



## **Pilotstudie zur Evaluation von Pesso-Therapie**

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades einer Bachelor-Psychologin an der  
Fakultät für Psychologie und Pädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität

Gutachter: Dipl.Psych. Julia König  
Eingereicht von: Anna-Sophia Schrenker  
Matrikelnummer 10331182

---

**INHALTSVERZEICHNIS**

Abbildungsverzeichnis .....	III#
Tabellenverzeichnis .....	IV#
Formelverzeichnis .....	V#
<i>Danksagung</i> .....	VI#
Zusammenfassung .....	VII#
Einleitung .....	1#
1# Theoretische Grundlagen.....	2#
1.1# Die Entwicklung der Pesso-Therapie .....	2#
1.2# Die Entstehung von Störungen aus Sicht der Pesso-Therapie.....	3#
1.2.1# Die fünf zentralen Entwicklungsbedürfnisse.....	3#
1.2.2# Traumatisierung.....	5#
1.2.3# Löcher im Rollengefüge und ihre Folgen.....	6#
1.2.4# Zusammenspiel der drei Ursachen für psychische Störungen.....	7#
1.3# Empirische Befunde zur Wirksamkeit von Pesso-Therapie .....	7#
1.3.1# Studien von Foulds und Hannigan (1974,1976): Effects of psychomotor group therapy on ratings of self and others.....	8#
1.3.2# Studie von Kaufman (1991): Childhood Loss and Postural Insecurity.....	9#
1.3.3# Studie von Vogel und Rokenes (2004): Changes after PBSP group therapy. Changes in symptoms, interpersonal problems and self-concepts after participation in Pesso Boyden System Psychomotor group therapy.....	9#
1.3.4# Studie von Horacek et al. (2005): The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain ac-tivation in response to trauma-related stimuli.....	10#
1.3.5# Studie von Wächter (2009): Pesso-Therapie (PBSP) – Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit .....	11#
1.4# Überprüfung von Therapieerfolg anhand des <i>Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D)</i> .....	12#
2# Hypothesen und Fragestellungen .....	17#
3# Methoden.....	18#
3.1# Studiendesign .....	18#

---

3.2# Behandlungsverfahren .....	18#
3.2.1# Behandlung von Holes in Roles .....	19#
3.2.2# Behandlung von Traumatisierung .....	20#
3.2.3# Behandlung grundlegender Defizite .....	21#
3.3# Therapeut .....	21#
3.4# Stichprobenbeschreibung .....	22#
3.4.1# Stichprobe 1 – fortlaufende Gruppe .....	22#
3.4.2# Stichprobe 2 – Pesso-Workshop .....	23#
3.5# Gütekriterien des Messinstruments .....	25#
3.6# Datenauswertung .....	25#
3.6.1# Auswertung des IIP-D .....	25#
3.6.2# Überprüfung einer Prä-Post-Veränderung der Gruppe .....	27#
3.6.3# Überprüfung einer Prä-Post-Veränderung einzelner Probanden .....	27#
4# Ergebnisse .....	29#
4.1# Gruppendiagnostische Auswertung des IIP-D .....	29#
4.2# Einzelfalldiagnostische Auswertung des IIP-D .....	33#
5# Diskussion .....	34#
5.1# Diskussion der Ergebnisse .....	34#
5.2# Diskussion des Inventars .....	38#
6# Fazit .....	42#
Literaturverzeichnis .....	44#
Anhang A: Tabellen Stichprobe 1 - fortlaufende Gruppe .....	52#
Anhang B: Tabellen Stichprobe 2 – Pesso-Workshop .....	54#

---

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 :	Entwicklung von Störungen aus Sicht der Pesso-Therapie .....	3
Abbildung 2:	Entwicklungsbedürfnisse nach Pesso (1999) .....	3
Abbildung 3:	Der Interpersonale Circumplex .....	14
Abbildung 4:	Darstellung der Häufigkeit (in Prozent) von zugeordneten Stanine-Werten .....	25
Abbildung 5:	Gruppenmittelwerte der IIP-D Skalen der fortlaufenden Gruppe .....	30
Abbildung 6:	Darstellung der IIP-D Skalen und des Gesamtmittelwerts in Prä- und Postmessung der fortlaufenden Gruppe .....	30
Abbildung 7:	Gruppenmittelwerte der IIP-Skalen in Prä- und Postmessung des Pesso-Workshops .....	31
Abbildung 8:	Subskalen- und Gesamtmittelwert der Prä- und Postmessung des Pesso-Workshops .....	31

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Übersicht bisheriger Studien zur Wirksamkeit von Pesso-Therapie .....	7
Tabelle 2: Darstellung der signifikanten Korrelationen aus der Studie von Wächter (2009) .....	11
Tabelle 3: Skalen des IIP mit je einem Beispielitem .....	13
Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe 1 – fortlaufende Gruppe .....	22
Tabelle 5: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe 2 – Pesso-Workshop .....	23
Tabelle 6: Prozentanteil der Probanden mit hoher zwischenmenschlicher Belastung (Klassifizierung als Stanine 8&9) in Prä- und Postmessung .....	29
Tabelle 7: Mittelwert, Standardabweichung und t-Test für Stichprobe 1 .....	50
Tabelle 8: Darstellung der Stanine-Werte und ihrer Signifikanz in Stichprobe 1 in Prä- und Postmessung .....	50
Tabelle 9: Darstellung empirischer RCI-Werte in Stichprobe 1 .....	51
Tabelle 10: Mittelwert, Standardabweichung und t-Test der Stichprobe 2 .....	52
Tabelle 11: Darstellung der Stanine-Werte der Stichprobe 2 in Prä- und Postmessung .....	52
Tabelle 12: Darstellung der RCI-Werte und ihrer Signifikanz in Stichprobe 2 .....	53

**Formelverzeichnis**

Formel 1: Berechnung der Effektstärke

$$ES = \frac{M_1 - M_2}{\frac{SD_1 + SD_2}{2}}$$

Formel 2: Berechnung des *Reliable Change Index*

$$RCI = \frac{x_{\text{post}} - x_{\text{pra}}}{SE}$$

Formel 3: Berechnung des Standardmessfehlers der Differenz

$$SE \text{ der Differenz} = \sqrt{2 \times (SE)^2}$$

Formel 4: Berechnung der Standardabweichung

$$SE = SD \times \sqrt{1 - (R.)}$$

**Danksagung**

*Meinen ersten Dank möchte ich an die 27 Teilnehmer der Pessso-Gruppen richten, die mir diese Arbeit möglich gemacht haben. Meinen zweiten Dank möchte ich meinem Vater widmen, dem ich sehr viel mehr als die Begeisterung für die Pessso-Therapie verdanke. Mein dritter Dank geht an meine Betreuerin Frau König, die jederzeit für Fragen verfügbar war. Und mein letzter Dank an meine Cousine für das Korrigieren von Fehlern.*

## Zusammenfassung

In vorliegender Arbeit wird eine Pilotstudie zur Evaluation einer besonderen Therapieform - der Pesso-Therapie - vorgestellt. Die Pesso-Therapie stellt, über das Arbeiten mit heilenden Gegenbildern, einen emotionalen Nachreifungsprozess für in der Kindheit unerfüllte Entwicklungsbedürfnisse zur Verfügung. Mithilfe des Therapeuten und Rollenspielern kreiert der Klient Szenen, die das nachträgliche Sehen, Hören und Fühlen einer Familie möglich machen, wie der Klient sie als Kind gebraucht hätte.

Die durchgeführte Pilotstudie besteht aus zwei kleinen Experimentalgruppen, die über einen Zeitraum von vier Monaten (Stichprobe 1) und über einen Zeitraum von drei Tagen (Stichprobe 2) beobachtet wurden. Für Stichprobe 1 zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse, welche die Wirksamkeit der Therapie bei der Reduktion zwischenmenschlicher Probleme innerhalb von fünf bis acht Sitzungen nachweisen konnten. Für Stichprobe 2 zeigten sich auf zwei Skalen, sowie für den IIP-Gesamtwert signifikante Reduktionen interpersonaler Probleme. Trotz methodischer Einschränkungen, sind diese Reduktionen in Anbetracht der sehr geringen Stichprobengröße<sup>1</sup> ( $n_1=14$ ;  $n_2=13$ ), des kurzen Untersuchungszeitraums sowie der Auffassung interpersonaler Probleme als assoziiert mit zeitlich stabilen Persönlichkeitsmerkmalen (Nysaeter, Langvik, Berthelsen & Nordvik, 2009) beachtlich.

---

<sup>1</sup> Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Stichprobengröße und der Wahrscheinlichkeit signifikanter t-Werte (Bühner & Ziegler, 2009).

## Einleitung

Obwohl die Pesso-Therapie bereits in vielen Ländern praktiziert wird, ist sie nur wenigen bekannt. Dementsprechend sind bisher nur vereinzelte Wirksamkeitsstudien publiziert wurden<sup>2</sup> (Vogel und Rokenes, 2004). Diese Arbeit stellt die Pesso-Therapie vor und versucht sie in einer kleinen Pilotstudie empirisch zu evaluieren. Kernstück der Pesso-Therapie ist die Idee, (wiederholt) schmerzliche Erinnerungen, welche später zu psychischer/psychosomatischer Belastung führen können, durch neue, heilende Gegenerfahrungen<sup>3</sup>, sogenannte Antidots (Pesso, 1991), zu überschreiben. Hierbei werden Szenerien der Vergangenheit mit idealen Bezugspersonen nachgestellt, die exakt so reagieren, wie man es damals gebraucht hätte, wodurch frustrierte emotionale Entwicklungsbedürfnisse nachträglich gestillt werden können. Albert Pesso (2008, S. 209) greift zur Veranschaulichung auf folgendes Bild zurück: Er könne mithilfe eines künstlichen Hüftgelenks die „Realität einer arthritisch zerstörten Hüfte [...] überwinden“. Analog zur Medizin ist das Ziel der Pesso-Therapie demnach, auch in der Psychologie über die Methode des bloßen Bewältigens hinauszuwachsen und durch das Erleben und Abspeichern von neuen, *künstlichen* Erinnerungen neue Perspektiven für die Gegenwart zu öffnen (Pesso, 2008).

Im ersten, theoretischen Teil wird die Entstehung der Pesso-Therapie und die Theorie zur Entstehung von Störungen aus Sicht der Pesso-Therapie erläutert. Es werden empirische Befunde zu dieser Therapieform und zu dem in dieser Studie verwendeten Fragebogen dargelegt. Im zweiten, empirischen Teil der Arbeit wird eine Pilotstudie vorgestellt, in der die Wirksamkeit von Pesso-Gruppentherapie zur Reduktion von zwischenmenschlichen Problemen quantitativ untersucht, sowie der Ablauf der Therapie umrissen wird. Die Studie wurde mit zwei Experimentalgruppen unter Verwendung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D, Horowitz, Strauß & Kordy, 1994) durchgeführt. In abschließender Diskussion werden die Ergebnisse und das verwendete Instrument kritisch beleuchtet.

---

<sup>2</sup> Für die Aufzählung bisheriger Studien zur Pesso-Therapie siehe Abschnitt 1.3

<sup>3</sup> Die Konstruktion heilender Gegenerfahrungen/Antidots wird in Abschnitt 3.2 dargestellt.

---

## TEIL I – THEORETISCHER HINTERGRUND

### 1 Theoretische Grundlagen

#### 1.1 Die Entwicklung der Pesso-Therapie

Die Pesso-Therapie, im englischsprachigen Raum *Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP)* oder *Pschomotor Therapy* genannt, wurde seit 1960 durch Albert Pesso und Diane Boyden Pesso in den USA entwickelt (Perquin & Rehwinkel, 2008). Sie ist eine emotionsfokussierte, methodenintegrative Psychotherapie, die den Körper einbezieht und hauptsächlich mit heilenden Gegenerfahrungen arbeitet. Pesso-Therapie entstand als individuelle Therapie im Gruppensetting, ist heute jedoch auch im Einzelsetting umsetzbar (siehe Kniep, 2005). Interessanterweise entstammt diese Therapieform weder der Psychologie noch der Medizin. Die Begründer waren Lehrer des modernen Ausdruckstanz und kamen bei ihrer Arbeit mit Tänzern auf emotional-körperlicher Ebene zu spannenden Erkenntnissen: Der Körper verfügt über drei distinkte Bewegungssysteme; das reflexive, das willentliche und das emotionale Bewegungssystem (Howe, 1991). Hier fanden sie heraus, dass manche Tänzer bestimmte emotionale Bewegungen nicht authentisch ausführen konnten, deren emotionale Qualität aufgrund von früheren Erlebnissen nicht in das Bewusstsein integriert werden konnten (Howe, 1991). Weiter entdeckten sie, dass das Darstellen von negativen Emotionen zu Erschöpfung bei den Tänzern führte, woraufhin die Idee entwickelt wurde, dem Emotionsausdruck eine passende Reaktion durch ein Gegenüber anzubieten. Diese passende Reaktion ersetzte die Erschöpfung der Tänzer nach dem Übungsformat durch Erleichterung bis hin zu tiefer Befriedigung und konnte vergessene Erinnerungen zurück ins Bewusstsein holen (Howe, 1991). Aus diesen Befunden zur stimmigen Reaktion durch ein Gegenüber entwickelte sich der zentrale Baustein *Form – Passform* der Pesso-Therapie: Auf die Ausdrucksform des Kindes soll eine passende Reaktion der Eltern erfolgen. Bleibt dies in wiederholter Form aus, kann es sein, dass Kinder grundlegende Defizite und in Folge psychologische Störungen entwickeln.

## 1.2 Die Entstehung von Störungen aus Sicht der Pesso-Therapie

In der Pesso-Therapie wird angenommen, dass es drei mögliche Ursachen für die Entstehung von Störungen gibt: Störungen können in Folge von grundlegenden Defiziten in den von Pesso formulierten Entwicklungsbedürfnissen eines Kindes, in Folge von Traumatisierung sowie in Folge von *Löchern im Rollengefüge* der Eltern auftreten (Schrenker, 2008).

