«

Auswirkung der Beziehungserfahrungen. An dieser Stelle soll also herausgefunden werden, wie sich die geschilderten Beziehungserfahrungen bis heute auf den Patienten – auf seine Gedanken, Gefühle und auf sein Verhalten – auswirken.

Herr Stubenrausch kann passend die Parallele zu seiner Frau ziehen (Video 1.2: ab 10:42). Heute würde er ihr nie etwas sagen, wenn er wütend sei – aus Angst vor Ablehnung. Auch der Analogschluss zu einer Restaurant-Situation ist nachvollziehbar: Wenn er einem Kellner sagen würde, dass etwas nicht in Ordnung sei, hätte er Angst, dass dieser sich umdrehen und gehen würde – genauso wie seine Mutter sich früher immer umgedreht hätte und gegangen sei. Schließlich zieht die Therapeutin an dieser Stelle auch die Parallele zur Therapie (Video 1.2: 11:41): Während der bisherigen gemeinsamen Zeit sei ihr aufgefallen, dass Herr Stubenrausch emotionslos über sehr traurige Dinge berichtet habe. Um den Patienten nun zum Formulieren der Prägung zu bringen, stellt sie ihm konkret die Frage (Video 1.2: ab 11:59): »Welche Prägung ist durch Ihre Mutter entstanden?« Herr Stubenrausch kann nun formulieren: »Ich kann keine Emotionen zeigen.« Hilfreich ist es, wenn auch der Grund mit in der Prägung auftaucht, weshalb die Therapeutin nach seiner Befürchtung fragt. Die finale Prägung, die Herr Stubenrausch formuliert, lautet dementsprechend: »Ich kann keine Emotionen zeigen, weil ich dann abgelehnt werde.«

Weitere Explorationen. Nachdem eine Person in dieser Weise exploriert und die Prägung formuliert wurde, werden dementsprechend auch die anderen Bezugspersonen der Liste nacheinander exploriert.

Im Video 1.2 ist noch die Exploration des Vaters zu sehen (Video 1.2: ab 13:33). Durch Herrn Stubenrauschs Bericht wird schnell deutlich, dass der Vater – insbesondere im Vergleich zur Mutter – eine positive Bezugsperson war: Er sei für ihn da gewesen, habe sich für ihn interessiert und ihm Sachen gezeigt. Bei ihm habe er emotionale und körperliche Nähe erleben können. Wenn solch eine positive Bezugsperson stirbt, ist dies besonders dramatisch und kann traumatisierende Spuren hinterlassen – wie es auch bei Herrn Stubenrausch der Fall ist. Daher fragt die Therapeutin recht schnell: »Wie haben Sie dann seinen Tod erlebt?« (Video 1.2: 15:25). Herr Stubenrausch erzählt: »Er war plötzlich weg (...). Er hat mich allein gelassen, (...) ich musste dann alles selber machen. (...) Bis heute fühle ich mich allein. Im Prinzip bin ich allein.« Hier stellt er schon selbst den Bezug zur Gegenwart her: Das Gefühl »allein

zu sein« kennt er bis heute. Da Herr Stubenrausch im weiteren Verlauf Schwierigkeiten zeigt, die Prägung selbst zu formulieren, hilft ihm die Therapeutin (Video 1.2: ab 17:52):

»Ich möchte Ihnen beim Finden der Prägung helfen, denn das ist wirklich schwer. Ich werde jetzt einen Satz beginnen und Sie können versuchen, ihn zu vervollständigen: ›Weil ich diesen Vater hatte, der zuerst für mich da war und dann plötzlich verstorben ist, ist es so, dass ich bis heute ...«

Hier kann Herr Stubenrausch ergänzen: »... mich allein fühle, alles selbst regeln muss, immer kämpfen muss.«

Letztlich formuliert er folgende Vater-Prägung: »Beziehungen sind nicht von Bestand. Ich bin alleine und ich muss mich durchkämpfen.«