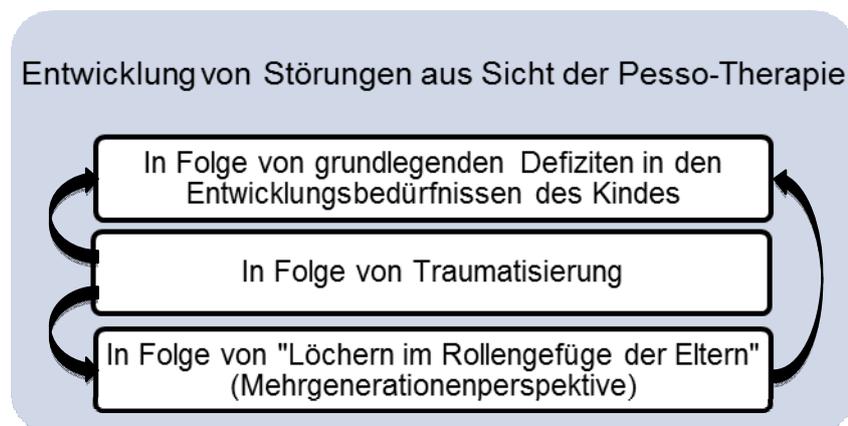


Abbildung 1: Entwicklung von Störungen aus Sicht der Pesso-Therapie

### 1.2.1 Die fünf zentralen Entwicklungsbedürfnisse

Nach Pesso (1999) sind fünf Bedürfnisse von zentraler Bedeutung für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Er nennt diese *Platz*, *Nahrung*, *Unterstützung*, *Schutz* und *Begrenzung*.

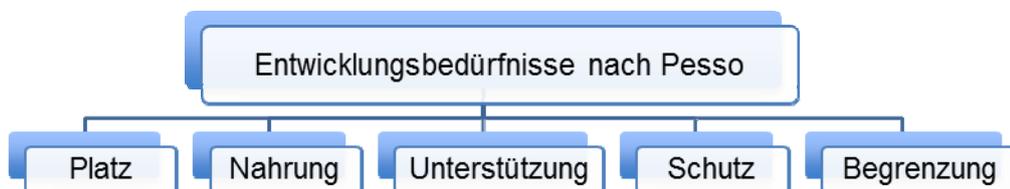


Abbildung 2: Entwicklungsbedürfnisse nach Pesso (1999)

*Platz* meint eine liebevolle Verbundenheit der Eltern zu ihrem Kind im Sinne einer sicheren Bindung und eine wachsame und wertungsfreie Offenheit für dessen Bedürfnisse. Der Begriff der *Nahrung* umfasst sowohl körperliche, als auch geistige (in Form von Bildung) und emotionale Nahrung (in Form von Anerkennung und Wertschätzung durch Bezugspersonen). *Unterstützung* und *Schutz* ist sowohl auf körperliche, als auch auf emotionale Prozesse bezogen. *Gute Begrenzung* umfasst in der Pesso-Therapie zwei Teilaspekte. Zum einen geht es um die Integration der eigenen Kraft. Werden die aggressiven Energien des Kleinkindes angenommen und wird ihnen liebevoller Halt geboten, kann das Kind abspeichern, dass Gefühle wie Wut *erlaubt* sind. Es lernt die eigenen und die Grenzen anderer kennen, lernt sich zu wehren und die eigene Kraft einzuschätzen (Schrenker, 2008). Der zweite Teilaspekt der Begrenzung bezieht sich auf die energetische Komponente von Bedürfnissen. Durch stimmige Reaktion der Eltern auf den Ausdruck des Kindes im Sinne der *Form – Passform*, kommt es zum Abklingen, also zu einer Begrenzung der körperlich-emotionalen Energie, wodurch der kindliche Organismus wieder zur Ruhe kommen kann<sup>4</sup>. Werden Kinder mit solchen Energien alleingelassen, erleben sie diese als bedrohlich, da sie von deren Intensität überflutet werden. Bei sehr kleinen Kindern kommt es bei fehlender stimmiger Interaktion zur innerorganismischen Selbstlimitierung, in späterem Alter zu Selbstschutz, Kontrollmustern oder resignativ-depressiven Mustern (Schrenker, 2008)<sup>5</sup>.

**Ebenen der Bedürfnisbefriedigung** Die Befriedigung dieser Bedürfnisse muss zunächst auf direkt körperlicher Ebene erfolgen (z.B. Unterstützung durch Gehaltenwerden), als zweiter Schritt auf symbolisch-verbaler Ebene (z.B. Unterstützung durch ermutigende Worte). Der dritte Schritt auf dem Weg zu einer gesunden Autonomie ist selbst die eigene Versorgung zu übernehmen. Dieser dritte Schritt kann nur erfolgen, wenn die beiden ersten Schritte - Stadien der Abhängigkeit von Bezugspersonen- in guter Weise durchlebt wurden (Pesso, 2005). Folgende Schlussfolgerung kann gezogen werden: Ist beispielsweise Sicherheit nicht auf körperlicher Ebene erlebbar gewesen, ist es schwierig durch reine Gesprächstherapien, also auf symbolisch-verbaler Ebene, Kli-

---

<sup>4</sup> Für die Abhängigkeit zwischen emotionaler Selbstregulation und der Qualität des affektiv-kommunikativen Verhaltens der Eltern siehe Fonagy und Target (2002).

<sup>5</sup> Für eine detaillierte Erläuterung der Bedürfnisse siehe Schrenker (2008).

enten wirkliche Sicherheit zu vermitteln, da der Grundbaustein der direkt körperlichen Erfahrung zunächst gesetzt werden muss (Perquin, 2005). Die Möglichkeit, den Grundbaustein der direkt-körperlichen Erfahrung nachzuholen, ermöglichen in der Pesso-Therapie Gruppenteilnehmer als Rollenspieler. Dies wird im Abschnitt 3.2 erklärt.

### 1.2.2 Traumatisierung

Pesso (1991) spricht in seinen theoretischen Ausführungen vor allem von Traumatisierung, die im zwischenmenschlichen Kontext geschieht. Im Gegensatz zum DSM-IV bezieht er neben körperlichem und sexuellem auch psychischen Missbrauch in seine Definition ein (Pesso, 1991). Aus Sicht von Pesso (1991) kommt die Seele eines Kindes bildlich sehr ungeschützt auf die Welt. Durch Eltern und Bezugspersonen lernt es eine Art Haut, das sogenannte *Ego*, auszubilden, die sich um die Seele legt. In Abhängigkeit der erlebten Interaktion formt sich dieses Ego und lernt zunehmend selbst die Steuerung zu übernehmen. Kommt es zu einem Trauma, wird in sehr schädigender Weise in die Seele eingedrungen ohne das Ego vorher *um Erlaubnis zu fragen*, wodurch beide Instanzen schwerwiegend verletzt werden. Durch dieses schutzlose Ausgeliefertsein treten innere Überflutungszustände von Angst und Panik auf. Häufig kommt es zu Abspaltung und Dissoziation. Nach Pesso wird das Ego durch diese tiefe Verletzung in seinen Funktionen zurückgefahren, wodurch die Selbststeuerung, die Sprache, das Bewusstsein, die eigene Identität, die Sinnhaftigkeit, die Fähigkeit zwischen Innen und Außen zu unterscheiden etc. in Folge beeinträchtigt sein können. Die natürliche Öffnung, Menschen oder Dinge nah an sich heranzulassen, verschließt sich oder wird im Gegenteil ungeschützt geöffnet, weil ein wiederholt traumatisiertes Kind nicht gelernt hat, sich zu schützen (Pesso, 1991)<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Für weitere Ausführungen siehe Pesso (1991) oder Schrenker (2008, 2010).

### 1.2.3 Löcher im Rollengefüge und ihre Folgen

Bei dem Thema *Löcher im Rollengefüge* (engl.: *Holes in Roles*) wird das gesamte Familiensystem auf psychologischer Ebene betrachtet, es wird also eine Mehrgenerationenperspektive eingenommen. Das Grundprinzip bildet die Annahme, dass Kinder sich Eltern wünschen, denen es gut geht und die sich lieben. Damit es Eltern gut geht, brauchen diese wiederum Eltern, die liebevoll mit sich und dem Kind verbunden sind und so weiter (Pesso, 2008).

Der nächste Grundgedanke für das Füllen von Löchern im Rollengefüge ist das Prinzip der Form - Passform, welches eng mit dem Prinzip der Vollendung der Gestalt zusammenhängt. Gibt es, bezogen auf ein Familiensystem, irgendwo ein *Loch*, fehlt etwas, entsteht der Wunsch in Kindern, dieses Loch zu schließen und damit das Familiensystem wieder *ganz* zu machen (Pesso, 2008). Dieses Loch meint ein Defizit, das Eltern selbst zu bedürftigen oder schwachen Bezugspersonen macht und sie somit vom *Versorgenden* zum *Brauchenden* werden lässt. Ursachen für solche Löcher sind nach Schrenker (2008, S. 108) „längerfristige schwere Erkrankung eines Elternteils, gravierende emotionale Probleme (z.B. psychische Erkrankung) bis hin zum Verlust durch Trennung oder Tod.“

Gibt es in Familiensystemen solche Löcher, entwickeln Kinder bereits sehr früh tiefes Mitgefühl für die Eltern. Um Eltern nicht noch zusätzlich zu belasten, verzichten Kinder auf die Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse und ihre Lebendigkeit und übernehmen die Fürsorge für die Bezugspersonen (Pesso, 2008). Dieses Verhalten wird von *brauchenden* Bezugspersonen mit sehr viel Liebe und Wertschätzung verstärkt. Infolge übernimmt das Kind Aufgaben, die weit über dem liegen, was altersangemessen ist, wodurch eine überlegene Autonomie entsteht (Perquin, 2005). Das resultierende Größenselbst des Kindes wird wie in der Psychoanalyse mit dem Fachbegriff der *Omnipotenz* oder der narzisstischen Besetzung bezeichnet (Gutscher, 2009). Die eigene Bedürftigkeit wird später abgespalten sowie der damit verbundene Schmerz, dass dafür keine Passform stattfinden konnte. Die Fähigkeit zu Nehmen kann verloren gehen. Diese Menschen stürzen sich in das Versorgen anderer, was im Extremfall bis zum Burnout führen kann oder sich in missbräuchlicher Weise auswirken kann, indem für andere et-

was getan wird, das diese gar nicht wollen (Schrenker, 2008).

#### 1.2.4 Zusammenspiel der drei Ursachen für psychische Störungen

Diese drei Möglichkeiten eines Störungsursprungs sind oft miteinander verwoben. Besteht bei einem Elternteil ein *Holes-in-Roles-Thema* (beispielsweise ein schwacher Vater), kann dieser nicht alle Grundentwicklungsbedürfnisse eines Kindes erfüllen. Oder werden Kinder durch Eltern traumatisiert, sind gezwungenermaßen die Grundentwicklungsbedürfnisse des Kindes nicht erfüllt, manchmal auch in Verbindung mit vorhandenen *Holes-in-Roles-Themen* der Eltern (Eltern wurden ebenfalls misshandelt oder hatten zu Hause nicht die optimalen Bedingungen für ihre Entwicklung etc.). Daher treffen oft mehrere dieser drei Grundbausteine zusammen und müssen nacheinander abgearbeitet werden. Diese therapeutische Bearbeitung wird im Abschnitt 3.2 erklärt.

#### 1.3 Empirische Befunde zur Wirksamkeit von Pesso-Therapie

Die folgende Tabelle (Tabelle 1) bietet eine Übersicht bisheriger Studien zur Pesso-Therapie. Einige ausgewählte Studien werden im Rahmen dieser Arbeit nun vorgestellt.

*Tabelle 1: Übersicht bisheriger Studien zur Wirksamkeit von Pesso-Therapie*

<b>Autoren</b>	<b>Jahr</b>	<b>Titel</b>
Foulds & Hannigan	1974	Effects of psychomotor group therapy on ratings of self and others
Sokolove	1975	Verbal and motoric styles of therapy: An outcome study
Foulds & Hannigan	1976	Effects of psychomotor group therapy on locus of control and social desirability
Kaufman	1991	Childhood Loss and Postural Insecurity
Baardman & de Bruine	1998	Niederländische Pilotstudie zur Pesso-Therapie (zitiert nach Wächter, 2009)
Vogel & Rokenes	2004	Changes after PBSP group therapy. Changes in symptoms, interpersonal problems and self-concepts after participation in Pesso Boyden System Psychomotor group therapy
Horacek et al.	2005	The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli.
Wächter	2009	Pesso-Therapie (PBSP) – Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit

---

### 1.3.1 Studien von Foulds und Hannigan (1974,1976): Effects of psychomotor group therapy on ratings of self and others

Erste Studien zur Wirksamkeit von Pessio-Therapie wurden von Foulds und Hannigan (1974, 1976) an Universitäten durchgeführt. Sie warben für die achtwöchige Teilnahme à vier Stunden an Gruppen zu persönlichem Wachstum, in denen Pessio-Übungen und Strukturen abgehalten wurden. (Die Bearbeitung eines eigenen Themas nennt man in der Pessio-Therapie Struktur.) 36 Studenten meldeten sich für die freiwillige Teilnahme, die randomisiert den Bedingungen der Experimental- und Kontrollgruppe zugewiesen wurden. Mit dem *Affect Scale* von Girona (1969), ein semantisches Differenzial (Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957), wurde die Selbsteinschätzung und die Bewertung anderer mit Adjektivpaaren gemessen, die es auf einer siebenstufigen Likertskala zu beurteilen galt. Diese Beurteilung wurde durch die Therapie signifikant positiver ( $p < .001$ ) und hielt über sechs Monate, in der keine Intervention mehr stattfand, an (sich selbst gegenüber  $p < .001$ , anderen gegenüber  $p < .005$ ). In der Kontrollgruppe ergaben sich keine signifikanten Veränderungen.

In der zweiten Studie von Foulds und Hannigan (1976) wurde der Effekt von Pessio-Therapie auf die generalisierte Kontrollüberzeugung (*locus of control* nach Rotter 1966, 1971) und die soziale Erwünschtheit in Antworttendenzen (*Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*, Crowne & Marlowe, 1960) von Studenten untersucht. Der Versuchsaufbau entsprach dem der ersten Studie. Die 20 behandelten Versuchspersonen wiesen nach acht Sitzungen eine signifikant höhere ( $p < .01$ ) innere Kontrollüberzeugung, sowie geringere soziale Erwünschtheit in ihren Antworten auf. Die Effekte zeigten sich auch bei der Katamnese nach sechs Monaten noch (Kontrollüberzeugung  $p < .05$ , soziale Erwünschtheit  $p < .01$ ).

Problematisch bei den Untersuchungen von Foulds und Hannigan (1974, 1976) ist die eingeschränkte Repräsentativität der Ergebnisse, da es sich um eine selektive Stichprobe von Studenten und nicht um Psychotherapiepatienten handelt. Ob und inwieweit diese Studenten psychische Störungen aufwiesen, ist nicht verzeichnet. Zudem wurden diese Ergebnisse nur anhand einer kleinen Stichproben geprüft.

---

### 1.3.2 Studie von Kaufman (1991): Childhood Loss and Postural Insecurity

Kaufman (1991) konnte mit seiner Studie zu *Childhood Loss and Postural Insecurity* theoretische Konzepte der Pesso-Therapie mit 100 Probanden bestätigen. Mittels Literaturrecherche und einer experimentellen Studie konnte er einen korrelativen Zusammenhang zwischen Symptomen wie körperliche Unsicherheit/Anspannung im Erwachsenenalter und ausgeprägten Defiziten in den Grundbedürfnissen nach Unterstützung und Schutz aufzeigen. Hierfür wurde eine Pesso-Übung (*Species Stance*, Howe, 1991) durchgeführt und mehrere Fragebögen erhoben. Die Übung bestand darin, größtmögliche Entspannung im aufrechten Stand herbeizuführen und die dabei ausgelösten Gefühle und Gedanken bewusst wahrzunehmen. Sind im Körpergedächtnis entwicklungsgeschichtlich frühe Ängste gespeichert, manifestieren sich diese im Hier und Jetzt durch Anspannungen. Im *Species Stance* wird das Körpergedächtnis aktiviert, wodurch die Probanden wieder in Kontakt mit diesen Ängsten kommen. In den Fragebögen wurden Angaben zu Kindheitserfahrungen, sozialer Unterstützung, aktuell belastenden Lebensereignissen, Charaktereigenschaften etc. erhoben. Soziale Unterstützung und Stress wurden als Mediatoren dieser Korrelation bestätigt.

Auch diese Studie wurde in einem universitären Kontext durchgeführt, wodurch die Ergebnisse nicht als repräsentativ eingestuft werden können. Die angeführte Literaturrecherche über die körperliche Abspeicherung prägender Kindheitserlebnisse ist jedoch gut belegt.

### 1.3.3 Studie von Vogel und Rokenes (2004): Changes after PBSP group therapy. Changes in symptoms, interpersonal problems and self-concepts after participation in Pesso Boyden System Psychomotor group therapy

Den Vorläufer meiner Arbeit stellt die Arbeit von Vogel und Rokenes (2004) dar, in der die Reduktion psychiatrischer Symptome, interpersoneller Probleme und die Verbesserung des Selbstkonzepts durch Pesso-Therapie untersucht wurden. 28 norwegische Patienten unterschiedlicher Diagnosen aus psychiatrischen Kliniken und niedergelassenen Praxen nahmen ein halbes Jahr lang wöchentlich/zweiwöchig an Sitzungen à 2-4 Stunden teil. Um den Therapieerfolg zu messen, wurden die *Symptom-Checkliste* (SCL-90-R; Derogatis, 1983), das *Inventar Interpersonaler Probleme* (IIP-C; Alden, Wiggins, Pincus, 1990) und die

*Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens* (SASB; Benjamin, 1974) verwendet. Bei einseitiger Testung auf einem  $\alpha$ -Signifikanzniveau von .01 zeigten sich signifikant positive Ergebnisse im Gesamtwert und auf sechs von zehn Skalen der SCL-90-R sowie im Gesamtwert und auf sechs von acht Skalen des IIP-C. Nach Cohen lassen sich die Effektstärken als mittel einordnen. Die SASB zeigte in Bezug auf das Selbstkonzept, dass Selbstanklage (*self-blame*), Selbstzerstörung (*self-attack*) und Selbstvernachlässigung (*self-ignore*) signifikant nachließen ( $p < .01$ ). Leider weist auch diese Studie eine kleine Stichprobe, keine Kontrollgruppe und keine Katamnese auf, wodurch eine Interpretation der Ergebnisse schwierig ist. Da fünf Leute nicht an der Studie teilnehmen wollten und sechs Leute die Therapie abbrachen, könnte dies die Ergebnisse positiv verzerrt haben (Vogler & Rokenes, 2004).

#### 1.3.4 Studie von Horacek et al. (2005): The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli.

2005 wurde die erste Studie mit Verwendung bildgebender Verfahren zur Pesso-Therapie veröffentlicht (Horacek et al, 2005). Sieben traumatisierte Patienten einer therapeutischen Klinik in Prag wurden mittels Fragebögen und funktioneller Magnetresonanztomografie (während der Darbietung individuell traumaassoziierter und neutraler Bilder) untersucht. Nach zwei Pesso-Therapiesitzungen zeigte sich eine Abnahme depressiver (*Beck Depression Inventory* von Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961;  $p < .05$ ) und traumaassoziierter Symptome (*Impact of Event Scale* von Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979;  $p < .055$ ) sowie eine Reduktion von Angst (*Self-Rating Anxiety Scale, SAS*, Zung, 1971;  $p < .54$ ).

Die bildgebenden Verfahren zeigten eine Zunahme der Hirnaktivität im anterioren cingulären Kortex und im Thalamus sowie eine Abnahme im temporalen Kortex und in der Inselrinde ( $p < .005$ ). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass Pesso-Therapie die Kontrolle über den emotionalen Ausdruck und damit verbundenem Verhalten erhöht (Horacek et al., 2005). Leider kann durch das Fehlen einer Kontrollgruppe das Auftreten von Habituation nicht auspartialisiert werden. Aufgrund dieser Tatsache und der zu kleinen und somit nicht repräsentativen Stichprobe, können die Aussagen nicht als statistisch abgesichert gelten. Auch fand keine Follow-Up-Untersuchung statt, um die Dauerhaftigkeit der Effekte zu überprüfen. Die Ergebnisse sind jedoch ein wichtiger Anfang für weitere Forschung.

### 1.3.5 Studie von Wächter (2009): PESSO-Therapie (PBSP) – Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit

Die umfangreichste Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von PESSO-Therapie und die erste im deutschsprachigen Raum wurde von Wächter (2009) über einen Zeitraum von vier Monaten durchgeführt. Die verwendeten Instrumente waren

- das *Inventar zur Beurteilung der PESSO-Therapie von Teilnehmer einer laufenden PESSO-Psychotherapiegruppe* (eine deutsche Übersetzung eines holländischen Fragebogens; englischer Titel: *Satisfaction List*, zitiert nach Wächter, 2009),
- die *Symptom-Checkliste* (Derogatis, 1983),
- der *Fragebogen zum emotionalen Befinden* (EMO; Bartram & Rogner, 1994) und
- ein Fragebogen zu sozialen Daten (Wächter, 2009).

Für 57 von ursprünglich 78 Teilnehmern lagen zwei Erhebungen vor. Wächter (2009) fand signifikante Reduktionen der SCL-90 Gesamtwerte ( $p < .001$ ) sowie Reduktionen auf acht von zehn Skalen. Es zeigten sich signifikant negative Zusammenhänge zwischen der Teilnahmedauer an PESSO-Gruppen und dem SCL-90-Gesamtwert, positive Zusammenhänge zwischen Teilnahmedauer und Item 4 des Inventars zur Beurteilung der PESSO-Therapie („Durch Teilnahme an der PESSO-Psychotherapiegruppe haben sich meine Beschwerden verringert“) sowie negative Zusammenhänge zwischen Teilnahmedauer und berichteten negativen Emotionen (Wächter, 2009). Mit steigender Teilnahmedauer nahmen positive Emotionen zu, nahm die Lebensfreude zu, wurde von mehr Kontakt zu sich selbst berichtet und mehr Lebenssinn empfunden (Korrelationen sind in Tabelle 2 angegeben).

Tabelle 2: Darstellung der signifikanten Korrelationen aus der Studie von Wächter (2009)

Signifikante Zusammenhänge zwischen steigender Teilnahmedauer und...	Korrelation	
	Zeitpunkt 1	Zeitpunkt 2
SCL-90-Gesamtwert	$r = -.190^*$	
Item 4 des Inventars zur Beurteilung von PESSO-Therapie	$r = .403^{**}$	$r = .331^{**}$
berichteten negativen Emotionen „ängstlich-erregender Art“ (EMO)	$r = -.237^*$	
Item 11 des Inventars zur Beurteilung von PESSO-Therapie: Die PESSO-Therapie hilft mir,		
11a) mehr Freude am Leben zu haben	$r = .270^*$	$r = .307^*$
11b) mehr Kontakt zu mir selbst zu spüren	$r = .404^{**}$	$r = .390^{**}$
11c) mich mit anderen Menschen verbundener zu fühlen		$r = .406^{**}$
11d) Sinn in meinem Leben zu erfahren	$r = .219^*$	

---

Schwächen dieser Arbeit stellen die fehlende Kontrollgruppe sowie fehlende Untersuchungen zu Gütekriterien des Inventars zur Beurteilung der Pesso-Therapie von Teilnehmer einer laufenden Pesso-Psychotherapiegruppe dar. Die Korrelationen von Teilnahmedauer und anderen Variablen sind methodisch angreifbar, denn das Dosis-Wirkungsverhältnis der Pesso-Therapie wird durch folgende vier Punkte verzerrt: Einige Probanden hatten bereits vor Gruppeneintritt Therapieerfahrung gesammelt, 49% der Probanden besuchten neben der Pesso-Gruppe noch weitere Gruppen- oder Einzeltherapien und 40 % der Probanden gaben bei der Postmessung an, in den letzten drei Monaten besonders positive oder negative Ereignisse erlebt zu haben. Wird das interindividuelle Belastungsausmaß zu Beginn der Therapie nicht statistisch kontrolliert, wirft ein interindividueller Vergleich von Zusammenhängen zwischen Therapiedauer und Variablen, die für den Therapieerfolg stehen sollen, bei einer Stichprobe von  $n=78$  bzw.  $n=57$  ebenfalls methodische Schwierigkeiten auf.

#### 1.4 Überprüfung von Therapieerfolg anhand des *Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme* (IIP-D)

Wie in der im Absatz 1.3.3 dargestellten Studie von Vogel und Rokenes (2004) soll in meiner Studie das *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme* (IIP-D, Horowitz et al., 1994) für die Wirksamkeitsprüfung von Pesso-Therapie verwendet werden. Das ursprünglich englische Inventar (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño & Villaseñor, 1988) umfasste in seiner Langform 127 Items<sup>7</sup>. Die Langform wurde von Alden, Wiggins und Pincus (1990) durch faktorenanalytische Untersuchungen in die heute geläufige 64-Item-Form gekürzt, die acht Skalen umfasst. Die Skalen bilden acht zwischenmenschliche Interaktionsstile ab und sind mit jeweils einem Beispielitem in Tabelle 4 sowie im Kreismodell in Abbildung 2 dargestellt. Es existiert auch eine Kurzfassung mit nur 32 Items (Barkham, Hardy & Startup, 1996). Die Items sind inhaltlich in zwei Teile gruppiert. Der erste Teil beschreibt Verhaltensweisen, die einem im Umgang mit anderen schwer fallen können (z.B. „Es fällt mir schwer, anderen gegenüber ‚Nein‘ zu sagen“), der zweite Teil beschreibt Aspekte, die man im Umgang mit anderen zu viel zeigt (z.B. „Ich bemühe mich zu sehr anderen zu gefallen“). Die Aussagen werden auf einer fünfstufigen Likertskala (0=nicht bis 4=sehr) eingeschätzt. Die

---

<sup>7</sup> Für die Beschreibung der Testkonstruktion siehe Horowitz et al. (1988), sowie Horowitz, Strauß & Kordy (2000).

Auswertung zeigt, in welchen der acht Bereiche der Klient Probleme aufweist sowie seine interpersonelle Gesamtbelastung.

*Tabelle 3: Skalen des IIP mit je einem Beispielitem*

Skala	Beispielitem
PA – autokratisch/zu dominant	„Es fällt mir schwer, Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind“
BC – streitsüchtig/konkurrierend	„Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen“
DE – abweisend/kalt	„Es fällt mir schwer, eine langfristige Verpflichtung anderen gegenüber einzunehmen“
FG – introvertiert/sozial vermeidend	„Ich habe vor anderen zu viel Angst“
HI – selbstunsicher/unterwürfig	„Es fällt mir schwer, selbstbewusst zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin“
JK – ausnutzbar/nachgiebig	„Es fällt mir schwer, mich mit jemand anderem zu streiten“
LM – fürsorglich/freundlich	„Ich bin anderen gegenüber zu großzügig“
NO – expressiv/aufdringlich	„Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge“

**Theoretischer Hintergrund** Der theoretische Hintergrund des Fragebogens geht zurück auf die interpersonale Theorie von Sullivan (1953) und Leary (1957). Sullivan (1953) fasst Persönlichkeit als überdauerndes Muster interpersonaler Beziehungen und psychische Störungen als Muster dysfunktionaler Beziehungen auf. Darauf aufbauend entwickelte Leary (1957) ein Kreismodell, das jegliches interpersonale Verhalten in einem zweidimensionalen Raum beschreibt. Die beiden Dimensionen dieses Raumes sind Kontrolle (Dominanz versus Unterwerfung) und Zuneigung (Liebe versus Hass). Faktoranalytische Studien stützen diese Annahme, da die beiden Dimensionen bei der Einschätzung von Persönlichkeitseigenschaften viel Varianz aufklären (beispielsweise Becker & Krug, 1964; Conte & Plutchik, 1981; Foa, 1961; Wiggins, 1979, zitiert nach Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993). Diesen zweidimensionalen Raum unterteilte Leary (1957) in Oktanten, die acht verschiedene zwischenmenschliche Interaktionsstile abbilden sollen und in Abbildung 3 dargestellt sind.