Die Exploration vom Bruder und der Ehefrau ist nicht auf dem Video. Zusammengefasst berichtet Herr Stubenrausch über seinen Bruder, dass es stets sein Wunsch gewesen sei, einen mutigen, beschützenden Bruder zu haben. Sein Bruder sei aber ebenfalls sehr schüchtern und ängstlich gewesen. Beide seien von anderen Kindern in der Straße und später auch in der Grundschule »gemobbt« worden. Abwechselnd sei entweder sein Bruder oder er verprügelt worden, wobei der eine dem anderen nicht habe helfen können. Er habe dadurch früh gelernt, dass er schutzlos sei und sich nicht wehren könne. Das »gemeinsame Leid« hätte sie jedoch auch verbunden. Jedoch habe sich sein Bruder im Verlauf immer mehr verschlossen. Gerade weil sie sich aber in ihrem Wesen sehr ähnlich gewesen seien, habe er trotzdem immer eine Nähe gespürt. Daher sei es für ihn auch besonders schlimm und tragisch gewesen, dass sich der Bruder im Alter von 33 Jahren suizidiert habe. Seitdem habe er noch intensiver das Gefühl, keinen Verbündeten mehr zu haben und alles allein aushalten zu müssen. Die Prägung sei daher einerseits das aus der Kindheit bis heute überdauernde Gefühl, sich nicht wehren zu können, und andererseits die Verstärkung der anderen Prägung: alles allein aushalten zu müssen.

Seine Ehefrau habe er im Alter von 34 Jahren kennengelernt. Da beide sehr ähnliche Interessen – z. B. die Liebe zur Musik und zur Natur – hätten, würden sie sehr harmonisieren. Sie sei, abgesehen vom älteren verstorbenen Bruder, auch der einzige Mensch, zu dem er eine gewisse Nähe spüre. Sie sei mit ihm zwar durch viele Tiefen gegangen, doch habe er ihr auch nie seine Probleme wirklich anvertraut, geschweige denn vor ihr geweint. Zudem wäre sie sehr oft nicht da, weil sie extrem viel arbeite und auch oft Dienstreisen mache. Daher fühle er sich trotz Nähe oft allein, was er auch als Prägung festhalten möchte.

Tabelle 4.3 gibt die gesamte Liste prägender Bezugspersonen von Herrn Stubenrausch wieder, wie sie die Therapeutin im Video 1.2 auch an die Flipchart geschrieben hat.

☞ Unter www.beltz.de ist auch ein Arbeitsblatt (AB 1) für die Liste prägender Bezugspersonen einschließlich der Übertragungshypothesen zu finden.

Übertragungshypothesen. Schließlich leiten die Therapeuten aus den Prägungen Übertragungshypothesen ab (Videobeispiel 1.3). Gerade im Anfangsstadium des Er-

AB 1



Tabelle 4.3 Liste prägender Bezugspersonen von Herrn Stubenrausch

Prägende Bezugsperson	Prägung (kausale Schlussfolgerung)
(1) Mutter	Ich darf keine Emotionen zeigen, denn dann werde ich abgelehnt.
(2) Vater	Beziehungen sind nicht von Bestand. Ich bin alleine, und ich muss mich durchkämpfen.
(3) Bruder	Ich kann mich nicht wehren und muss alles allein aushalten.
(4) Ehefrau	Es gibt zwar Nähe für mich, aber letztlich fühle ich mich allein.

lernens von CBASP bietet es sich an, dass sich Therapeuten im Rahmen einer Supervision zunächst folgende Fragen stellen:

- Wie könnte der Patient seine bisherigen (destruktiven) interpersonellen Erwartungen und Verhaltensmuster auf die Therapie und auf mich übertragen?
- Welche emotionalen Brennpunkte (»Hot Spots«) können zwischen mir und dem Patienten entstehen?

Therapeuten überlegen ferner, in welchem bzw. in welchen beiden der vier Bereiche (Nähe/Intimität, Emotionale Bedürfnisse, Negative Affekte, Scheitern/Versagen, vgl. Tab. 4.2) die meisten Defizite bzw. Probleme bestehen, die sich auf die therapeutische Beziehung auswirken könnten. Als Orientierung für die individuellen Übertragungshypothesen dienen folgende Formulierungen (Beispiele mit einer weiblichen Therapeutin):

- **Nähe und Intimität.** »Wenn ich meiner Therapeutin nahe komme, dann wird sie ...«
- **Emotionale Bedürfnisse.** »Wenn ich gegenüber meiner Therapeutin persönliche Bedürfnisse äußere, dann wird sie ...«
- **Negative Affekte.** »Wenn ich meiner Therapeutin gegenüber negative Gefühle zeige, dann wird sie ...«
- **Fehler machen/Scheitern.** »Wenn ich während unserer therapeutischen Arbeit einen Fehler mache, dann wird sie ...«

Die Grundidee der Übertragungshypothese kann Patienten wie folgt näher gebracht werden:

»Die Übertragungshypothese ist wie eine Befürchtung, die häufig unbewusst ist, aber mit der Sie aufgrund Ihrer bisherigen Beziehungserfahrungen durchs Leben gehen. Jeder Mensch funktioniert ja so, auch ich. Wir tragen unsere Beziehungserfahrungen in uns, die uns mehr oder weniger bewusst führen. Was könnten Sie befürchten, das auch zwischen uns schwierig werden könnte, wenn Sie Ihre Prägungen anschauen?«

Auch die Therapeutin von Herrn Stubenrausch führt die Übertragungshypothese ähnlich ein (Video 1.3, ab Beginn). Danach kann Herr Stubenrausch direkt seine Befürchtung benennen: »Ich glaube nicht, dass mir jemand helfen kann, weil ich allein bin und allein durch alles muss. Und im Grunde meines Herzens glaube ich, dass auch Sie mir

nicht helfen können.« Hier steigt die Therapeutin ein, um dem Patienten aufzuzeigen, wie in CBASP Übertragungshypothesen formuliert werden (Video 1.3: 01:44):

»Wenn ich Ihnen helfen kann, beginne ich wieder einen ersten Satzteil zu formulieren: ›Wenn ich mich auf meine Therapeutin/die Therapie einlasse, dann ...‹

Herr Stubenrausch kann ergänzen: »... wird sie mir nicht helfen können und mich allein lassen.« Zudem bringt er selbstständig aufgrund seiner bisherigen Therapieerfahrungen eine weitere Befürchtung ein (Video 1.3: 03:04): Er wisse, dass er Emotionen zeigen müsse – was er nicht könne. Der Zusammenhang zu der Prägung durch seine Mutter liegt hier auf der Hand und wird von der Therapeutin aufgezeigt. Daher können die Therapeutin und der Patient gemeinsam folgende zweite Übertragungshypothese formulieren: »Wenn ich negative Emotionen zeige, dann wird meine Therapeutin mich ablehnen (innerlich die Augen verdrehen).«

Die Therapeutin beendet diesen »Eröffnungsteil« der CBASP-Therapie (Video 1.3: ab 05:28–Ende), indem sie betont, dass diese Prägungen und Übertragungshypothesen die Basis für die Therapie seien, auf welche sie höchstwahrscheinlich zurückkommen werden.

4.2.3 Kiesler Kreis

Einschätzung des Stimuluscharakters. Nach Fertigstellung der Liste prägender Bezugspersonen und dem Aufstellen der Übertragungshypothesen wird der Kiesler Kreis in die Therapie eingeführt. Dieses interpersonelle Kreismodell zur Einschätzung des so genannten Stimuluscharakters eines Menschen bzw. der Stimuluscharaktere von zwei Partnern wurde vom amerikanischen Psychologen Donald J. Kiesler (1983) entwickelt. Der Terminus Stimuluscharakter bezeichnet die verdeckte emotionale, kognitive oder verhaltensbezogene Reaktion, die eine Person bei anderen Menschen »hervorruft«.

Es ist sinnvoll, den Patienten den Kiesler Kreis – wie in Abbildung 4.4 dargestellt – auf einer Flip-Chart oder einem Arbeitsblatt vorzustellen (nach Brakemeier et al., 2012).

»Ich möchte Ihnen nun ein Modell vorstellen, an dem wir uns gut verdeutlichen können, wie Sie auf andere Menschen wirken bzw. wie andere Menschen auf Sie wirken. Anstatt Wirkung kann man auch Stimuluscharakter sagen. Dies ist der sogenannte Kiesler Kreis, der so heißt, weil der Psychologe Kiesler dieses Modell für zwischenmenschliche Beziehungen entwickelt hat. Beim Kreis gibt es zwei Hauptachsen. Auf der waagerechten Achse ist abgebildet, wie viel Nähe der betreffende Mensch ausstrahlt. Auf der rechten Seite der Pol Freundlichkeit, auf der linken Seite der Pol Feindseligkeit. Statt Feindseligkeit können wir auch von Distanz sprechen, statt Freundlichkeit auch von Nähe. Diese wird auch als die Achse der Zugehörigkeit bezeichnet. Die zweite senkrechte Hauptachse spiegelt wider, wie sehr die Beziehung kontrolliert wird bzw. wie offen man sich zeigt. Hier steht oben dominant, was im Sinne Kieslers viel mit Offenheit zu tun hat. Im unteren Fall finden Sie das Wort submissiv, was auch als verschlossen bezeichnet werden kann. Neben diesen vier Hauptdimensionen sehen Sie vier weitere Dimensionen, welche jeweils Mischformen der vier Hauptdimensionen darstellen.«