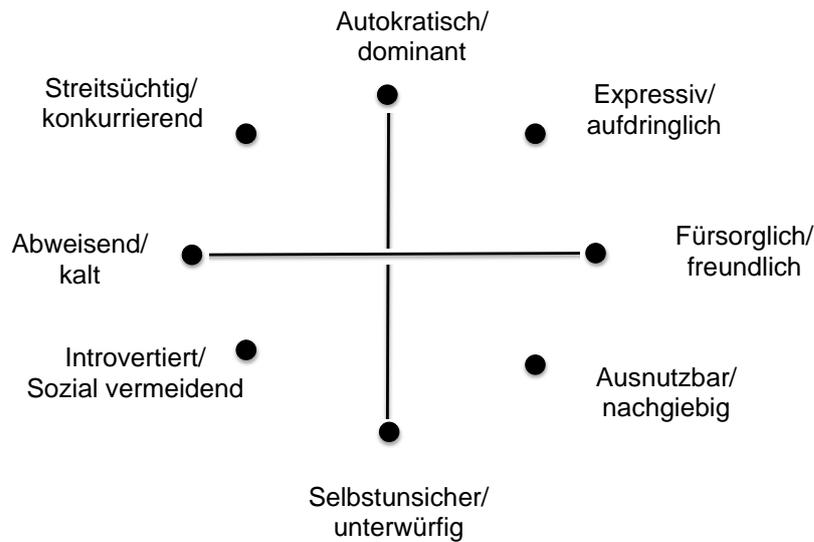


Abbildung 3: Der Interpersonale Circumplex

Nun wird dargelegt, warum das Instrument für die Untersuchung valide ist. Buber (1999) beschreibt mit seinem bekannten Satz „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ treffend das Ausmaß, in dem das Wohlbefinden des Menschen von erfüllenden sozialen Interaktionen abhängig ist. Zahlreiche theoretische und empirische Arbeiten weisen auf den Zusammenhang zwischen Psychopathologie und interpersonellem Verhalten hin (Horowitz, 2004). Der Grund, warum sich Menschen in Therapie begeben, liegt oft in zwischenmenschlichen Problematiken (Horowitz, 1979), welche in psychologischer Therapie auch vorrangig behandelt werden (Strupp & Binder, 1984). Unter den standardisierten Instrumenten für die Erhebung von interpersonellen Schwierigkeiten zählt das *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP; Horowitz et al., 1988) heute im klinischen Bereich zu den Standardmethoden der Therapieevaluation und Qualitätssicherung (Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher & Strauß, 1999). Der Anwendungsschwerpunkt des IIP wird im Manual als *Instrument zur Status- und Prozessdiagnostik in der Psychotherapie* beschrieben (Horowitz et al., 1994). Zahlreiche klinische Studien untermauern diesen Anspruch, von denen ich nun exemplarisch einige ansprechen möchte.

Art und Ausmaß durch den IIP erhobener interpersoneller Probleme wurden als Vorhersagekriterium für Therapieoutcome (beispielsweise Ruiz, Borkovec, Echemendia, Castonguay & Ragusea, 2004) oder für den Aufbau einer tragfähigen Therapeutenbeziehung

(Muran, Segal, Samstag & Crawford, 1994) aufgestellt. Zusammenhänge des IIP mit Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. Hopwood, Koonce & Morey, 2009) oder mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. Ogrodniczuk, Piper, Joyce, Steinberg & Duggal, 2009) wurden untersucht.

Die Veränderungssensitivität des IIP wurde von Huber, Henrich und Klug (2007) mit einer Gruppe von 63 depressiven Patienten in psychoanalytischer Behandlung nachgewiesen. Nach einer Behandlungsspanne, die jedoch sehr heterogen zwischen 6 und 90 Monaten lag, konnten signifikante Veränderungen auf allen IIP-Skalen und dem Gesamtwert gefunden werden ( $p < .001$ ). Die beiden Skalen, die durch die psychoanalytische Therapie am wenigsten ansprachen, waren die Skala „zu dominant“ und „zu kalt/abweisend“ (nur 18% der Patienten zeigten signifikante Veränderungen).

Die Veränderungssensitivität des IIP durch kognitive Verhaltenstherapie wurde beispielsweise von Vittengl, Clark und Jarrett (2003) belegt. Sie fanden nach 20 Sitzungen signifikante Verbesserungen auf allen IIP-Skalen ( $p < .01$ ). Jedoch bestand diese Stichprobe wie bei Huber et al. (2007) nur aus depressiven Patienten ( $n=118$ ).

Im Folgenden wird erläutert, warum sich der IIP zur Erfassung therapeutischer Prozesse der Pesso-Therapie eignet. Da der grundlegende Gedanke der Pesso-Therapie die stimmige Interaktion ist (Howe, 1991), ist es naheliegend, einen Fragebogen zu wählen, der sich auf Zwischenmenschlichkeit bezieht. Weiter zeigen Befunde aus der Forschung, dass die im IIP erfassten interpersonalen Probleme in korrelativem Zusammenhang mit nicht erfüllten grundlegenden Entwicklungsbedürfnissen der Pesso-Therapie stehen. Für die erlebte Ablehnung durch Vater oder Mutter sowie für die Überprotektion durch Eltern in der Kindheit, lassen sich positive Korrelationen von .12 bis .41 ( $p < .001$ ) zu späteren zwischenmenschlichen Problemen auf allen Skalen des IIP finden (Brähler et al, 1999). Ablehnende Haltung der Eltern führt zu einem unbefriedigten kindlichen Bedürfnis nach emotionaler *Nahrung* und liebevollem *Platz*, eine Überprotektion lässt sich dem nicht adäquat erfüllten, da nicht am Kind ausgerichteten Bedürfnis nach *Schutz* und *Grenzen* zuordnen. Elterliche Wärme hingegen weist einen negativen Zusammenhang mit Belastung durch interpersonale Probleme auf (Brähler et al., 1999). Die Ausprägung von Holes-in-Roles-Themen kann im IIP-D durch die Skala „zu fürsorglich/zu freundlich“ als operationalisiert gelten. Die Testautoren beschreiben diese Skala folgendermaßen (Horowitz et al., 2000, S. 22):

„Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten, dass sie ihre eigenen Interessen und Wünsche gegenüber den Bedürfnissen anderer vernachlässigen, dass sie

---

*zu großzügig sind oder sich zu sehr durch die Not anderer anrühren lassen; es fällt ihnen schwer, anderen Grenzen zu setzen.“*

---

## TEIL II. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

### 2 Hypothesen und Fragestellungen

Vogel und Rokenes (2004) konnten zeigen, dass Pessso-Therapie das Gesamtausmaß zwischenmenschlicher Belastungen und die Ausprägungen auf sechs von acht Skalen des IIP in einer Zeitspanne von einem halben Jahr signifikant reduzieren kann (siehe Abschnitt 1.3.4). Gemäß dem Dosis-Wirkungsverhältnis von Psychotherapie nach Howard, Kopta, Krause und Orlinsky (1986) interessiert in dieser Studie, ob bereits nach vier Monaten Pessso-Therapie signifikante Reduktionen selbstwahrgenommener zwischenmenschlicher Probleme nachweisbar sind (Hypothese 1) und ob auch eine intensive Kurzzeitintervention durch Pessso-Therapie über drei Tage selbstwahrgenommene zwischenmenschliche Probleme signifikant verbessern kann (Hypothese 2).

- *Hypothese 1: Auch eine Pessso-Therapie-Interventionseinheit, die weniger als ein halbes Jahr umfasst, zeigt signifikante Veränderungen zwischenmenschlicher Schwierigkeiten in Richtung des Mittelwerts der gesunden Normstichprobe.*
- *Hypothese 2: Bereits eine intensive dreitägige Kurzzeitintervention durch Pessso-Therapie zeigt signifikante Veränderungen zwischenmenschlicher Schwierigkeiten in Richtung des Mittelwerts der gesunden Normstichprobe.*

Zudem wird der Fragestellung nachgegangen, ob die Pessso-Therapie auf bestimmten Skalen besser wirkt als auf anderen (Fragestellung 1) und ob sich diese spezifische Wirkung inhaltlich auf therapeutische Interventionstechniken der Pessso-Therapie zurückführen lässt (Fragestellung 2).

- *Fragestellung 1: Wirkt die Pessso-Therapie auf einzelnen Skalen des IIP besser als auf anderen?*
- *Fragestellung 2: Falls eine spezifische Wirkung gefunden wird, kann diese Wirkung inhaltlich auf therapeutische Interventionstechniken der Pessso-Therapie zurückgeführt werden?*

### 3 Methoden

#### 3.1 Studiendesign

Der Effekt von Pessso-Therapie auf die Reduktion zwischenmenschlicher Probleme wurde anhand zwei verschiedener Designs untersucht. Die erste Untersuchung fand in einer fortlaufenden Pessso-Gruppe statt, in der die Probanden schon viel Gruppentherapieerfahrung, im Besonderen auch mit Pessso-Therapie, aufwiesen. Diese Gruppe wurde über ein Intervall von vier Monaten beobachtet, der IIP-D wurde einmal zu Beginn und einmal am Ende dieser Periode ausgefüllt. Gruppensitzungen fanden in der Untersuchungszeit zwischen fünf und acht Mal für je 3,5 Stunden statt. Eigene Themen konnten in dieser Zeit ein- bis zweimal bearbeitet werden.

Die zweite Untersuchung fand in einem Einführungs-Workshop zur Pessso-Therapie statt. In diesem Fall hatte keiner der Probanden Vorerfahrung mit Pessso-Therapie, einige hatten noch überhaupt keine Psychotherapie- oder keine Gruppentherapieerfahrung gesammelt<sup>8</sup>. Der Workshop ging über drei Tage von morgens bis abends und fand auf einem Gutshof statt, auf dem die Probanden, der Therapeut und die Versuchsleiterin gemeinsam untergebracht waren. Der Workshop umfasste sowohl theoretische als auch praktische Einführungen in das komplexe Therapieverfahren. Jeder Proband hatte die Möglichkeit, an eigenen Themen zu arbeiten.

#### 3.2 Behandlungsverfahren

Das von Pessso entwickelte Behandlungsverfahren ähnelt dem systemischen Ansatz, da versucht wird, die gegenwärtigen Symptome des Klienten auf verursachende Einflüsse des Familiensystems zurückzuführen und anschließend zu verändern (Fischer-Bartelmann, 2006).

Jede Struktur (Einheiten therapeutischer Arbeit eines Klienten, die ca. 50 Minuten dauern) beginnt mit der Schilderung eines aktuellen Problems des Klienten.

---

<sup>8</sup> für nähere Angaben siehe Abschnitt 4.4

Während der Schilderung treten emotionale Cues auf, die der Therapeut wahrnimmt und im Kontext des Erzählten benennt (Schrenker, 2008). Diesen Vorgang nennt man *Microtracking*<sup>9</sup>. Wird die innere Wahrheit des Klienten genau getroffen, schafft die Verbalisierung dieser Wahrheit Bewusstheit. Oft tauchen Erinnerungsbildern vor dem inneren Auge des Klienten auf<sup>10</sup>.

Aus diesen Erinnerungsbildern lassen sich tiefe emotional-interaktionelle Sehnsüchte des Klienten extrahieren; sie sind der Ausgangspunkt für die Entwicklung von heilenden Gegenbildern, den Antidots. Lösen diese Erinnerungen starke Emotionen aus, wird dem Klienten angeboten, Rollenspieler in die Rolle *haltgebender Figuren* zu wählen, und ihnen zu sagen, wie er sie bei sich haben oder spüren möchte. Nach Vorgabe des Therapeuten sprechen die haltgebenden Figuren auch passende Sätze für den Klienten. So fühlt sich dieser sicher, die heftigen Emotionen zuzulassen, ohne von ihnen überflutet zu werden (Pesso, 1991). Wie die anschließende Konstruktion heilender Gegenbilder abläuft, soll im Folgenden erklärt werden.

### 3.2.1 Behandlung von Holes in Roles

Menschen, die als Kind gelernt haben ihre Eltern zu versorgen, können häufig nicht glaubhaft die optimale *Beelterung* durch Rollenspieler annehmen. Um diesen Schritt, vom Gebenden zum Nehmenden zu werden, zulassen zu können, bietet die Pesso-Therapie einen Ausweg: Es wird zunächst eine neue Geschichte für die Eltern (oder andere Vorfahren) geschrieben. Denn erst wenn es den Eltern in sich und miteinander gut geht, ist das Kind soweit entlastet, dass es für sich selbst etwas nehmen kann und diese Möglichkeit überhaupt erst glaubhaft wird. Die Inszenierung der neuen Geschichte läuft folgendermaßen ab: Durch den betroffenen Klienten ausgewählte Gruppenteilnehmer übernehmen die Rolle idealer Eltern für die Mutter oder den Vater des Klienten. Es wird eine Art Szenerie erstellt, oft mit Decken und Sitzkissen. Der Betroffene beobachtet diese aus etwas Abstand und erlebt, wie es damals für seinen Elternteil als junges Kind hätte sein sollen. Der Therapeut spricht den Rollenspielern treffende Sätze

---

<sup>9</sup> Für genauere Ausführungen siehe Bachg, 2004.

<sup>10</sup> Für die Erklärung neuronaler Prozesse einer Struktur siehe Perquin, 2004.

vor, die diese für den symbolisierten Elternteil des Klienten wiederholen. Die idealen Eltern für die realen Eltern des Klienten richten sich dann direkt an den Klienten, um ihm mitzuteilen, dass es ihre Aufgabe ist, sich zu kümmern und nicht seine. Als nächstes kann ein weiterer Schritt folgen, der diese klare Abgrenzung für den Klienten noch deutlicher sichtbar werden lässt: Der Therapeut schiebt ein großes, rechteckiges Kissen, ähnlich einem Sichtschutz, zwischen die Szenerie und den Klienten. Dadurch wird veranschaulicht, dass der Klient für die Versorgung seines Elternteils nicht mehr zuständig ist. Die Klienten erleben infolge eine deutliche Erleichterung, weil die Last, für die Eltern sorgen zu müssen, von ihnen abfällt. Meist geht die Abgabe dieser Verantwortung mit der Öffnung des Klienten einher, nun für sich selbst eine neue Geschichte zu kreieren.

### 3.2.2 Behandlung von Traumatisierung

Werden bei der therapeutischen Arbeit mit Menschen, die Traumatisierung erlebt haben, erste körperliche Anzeichen von Angst oder Panikgefühlen sichtbar, bietet der Therapeut dem Klienten an, Kontaktfiguren/ haltgebende Figuren auszuwählen, die ihm helfen, mit der Intensität dieser Gefühle umzugehen. Sobald in dem Patienten ein Erinnerungsbild aufsteigt, die sogenannte *historische Szene*, ist der wichtigste therapeutische Schritt die Implementierung von Schutz (Schrenker, 2010). In der Pesso-Therapie darf der Betroffene hierfür einen Rollenspieler auswählen, der die Rolle einer schützenden Figur übernimmt. Diese kann eine reale Person (z.B. eine ideale Mutter) oder eine fiktive Person sein (beispielsweise ein Onkel, den es nicht gab). Wenn der Klient sich keine menschliche Figur mit diesen Qualitäten vorstellen kann, kann die Rolle der schützenden Figur auch ein Schutzschild sein (Schrenker, 2010). Die Schutzfigur stellt sich zwischen den Klienten und die historische Szene, die der Klient gedanklich in den Raum projiziert. Nach Anleitung des Therapeuten wehrt die Schutzfigur die historische Szene körperlich und verbal ab. Wird diese neue Schutzerfahrung abgespeichert, ergibt sich für den Klienten die Möglichkeit, eine heilende Gegenerfahrung mit idealen Eltern zu kreieren<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Für eine ausführlichere Darstellung der Bearbeitung von Traumata siehe Schrenker (2010).

### 3.2.3 Behandlung grundlegender Defizite

Je nachdem welches Bedürfnis/welche Bedürfnisse bei dem Klienten nicht erfüllt wurden, fallen die gesprochenen Sätze und Interaktionen anders aus. Jedoch geht es jedes Mal um einen emotional-interaktionellen Nachreifungsprozess mit Eltern und Umständen, wie sie der Patient als Kind gebraucht hätte. Diese idealen Eltern stellen das zur Verfügung, was gefehlt hat: Die Elternfiguren sind passgenau abgestimmt auf die Bedürfnisse des Kindes und auf den Zeitpunkt, in dem die Erfüllung der Bedürfnisse hätte erfolgen sollen (Schrenker, 2008). Diese Szenerie, das Antidot, wird nach und nach behutsam konstruiert. Der Therapeut bietet dem Klienten hierfür Schritte an, die der Klient auf Stimmigkeit überprüft, bevor sie umgesetzt werden. Für die Erstellung des Antidots sitzt der Klient auf Sitzkissen, die idealen Elternfiguren hingegen erhöht (meist auf Stühlen) vor ihm. Dieser Größenunterschied ist von Wichtigkeit, um die kindliche Position glaubhaft zu machen.

Themen, die oft behandelt werden, sind liebevolle, wahrnehmende und besonders achtungsvolle Verbundenheit der Eltern mit dem Kind, wertschätzende Unterstützung, Entlastung des Kindes im Sinne von Leistungsansprüchen und der Abbau von Omnipotenz. Für letzteres gibt es körperliche Limitierungsübungen, bei denen der Klient all seine Kraft aufwenden darf, um gegen einen Elternteil anzukämpfen, während Rollenspieler in dieser Situation liebevoll dagegenhalten und ihn mit all seiner Kraft willkommen heißen. Meist endet eine Struktur nach Tränen in einer verschlungenen, glücklichen „Familienumarmung“. An dieser Stelle fordert der Therapeut den Klienten auf, die Situation fühlend in sich abzuspeichern. Ist diese emotionale Erlebnisqualität verankert, öffnet diese Erfahrung neue Perspektiven für die Gegenwart (Schrenker, 2008).

### 3.3 Therapeut

Der durchführende Diplom-Psychologe/Psychotherapeut ist international zertifizierter Trainer und Supervisor für Pesso-Therapie. Er arbeitet seit 1985 in einer nie-

---

dergelassenen Praxis mit methodenintegrativem Schwerpunkt im Bereich der Verhaltenstherapie. Seit 1996 erfolgte eine zunehmende Spezifizierung auf Pesso-Therapie, die er seit 2000 sowohl in der Einzeltherapie, als auch in der Arbeit mit Gruppen umsetzt.

### 3.4 Stichprobenbeschreibung

Die Rekrutierung der Teilnehmer wurde durch die Zusammenarbeit mit dem in Abschnitt 3.3 vorgestellten Therapeuten ermöglicht.

#### 3.4.1 Stichprobe 1 – fortlaufende Gruppe

Die Probanden der Stichprobe 1 setzten sich zusammen aus drei verschiedenen fortlaufenden Pesso-Gruppen, die je acht Teilnehmer umfassen, von denen fünf Männer und neun Frauen im Alter zwischen 28 und 54 Jahren ( $M=42.3$  Jahre,  $SD=7.1$  Jahre) bereit waren, teilzunehmen. Sie wurden durch ein E-Mail-Anschreiben mit der Anfrage auf freiwillige Teilnahme an der Pilotstudie rekrutiert. Das Bildungsniveau der Stichprobe war extrem hoch, nur bestehend aus höheren Bildungsabschlüssen (siehe Tabelle 4). Diese Verteilung lässt sich beispielsweise durch die private Abrechnung der Sitzungen erklären. In der Vorerfahrung mit Psychotherapie war die Gruppe sehr gemischt. In Einzeltherapie waren vor dem Untersuchungszeitpunkt 93% ( $M=2.3$  Jahre,  $SD=1.3$  Jahre), in Gruppentherapie 64% ( $M=2.5$  Jahre,  $SD=3.9$  Jahre, siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe 1 – fortlaufende Gruppe

Merkmale	Stichprobe 1 (N = 14)		
<b>Alter</b>	M	42.3	
	SD	7.1	
	Spanne	28-54	
<b>Altersgruppen</b>	26-35 Jahre	2	(14.2%)
	36-45 Jahre	6	(42.9%)
	46-55 Jahre	6	(42.9%)
<b>Geschlecht</b>	männlich	5	(35.7%)
	weiblich	9	(64.3%)
<b>Bildung</b>	Hauptschulabschluss	0	(0%)
	Realschulabschluss	0	(0%)
	(Fach-)Abitur	3	(21.4%)
	Hochschulreife	10	(71,4%)
	Promotion	1	(7,1%)
<b>Beruf</b>	Student	1	
	Jurist	2	
	Journalist	1	
	Akademiker	2	
	Architekt	2	
	Beamter	1	
	Musiker	1	
	Patentprüfer	1	
	Verkaufsleitung	1	
	Selbständig	1	
<b>Therapievorererfahrung</b>	Einzeltherapie		
	M	2.3 Jahre	
	SD	1.3 Jahre	
	Spanne	0-4 Jahre	
<b>Therapievorererfahrung</b>	Gruppentherapie		
	M	2.5 Jahre	
	SD	3.9 Jahre	
	Spanne	0-12 Jahre	

Anmerkungen: N = Stichprobengröße; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

### 3.4.2 Stichprobe 2 – Pesso-Workshop

Die Stichprobe 2 setzt sich zusammen aus 13 von 14 Teilnehmern eines Einführungs-Workshops zur Pesso-Therapie. Es nahmen sechs Männer und sieben Frauen im Alter von 28 und 71 Jahren ( $M=45.5$  Jahre,  $SD=10.7$  Jahre) teil. Die Anfrage auf freiwillige und anonyme Teilnahme an der Studie wurde per E-Mail verschickt. Auch in dieser Stichprobe lässt sich ein hohes Bildungsniveau finden (siehe Tabelle 5), das sich mitunter durch die hohen Kosten für das Seminar und die Un-

terkunft inklusive Vollverpflegung, erklären lässt. 69% der Probanden hatten Vorerfahrung im Bereich der Einzeltherapie ( $M=2.6$  Jahre,  $SD=3.6$  Jahre), jedoch nur 25% ( $M=0.2$  Jahre,  $SD=0.4$  Jahre) wiesen Erfahrung im Bereich der Gruppentherapie auf (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe 2 – Pessow-Workshop

Merkmale		Stichprobe 2 (N = 13)	
<b>Alter</b>	M	45.5	
	SD	10.7	
	Spanne	28-71	
<b>Altersgruppen</b>	26-35 Jahre	2	(15.4%)
	36-45 Jahre	3	(23.1%)
	46-55 Jahre	7	(53.8%)
	56-65 Jahre	0	(0%)
	66-75 Jahre	1	(7.7%)
<b>Geschlecht</b>	männlich	6	(46.2%)
	weiblich	7	(53.8%)
<b>Bildung</b>	Hauptschulabschluss	0	(0%)
	Realschulabschluss	3	(23.1%)
	(Fach-)Abitur	4	(30.8%)
	Hochschulreife	3	(23.1%)
	Promotion	3	(23.1%)
<b>Beruf</b>	Arzt	3	(23.1%)
	Fotograf	1	(7.7%)
	Geschäftsführer	1	(7.7%)
	Maschinenbauingenieur	1	(7.7%)
	Psychologe/Therapeut	3	(23.1%)
	Unternehmensberater	1	(7.7%)
	nicht berufstätig	3	(23.1%)
<b>Therapievorserfahrung</b>	Einzeltherapie		
	M	2.6 Jahre	
	SD	3.6 Jahre	
	Spanne	0-13 Jahre	
<b>Therapievorserfahrung</b>	Gruppentherapie		
	M	0.2 Jahre	
	SD	0.4 Jahre	
	Spanne	0-1 Jahre	

Anmerkungen: N = Stichprobengröße; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

### 3.5 Gütekriterien des Messinstruments

Die Circumplexstruktur des IIP wurde anhand zahlreicher Studien belegt (siehe beispielsweise Alden et al., 1990; Pincus, Gurtman & Ruiz, 1999; Acton & Revelle, 2002; für die deutsche Version: Grosse Holtforth, Lutz & Grawe, 2006). Die Retest-Reliabilität der Skalen, getestet an einer Stichprobe von  $n = 33$  über den Zeitraum von zwei Monaten, fällt mittel bis hoch aus ( $r = .81$  bis  $r = .90$ ). Becker und Mohr (2005) fanden (für nicht-ipsatierte Werte<sup>12</sup>) in ihrer Stichprobe von  $n = 129$  interne Konsistenzen im Bereich von  $r = .65$  (Skala LM) und  $r = .84$  (Skala FG), die zwischen niedrig und mittel einzustufen sind. Die Validität des Inventars ist sehr gut: Es eignet sich für die Diskrimination zwischen Diagnosegruppen (Wuchner, Eckert & Biermann-Ratjen, 1993), es korreliert signifikant mit relevanten Persönlichkeitsmerkmalen (siehe z.B. Davies-Osterkamp & Kriebel, 1993) und mit Bindungsstilen (Bartholomew & Horowitz, 1991). Mehrere Studien zu konvergenter Kriteriumsvalidität sind im Manual angegeben (Horowitz et al., 2000). Auch die ökologische Validität ist hoch, da die Items aus Patientenberichten extrahiert wurden (Horowitz, et al., 2000). Normwerte für die deutsche Version lieferten Brähler et al. (1999) mit  $n > 2789$  gesunden Probanden.

### 3.6 Datenauswertung

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programm SPSS 20 vorgenommen.

#### 3.6.1 Auswertung des IIP-D

Der IIP-D lässt sich folgendermaßen auswerten: Die jeweils zu einer Skala gehörenden acht Items werden aufsummiert, der Mittelwert dieser Summe bildet den Skalenrohwert. Der Mittelwert der acht Skalenwerte stellt den IIP-Gesamtwert dar. Um eine

---

<sup>12</sup> Die Definition von ipsatierten Werten wird in Abschnitt 3.6.1 vorgenommen.

Art Standardisierung zu erreichen und die IIP-Werte interindividuell besser vergleichbar zu machen, schlagen die Testhersteller die Verwendung ipsatierter Werte vor. Ipsatierte Werte erhält man, indem die einzelnen Skalenwerte einer Person vom IIP-Gesamtwert subtrahiert werden. Dieses Vorgehen soll die individuelle Belastungsschwere oder das individuelle Antwortverhalten auspartialisieren, wodurch die Hauptproblematik der Person erkennbar wird. Da die Ipsatierung jedoch zum Verlust wichtiger quantitativer Informationen und zur Reduktion der Reliabilität führt (siehe Becker & Mohr, 2005), wird in dieser Untersuchung davon abgesehen, mit ipsatierten Werten zu rechnen.

**Berechnung von Stanine-Werten** Anhand der im Manual (Horowitz et al., 2000) angegebenen Tabellen werden für jede Versuchsperson Stanine-Werte für die acht Skalen und die Gesamtskala ermittelt. Diese Stanine-Werte ermöglichen eine Einschätzung dessen, wie häufig der beobachtete Wert in der gesunden Normstichprobe vorliegt (Prozentangaben siehe Abbildung 4). Stanine-Werte werden im Manual getrennt nach Geschlecht und Alter angegeben.

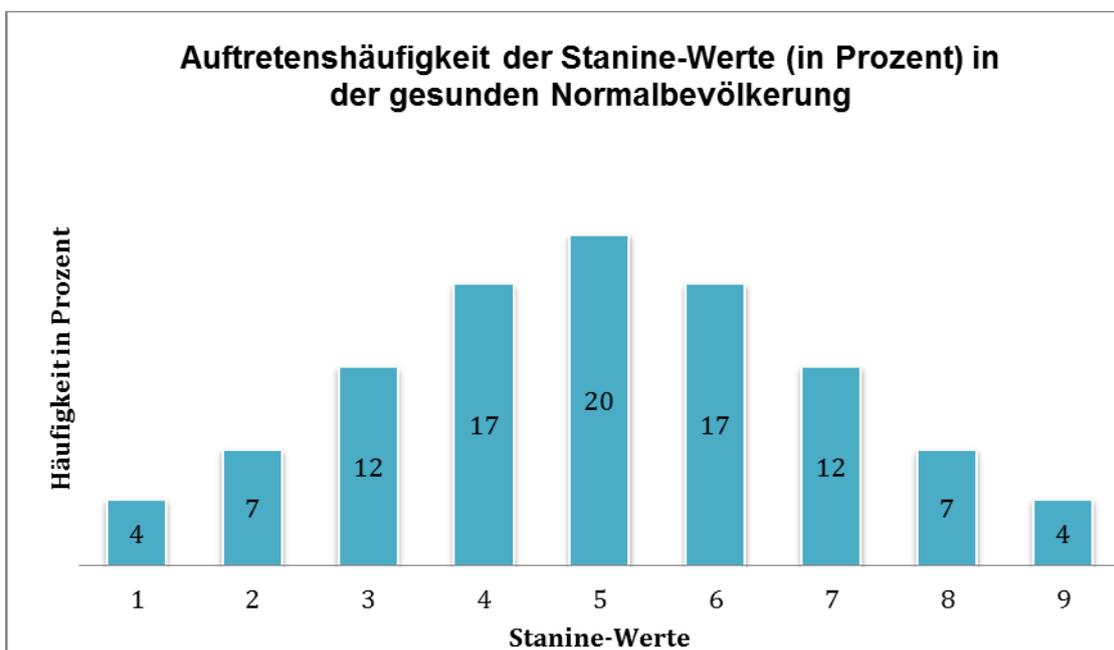


Abbildung 4: Darstellung der Häufigkeit (in Prozent) von zugeordneten Stanine-Werten

### 3.6.2 Überprüfung einer Prä-Post-Veränderung der Gruppe

Brähler et al. (1999) konnten nachweisen, dass demographische Variablen wie Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Wohnort oder Partnerschaft wenig Varianz der IIP-Werte aufklären, daher kann auch eine gemeinsame Auswertung der Stichprobe vorgenommen werden. Im Manual wird angegeben, dass die Skalen des IIP-D für ipsatierte Werte leichte Verzerrungen aufweisen, die jedoch „tolerabel“ sind (Horowitz et al., 2000, S. 15). Somit sind nicht alle Skalen normalverteilt. Kunst und Hoyer (2003) finden für ipsatierte Werte eine Normalverteilung aller Skalen ( $p < .20$ ) für eine Stichprobe von Straftätern. Da sich ipsatierte und nicht-ipsatierte Werte lediglich durch eine additive Konstante (den IIP-Gesamtwert) unterscheiden, entsprechen sich die Verteilungsmuster. Obwohl die Genauigkeit parametrischer Verfahren durch die Verletzung der Normalverteilungsannahme kaum abnimmt (Bühner & Ziegler, 2009), wird die Prüfung von Mittelwertsunterschieden zwischen Prä- und Postmessung neben dem t-Test auch durch ein nonparametrisches Verfahren vorgenommen: Es wird sowohl der Wilcoxon-Signifikanztest berechnet, als auch ein t-Test für verbundene Stichproben. Die beiden Signifikanztests werden zweiseitig auf einem  $\alpha$ -Signifikanzniveau von fünf Prozent durchgeführt. Die statistische Prüfung erfolgt deshalb zweiseitig, um für den Fall einer Intensivierung zwischenmenschlicher Probleme auch diese interpretieren zu können. Die Berechnung der Effektstärke erfolgte nach Cohen (1988):

$$ES = \frac{M_1 - M_2}{\frac{SD_1 + SD_2}{2}}$$

---

Formel 1: Berechnung der Effektstärke

Anmerkungen: ES = Effektstärke; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung der Stichprobe

### 3.6.3 Überprüfung einer Prä-Post-Veränderung einzelner Probanden

Für homogene Diagnosegruppen gibt es teilweise spezifische Verteilungsmuster, die sich aber in einer heterogenen Diagnosestichprobe bei Mittelwertbildungen aufheben können. Daher wurde von Gurtman und Balakrishnan (1998) eine Auswertungsmethode für Circumplexdaten vorgeschlagen, welche die Kreisstruktur durch Subgruppenbildung erhält. In dieser Studie kann diese Methode jedoch aufgrund der zu

kleinen Stichprobe nicht sinnvoll angewandt werden. Zusätzlich können sich Veränderungen in gegenläufige Richtungen aufheben und somit durch den t-Test nicht erfasst werden. Um das Problem der Mittelwertbildung zu berücksichtigen, wurde zusätzlich eine einzelfalldiagnostische Auswertung der Daten mit dem *Reliable Change Index* (RCI, Jacobson & Truax, 1991) vorgenommen. Mithilfe des RCI kann eine stattgefundene Veränderung zwischen Prä- und Postmessung messfehlerkritisch abgesichert werden. Es wird dabei das Verhältnis zwischen der Differenz von Post- und Ausgangswert und dem Standardmessfehler der Differenz dieser Werte gebildet. Dieses Verhältnis bildet den RCI-Wert. Um diesen zu ermitteln, muss zunächst der Standardmessfehler berechnet werden. Er lässt sich mithilfe der Standardabweichung des Normwerts oder der Werte in der Prämessung, sowie der Retest-Reliabilität berechnen. Ob eine signifikante Veränderung stattgefunden hat, zeigt sich, wenn der RCI Wert extremer ausfällt als der kritische z-Wert. Der kritische z-Wert lässt sich je nach Sicherheitswahrscheinlichkeit und Seitigkeit der Hypothese aus der z-Verteilung ablesen (Bühner, 2011). Für diese Studie beträgt der kritische z-Wert 1.96 und -1.96, gemäß einer zweiseitigen Hypothese und der Sicherheitswahrscheinlichkeit von 5%. Für die Berechnung des Standardmessfehlers wurde die Standardabweichung der Stichprobe in der Prämessung verwendet. Da im Manual (Horowitz et al., 2000) für den IIP-Gesamtwert keine Retest-Reliabilität angegeben wird, kann für den Gesamtwert kein RCI-Wert ermittelt werden.

$$\text{RCI} = \frac{x_{\text{post}} - x_{\text{prä}}}{\text{SE}}$$

$$\text{SE der Differenz} = \sqrt{2 \times (\text{SE})^2}$$

$$\text{SE} = \text{SD} \times \sqrt{1 - (R.)}$$

---

Formel 2: Berechnung des RCI

Formel 3: Berechnung des Standardfehlers der Differenz

Formel 4: Berechnung der Standardabweichung

RCI = Reliable Change Index; X post = Messwert einer Person nach der Intervention; X prä = Messwert einer Person vor der Intervention; SE = Standardfehler; SD = Standardabweichung der Prämessung;

R. = Retest-Reliabilität

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Gruppendiagnostische Auswertung des IIP-D

In Tabelle 6 wird dargestellt, wie häufig Probanden ein hohes Ausmaß zwischenmenschlicher Probleme angaben. Ein hohes Ausmaß zwischenmenschlicher Probleme wird in dieser Arbeit als Stanine 8 (7% der Normalbevölkerung weisen Werte dieser Kategorie auf, vergleiche Abbildung 4) und Stanine 9 (4 % der Normalbevölkerung weisen Werte dieser Höhe auf) definiert<sup>13</sup>.

**Stichprobe 1** Stichprobe 1 weist rein deskriptiv eine höhere interpersonelle Belastung (Prämessung:  $M=13.54$ ,  $SD=4.08$  Rohwertpunkte, Postmessung:  $M=13.73$ ,  $SD=3.99$  Rohwertpunkte) auf als Wuchner et al. (1993) für psychosomatische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen fanden (Gesamtwert von ca. 11 Skalenroh wertpunkten), jedoch eine geringere Belastung als man für Psychosen, Neurosen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen feststellte (Gesamtwert zwischen 14 und 16 Punkten, Wuchner et al., 1993). Die am meisten belastete Skala war die Skala „zu fürsorglich“, in der über die Hälfte der Stichprobe eine hohe Ausprägung aufwies. Rein deskriptiv lässt sich in Tabelle 6 erkennen, dass Stichprobe 1 (fortlaufende Pess o-Gruppe) in der Postmessung laut Selbstbeschreibung weniger extreme Antworten auf den Skalen „sozial vermeidend“ und „kalt“, jedoch öfter hohe Antworten auf den Skalen „zu freundlich“ (LM) und „zu expressiv“ angibt. Hohe Ausprägungen des IIP-Gesamtwerts werden weniger häufig. Keine dieser Mittelwertsänderungen werden jedoch mittels Wilcoxon- oder t-Test signifikant (für Ergebnisse des t-Tests siehe Anhang A).

**Stichprobe 2** In Stichprobe 2 (Pesso-Workshop) nimmt die Häufigkeit von Antworten, die hier als hoch belastet definiert wurden (Stanine 8&9), in sechs von acht Skalen des IIP und im Gesamtwert ab. Diese Mittelwertsänderungen werden für die IIP-Gesamtskala und zwei Subskalen für den Wilcoxon-Signifikanztest sowie für den t-Test signifikant (siehe Anhang B). Der IIP-D Gesamtwert der Gruppe betrug bei der Prämessung 11.87 Skalenroh punk-

---

<sup>13</sup> Für eine Erklärung wie Horowitz et al. (2000) auffällige Werte definieren siehe 5.2.3.

te. Diese Stichprobe stimmt in ihrer Gesamtbelastung durch interpersonale Probleme mit der von Wuchner et al. (1993) berichteten Belastung von Abhängigkeitserkrankungen oder psychosomatischen Erkrankungen überein. Der Wert von 10.50 Skalenrohpunkten bei der Postmessung entspricht dem Mittelwert der gesunden Normstichprobe (10.32). Diese Veränderung stellt eine signifikante Verbesserung (Wilcoxon-Test  $p=.010$ ;  $t(12)=2.919$ ,  $p=.013$ ) von einem erhöhten in den normalen Bereich dar. Nach Cohen (1988) entspricht dieser Unterschied einem mittleren Effekt ( $d=.42$ ).

Die Skala „zu introvertiert/ zu sozial vermeidend“, die eine Scheu vor anderen Menschen beschreibt, wies nach der Therapie eine signifikante Reduktion von 11.46 zu 8.62 Rohpunkten auf (Wilcoxon-Test  $p=.005$ ;  $t(12)=4.086$ ,  $p=.002$ ), die Skala „zu fürsorglich/ zu freundlich“ wies eine signifikante Reduktion von 17.92 auf 15.31 Rohwertpunkte auf (Wilcoxon-Test  $p=.004$ ;  $t(12)=3.350$ ,  $p=.006$ , siehe Anhang B). Die Effektstärke der Mittelwertverbesserungen der Subskalen beträgt  $d=.56$  und gilt damit als mittel. Die Skala LM war in der Stichprobe die am höchsten belastete Skala, die auch verglichen mit den Ergebnissen von Wuchner et al. (1993) als hoch einzustufen ist. Die am geringsten belasteten Skalen waren PA und BC, die bereits in der Prämessung sogar leicht unter dem Mittelwert der gesunden Normstichprobe lagen.

*Tabelle 6: Prozentanteil der Probanden mit hoher zwischenmenschlicher Belastung (Klassifizierung als Stanine 8&9) in Prä- und Postmessung*

Skala	Prozent d. Probanden mit hoher Ausprägung (Stanine 8 & 9)			
	Stichprobe 1 (N=14)		Stichprobe 2 (N=13)	
	Prä	Post	Prä	Post
PA – dominant	7.1%	7.1%	15.4%	0%
BC – streitsüchtig	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%
DE – kalt	14.3%	7.1%	15.4%	0%
FG – introvertiert	21.4%	14.3%	23.1%	0%
HI – unterwürfig	42.9%	42.9%	23.1%	7.7%
JK – ausnutzbar	42.9%	42.9%	23.1%	23.1%
LM – fürsorglich	57.1%	64.1%	53.8%	30.8%
NO – aufdringlich	35.7%	50%	15.4%	0%
<b>Gesamt</b>	35.7%	28.6%	7.7%	0%

In den Abbildungen 5-8 werden nun die Skalenmittelwerte dargestellt, die berechnet werden, indem die Rohwertsumme durch 8 geteilt wird. Es werden Prä- und Postmessungen verglichen.

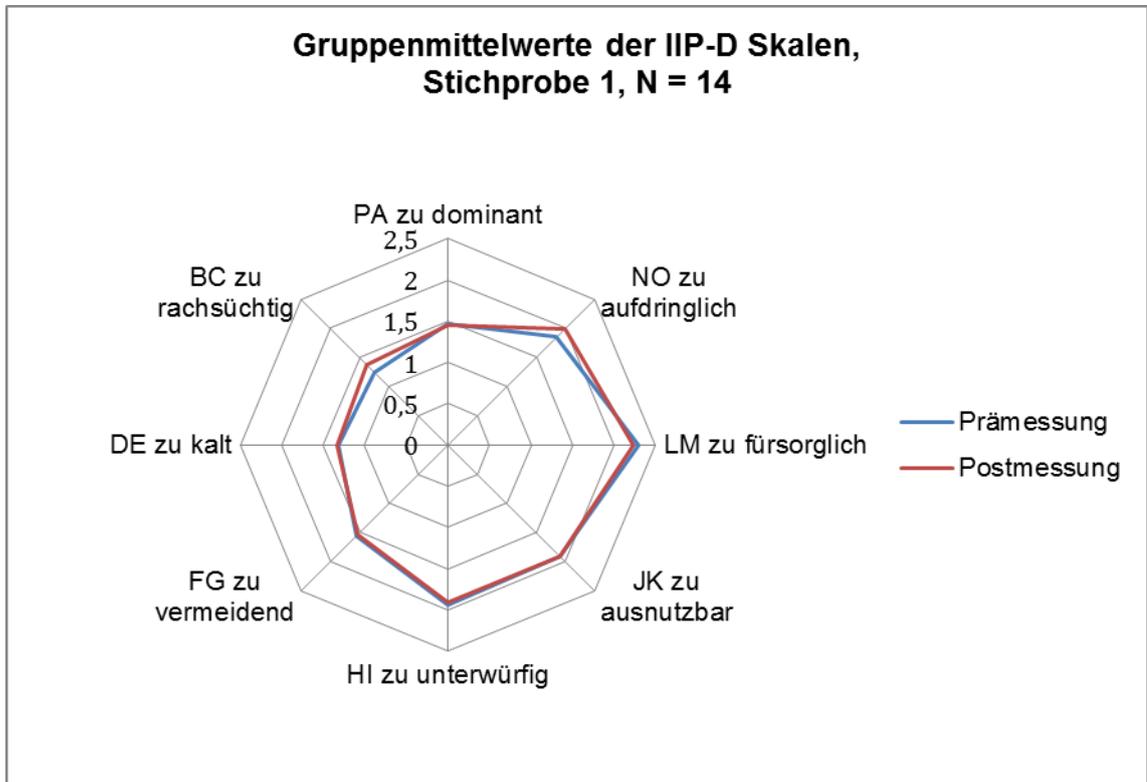


Abbildung 5: Gruppenmittelwerte der IIP-D Skalen der fortlaufenden Gruppe

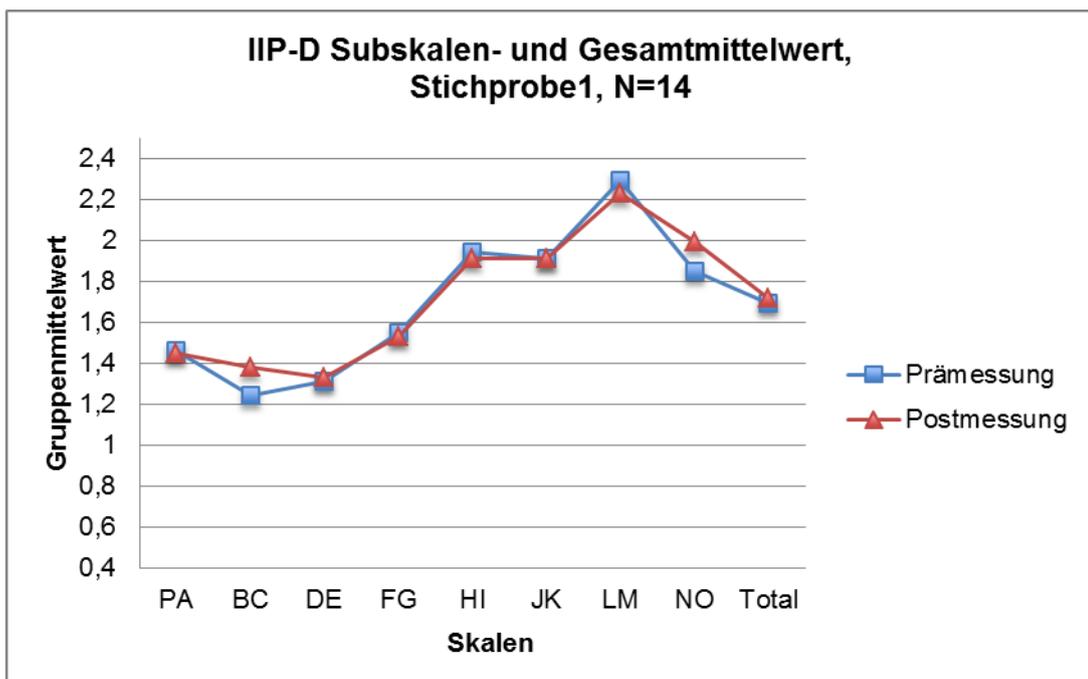


Abbildung 6: Darstellung der IIP-D Skalen und des Gesamtmittelwerts in Prä- und Postmessung der fortlaufenden Gruppe

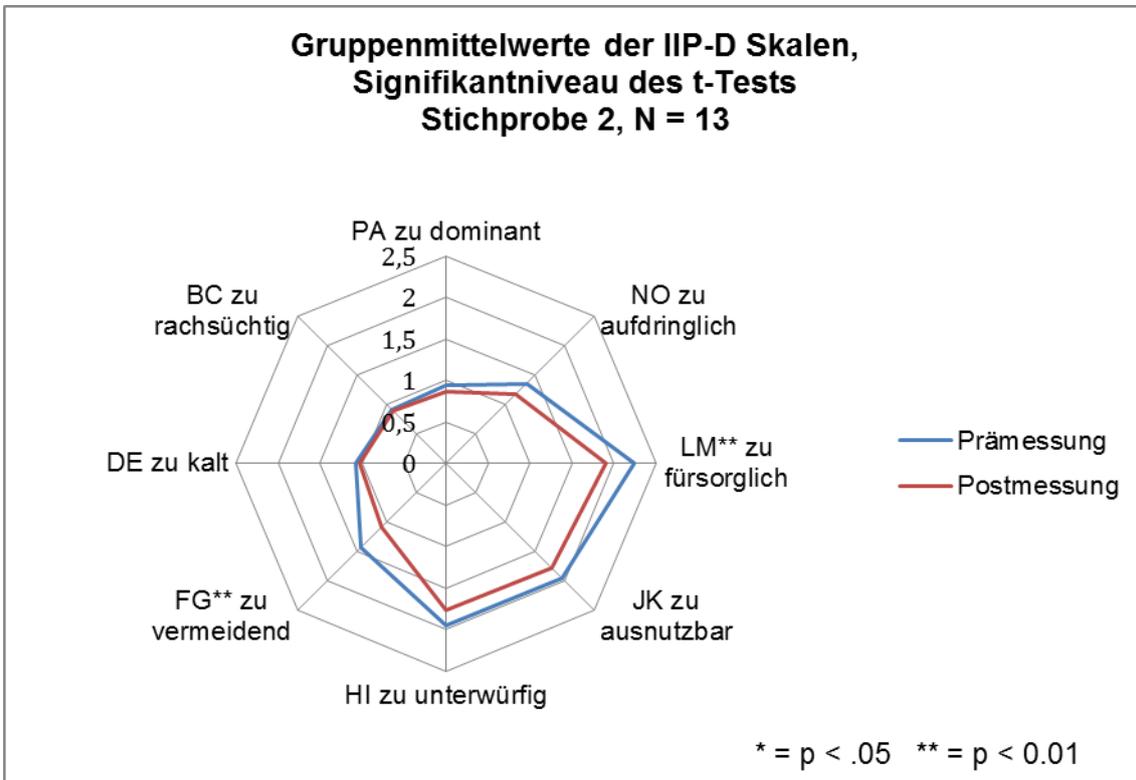


Abbildung 7: Gruppenmittelwerte der IIP-Skalen des in Prä- und Postmessung Pesso-Workshops

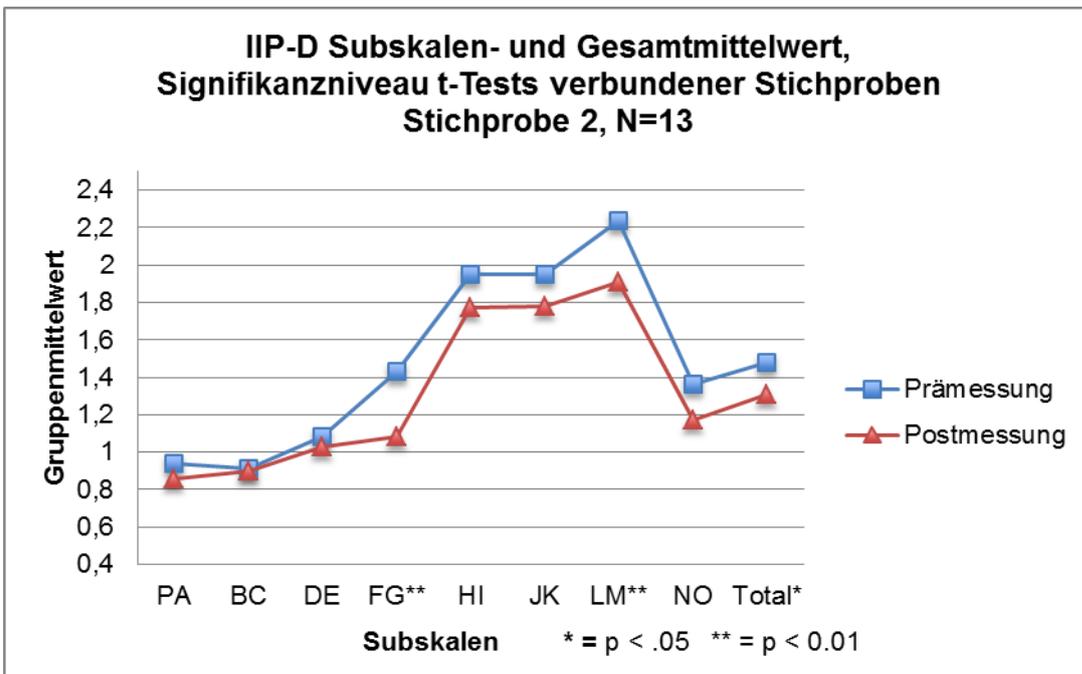


Abbildung 8: Subskalen- und Gesamtmittelwert der Prä- und Postmessung des Pesso-Workshops

## 4.2 Einzelfalldiagnostische Auswertung des IIP-D

**Stichprobe 1** Die einzelfalldiagnostische Auswertung unter Berechnung des *Reliable Change Index* ergab für vier Versuchspersonen bei je ein bis zwei Skalen signifikante Veränderungen. Versuchsperson 2 und 8 zeigten eine Veränderung von „zu wenig dominant“ (RCI=2.06) bzw. „zu dominant“ (RCI=-2.43) in Richtung gesundem Mittelwert. Allerdings waren die Ausprägungen bereits in der Prämessung unauffällig. Versuchsperson 10 beschrieb sich bei der Postmessung als dominanter (RCI=3.09) und streitsüchtiger (RCI=2.48) und entfernte sich damit vom gesunden Mittelwert. Versuchsperson 13 wies über den Messzeitraum eine Abnahme an Dominanz auf (Wert der Postmessung entspricht dem gesunden Mittelwert, RCI=-2.58), in der Skala „zu expressiv/aufdringlich“ zeigte sich jedoch eine Intensivierung weg vom gesunden Mittelwert (RCI=2.33).

**Stichprobe 2** In Stichprobe 2 fanden sich für fünf Versuchspersonen bei je ein bis drei Skalen signifikante Verringerungen zwischenmenschlicher Problematiken in Richtung gesundem Mittelwert. Versuchsperson 1 verbesserte sich auf der Skala „zu streitsüchtig“ (RCI=-1.98), die Versuchspersonen 6 (RCI=-1.99), 10 (RCI=-1.99) und 12 (RCI=-2.33) beschrieben sich bei der Postmessung als weniger introvertiert/sozial vermeidend, Versuchsperson 12 verbesserte sich zusätzlich auf der Skala „zu ausnutzbar“ (RCI=-2.40). Versuchspersonen 6 (RCI=-3.50) und 11 (RCI=-2.72) zeigten eine Reduktion auf der Skala „zu fürsorglich“ und für Versuchsperson 6 ließ sich auch eine Abnahme auf der Skala „zu expressiv/aufdringlich“ nachweisen (RCI=-2.89). Alle Stanine-Werte der Prä- und Postmessung sowie die empirischen RCI-Werte sind in Anhang A (Stichprobe 1), beziehungsweise B (Stichprobe 2) dargestellt. Wurde der *Reliable Change Index* signifikant, wurde der Stanine-Wert der Postmessung mit einem Sternchen gekennzeichnet sowie das betreffende Feld grau hinterlegt.

## 5 Diskussion

### 5.1 Diskussion der Ergebnisse

**Stichprobe 1** Im Beobachtungsintervall von vier Monaten zeigten sich in der fortlaufenden Pessso-Gruppe weder auf gruppen- noch auf einzelfalldiagnostischer Ebene statistisch und inhaltlich überzeugende Ergebnisse. Mittelwertsunterschiede des Gesamtwerts und auf den Skalen des IIP wurden nicht signifikant. Der *Reliable Change Index* zeigte für drei von 14 Probanden Verbesserungen zwischenmenschlicher Schwierigkeiten in Richtung des gesunden Mittelwerts, für zwei Personen Verschlechterungen. Von inhaltlicher Relevanz sind jedoch nur Veränderungen, die den auffällig hohen Bereich zwischenmenschlicher Probleme betreffen. In den hohen Ausprägungsbereich bewegte sich eine Versuchsperson signifikant ( $RCI=2.33$ ) hinein (Skala „zu expressiv“). Es lässt sich zusammenführend sagen, dass das Ausmaß zwischenmenschlicher Probleme über das Erhebungsintervall unverändert geblieben ist. Aufgrund dieser Befunde muss Hypothese 1, die eine signifikante Veränderung zwischenmenschlicher Probleme in Richtung des gesunden Mittelwerts innerhalb von vier Monaten Pessso-Therapie annahm, verworfen werden. Warum es in dieser Studie zu einer solchen Befundlage kam soll nun diskutiert werden.

Da weder eine Kontrollgruppe erhoben wurde, noch kritische Lebensereignisse der letzten vier Monate abgefragt wurden, ist eine inhaltliche Interpretation der Ergebnisse kaum möglich. Warum keine Verbesserung interpersonaler Probleme eintrat, kann auf mehrere mögliche Faktoren zurückgeführt werden. Psychotherapie ist bei der Reduktion von Symptomen wirksamer, als bei der Reduktion von zwischenmenschlichen Problemen (Kraft, Percevic, Puschner & Kordy, 2003; Leichsenring et al. 2009). Die Assoziation interpersonaler Probleme mit stabilen Persönlichkeitsmerkmalen (Nysaeter et al., 2009) würde erklären, warum nach vier Monaten keine Veränderung innerhalb der Gruppe ersichtlich wurde. Einen weiteren Grund könnten die zu weit auseinander liegenden Sitzungen darstellen, da die Probanden im Schnitt nur alle zwei Monate an einem eigenen Thema arbeiten konnten. Wächter (2009) berichtet in ihrer Studie jedoch, dass Klienten auch von Sitzungen anderer profitieren. Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Erklärung der fehlenden Veränderung ist die Tatsache, dass der Messwert

der Prämessung keinen echten Prä-Wert darstellt. Die Klienten hatten zum ersten Untersuchungszeitpunkt 0-4 Jahre Einzeltherapieerfahrung ( $M=2.3$  Jahre,  $SD=1.3$  Jahre) und 0-12 Jahre Gruppentherapieerfahrung ( $M=2.5$  Jahre,  $SD=3.9$  Jahre). Das beobachtete Zeitintervall ist also ein kleiner Ausschnitt aus einem längeren Therapieprozess, der nicht in jedem Abschnitt gleich große Fortschritte aufweist.

**Stichprobe 2** Nach dem Pesso-Workshop ließ sich auf Gruppenebene deskriptiv eine Abnahme zwischenmenschlich hoch belasteter Antworten auf sechs von acht Skalen und des Gesamtwerts des IIP feststellen. Eine statistisch signifikante Verbesserung konnte auf zwei Skalen sowie der Gesamtsumme des IIP nachgewiesen werden (für genaue Werte siehe 4.1 oder Anhang B). Die Größe der gefundenen Mittelwertsunterschiede lässt sich nach Cohen (1988) als mittel einstufen (Effektstärken zwischen  $d=.42$  und  $d=.56$ ). Der Gruppenmittelwert des Gesamtwerts entspricht in der Postmessung dem Mittelwert der gesunden Normalbevölkerung. Dieses Ergebnis ist einerseits aufgrund der sehr kleinen Stichprobe beachtlich, da die Wahrscheinlichkeit eines signifikanten t-Tests positiv mit der Stichprobengröße zusammenhängt (Bühner & Ziegler, 2009). Andererseits ist das Ergebnis in Bezug auf das Erhebungsintervall von drei Tagen bemerkenswert, da interpersonale Probleme tendenziell als stabile Persönlichkeitsmerkmale gesehen werden (z. B. Vittengl et al., 2003). Mit dem *Reliable Change Index* ließen sich für fünf von 13 Probanden signifikante Verbesserungen nachweisen. Inhaltlich relevant sind die Veränderungen im Bereich hoher Ausprägung. Von den genannten fünf Probanden bewegten sich drei Personen auf ein bis drei Skalen aus dem auffälligen Bereich (Stanine 8&9) heraus (siehe Anhang B).

Auch für Stichprobe 2 ist eine eindeutige Interpretation der Ergebnisse kaum zulässig. Für die Reduktion der interpersonellen Probleme sind neben der therapeutischen Intervention mehrere Einflussfaktoren denkbar, wodurch die gefundenen Effekte nicht eindeutig auf die Therapie zurückzuführen sind. Zunächst werden denkbare Einflussvariablen vorgestellt, die nicht mit der therapeutischen Intervention assoziiert sind. Im Anschluss werden darüber Hypothesen aufgestellt, wie die gefundenen Reduktionen zwischenmenschlicher Probleme durch die Pesso-Therapie erklärt werden könnten.

Der Pesso-Workshop fand auf einem Gutshof statt, auf dem alle Teilnehmer, der Therapeut und die Versuchsleiterin untergebracht waren. Dieses Setting impliziert

mehrere Störvariablen. Dadurch, dass die Versuchsleiterin in persönlichen Kontakt zu den Teilnehmern der Studie kam, ist ein Versuchsleitereffekt anzunehmen. Ein großes Problem wirft die partielle Aufhebung der Anonymität der Teilnehmer auf: In den demographischen Daten hatten die Versuchspersonen Alter und Beruf angegeben. Durch den persönlichen Kontakt zwischen Teilnehmern und Versuchsleiterin während des Pessu-Workshops waren im Anschluss teilweise eindeutige Zuordnungen möglich. Diese Tatsache kann zu Milderungstendenzen im Antwortverhalten der Teilnehmer geführt haben.

Weiter hat vermutlich das positive soziale Miteinander zwischen den Teilnehmern, die sich zu Beginn des Wochenendes nicht kannten, die zwischenmenschlichen Schwierigkeiten subjektiv weniger gravierend erscheinen lassen. Die Probanden hatten sich für den Pessu-Workshop Urlaub genommen. Der Dreitagesaufenthalt auf dem idyllischen, in der Natur gelegenen Gut kann das Antwortverhalten in der Postmessung ebenfalls beeinflusst haben, da der Fragebogen in der Prämessung zu Hause ausgefüllt wurde. Denkbar ist, dass bei der ersten Beantwortung des Fragebogens eher „Trait-Angaben“, bei der zweiten Erhebung „State-Angaben“ gemacht wurden. Damit ist gemeint, dass für die Erhebung, die in der Alltagssituation zu Hause stattfand, möglicherweise generelle Erfahrungen mit anderen Menschen als Referenz für die Beantwortung der Items ausgewählt wurden. Für die Erhebung am Ende des Pessu-Workshops hingegen sind eventuell eher die zwischenmenschlichen Erfahrungen mit den Gruppenteilnehmern als Referenz ausgewählt worden.

Trotz der eben genannten möglichen Wirkfaktoren außerhalb der Pessu-Therapie werden nun mögliche Erklärungen für die signifikante Abnahme der Skala FG und LM, sowie der Gesamtskala in Stichprobe 2 gegeben, die auf die therapeutische Arbeit zurückzuführen sind. Geht man davon aus, dass die Therapie die signifikanten Reduktionen bewirkt hat, muss damit die Fragestellung 1, ob Pessu-Therapie auf einzelnen Skalen des IIP besser wirkt als auf anderen, mit ja beantwortet werden. Auf welche inhaltlich-therapeutischen Interventionstechniken sich die spezifische Wirkung der Pessu-Therapie möglicherweise zurückführen lässt, wird nun vorgestellt.

Eine der wichtigsten Prinzipien der Pessu-Therapie ist die sogenannte *Möglichkeitssphäre*. Pessu definiert sie als „empty space that invites the client to bring out the portions of the self that have been in hiding and never before consciously known,

named, validated, and internalized into the ego“ (Pesso & Crandell, 1991, S.292). Die Möglichkeitssphäre schafft die Grundlage für ein Miteinander, in dem man ganz man selbst sein kann. Es können auch die Aspekte des eigenen Selbst gezeigt werden, die man sonst vor anderen verborgen hält. Denn sie werden mit Hilfe der Möglichkeitssphäre, die der Therapeut zu Beginn kreiert, durch alle Teilnehmer liebevoll, wertungsfrei und achtsam angenommen. Eine zwischenmenschliche Erfahrung solcher Qualität kann sehr eindeutig zu einer Reduktion von zwischenmenschlichen Ängsten (also besonders zu einer Reduktion auf der Skala FG) und somit auch zu einem Abbau von zwischenmenschlichen Schutzstrategien führen. Beispiele von Ängsten und Schutzstrategien in Bezug auf die Skalen des IIP wären zum Beispiel „andere dominieren, um anderen nicht ausgeliefert zu sein“ (PA), „andere nicht nah an sich heranlassen, um sich nicht verletzen zu lassen“ (DE), „Angst davor, sich zu öffnen aus Angst vor Verletzung“ (FG) oder „andere nicht mit Problemen zu konfrontieren, um nicht abgelehnt zu werden“ (HI). Warum die Ausprägung der Gruppe auf Skala LM signifikant abgenommen hat, kann durch die intensive Bearbeitung von Holes-in-Roles-Themen erklärt werden. Für fast alle Teilnehmer wurden neue Geschichten für deren Eltern als Kind geschrieben. Somit hatten die Gruppenmitglieder möglicherweise nicht mehr das Gefühl, andere versorgen zu müssen und konnten sich nun mehr um sich kümmern. Die Bereitschaft, für eigene Bedürfnisse einzutreten steigt, wenn ein Kind keine dysfunktionale Rücksicht auf seine Eltern nehmen muss. Im Vergleich zu schwachen Eltern, haben gesunde starke Eltern die Kapazität ihr Kind zu versorgen. Das Kind hat somit später im Leben die Möglichkeit, sich selbst zu versorgen ohne vorrangig andere versorgen zu müssen. Durch die neue Erfahrung von ideal versorgten Eltern und das anschließende Erleben der eigenen idealen Beelterung, treten die Teilnehmer nach der Intervention möglicherweise mehr für die eigenen Bedürfnisse und Interessen ein. Es kommt zu einer besseren Abgrenzung.

**Gegenüberstellung der Ergebnisse aus Stichprobe 1 und 2** Warum wurde Hypothese 1 mit einer Interventionseinheit von vier Monaten widerlegt, jedoch Hypothese 2 mit einer Interventionseinheit von drei Tagen nicht widerlegt? Obwohl die beiden Stichproben in etwa der gleichen Dauer an Intervention ausgesetzt waren (Stichprobe 1 zwischen 17.5 und 28 Stunden, Stichprobe 2 ca. 22 Stunden) und jeder Proband ca.

1-2 Strukturen bekam, haben zwischenmenschliche Schwierigkeiten nur in Stichprobe 2 nachgelassen. Geht man von der Annahme aus, diese Verbesserung sei auf das unterschiedliche therapeutische Setting und nicht auf mögliche Störvariablen zurückzuführen, kommen folgende Erklärungen in Frage: Die Teilnehmer des Pessso-Workshops hatten im Vergleich zur fortlaufenden Pessso-Gruppe noch keine Erfahrung mit Pessso-Therapie. Möglicherweise sind therapeutische Effekte zu Beginn der Therapie größer als in einem begrenzten Zeitfenster in der Mitte der Therapie. In der Mitte der Therapie sind eventuell leichter zu lösende Probleme bereits gelöst worden und perservierende oder schwerwiegendere Probleme nicht in einem Zeitfenster von vier Monaten zu beheben. Eine weitere Erklärung könnte das unterschiedliche Ausmaß an emotionaler Intensität in den beiden Untersuchungsdesigns sein. In der fortlaufenden Pessso-Gruppe kommen die Teilnehmer unter der Woche 14-tägig abends für dreieinhalb Stunden zusammen und sehen sich vermutlich nur in den Sitzungen. Die Teilnehmer des Pessso-Workshops hingegen teilten volle drei Tage inklusive Freizeit miteinander, wodurch anzunehmen ist, dass sich die Gruppenmitglieder näherkamen als in der fortlaufenden Gruppe. Die größere Nähe kann sich positiv auf die Ergebnisse der Postmessung ausgewirkt haben. Zudem hatten 75% der Teilnehmer in Stichprobe 2 noch an keiner Gruppentherapie teilgenommen. Diese dementsprechend neue Erfahrung, sich einer Gruppe von unbekanntem Menschen so öffnen zu können, ohne Ratschläge erteilt zu bekommen oder bewertet zu werden, kann einen großen Effekt in Richtung positiverer Wahrnehmung von zwischenmenschlichen Beziehungen haben. Eine letzte Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse der beiden Untersuchungsdesigns ist das unterschiedliche Ausmaß an emotionaler Intensität. Die therapeutische Arbeit von morgens bis abends an drei aufeinanderfolgenden Tagen ist emotional sehr viel intensiver für die Teilnehmer, als in den zweiwöchigen Sitzungen à 3,5 Stunden der fortlaufenden Gruppe.

## 5.2 Diskussion des Inventars

Obwohl das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme als gesichertes Instrument für die Überprüfung von Therapieerfolg gilt, sollen im Folgenden kritische Anregungen ausgeführt werden. Um die Veränderungssensitivität eines Instruments sicherzustellen, muss die Stabilität der Testwerte ausreichend gesichert sein. Eine Retest-

Reliabilität mit nur 33 Versuchspersonen in einem Erhebungsintervall von acht Wochen erscheint für eine Absicherung der Reliabilität ungenügend. Huber et al. (2007) belegten in ihrer Studie mit einer etwas größeren Stichprobe ( $n=63$ ) die Stabilität der Skalen. Jedoch ist die Aufnahme von Retest-Reliabilitäten einer größeren Stichprobe in das Testmanual wünschenswert. Auch die Normierung ist hinsichtlich der Stichprobengröße nicht überzeugend. Trotz der sehr großen Gesamtstichprobe resultieren, durch die Unterteilung nach Geschlecht und Alter, teilweise deutlich zu kleine Subgruppen. Für Männer bis 18 Jahre wurden nur 48 Probanden, für Männer ab 74 nur 59 Probanden und für Frauen bis 18 nur 51 Probanden erhoben. Um die Verwendung des Inventars für alle Altersgruppen zu ermöglichen, sollten für unter 20-jährige und über 70-jährige umfangreichere Normierungen nachgeholt werden. Ein weiteres Problem stellt die Arbeit mit und die Zuverlässigkeit der Stanine-Werte zuteilung dar. In zwei der beobachteten Fälle wies ein Teilnehmer in der Prämessung einen Stanine-Wert von 9 auf, in der Postmessung einen Stanine-Wert von 6. Stanine-Werte von 9 sollen in der gesunden Normalbevölkerung in nur 4% der Fälle auftreten, Stanine-Werte von 6 werden jedoch von Horowitz et al. (2000) als unauffällig eingestuft. Diese Veränderung wurde durch Überprüfung mittels *Reliable Change Index* jedoch nicht signifikant. Die interessante Frage ist nun, wie reliabel eine Klassifizierung sein kann, bei der die Einordnung *zu den extremen 4% der Normalbevölkerung gehörend* und *unauffällig* auf einem Signifikanzniveau von 5% allein durch den Messfehler erklärbar werden.

Um auch eine Einschätzung der klinischen Relevanz statistisch signifikanter Veränderungen vornehmen zu können, muss eine eindeutige Klassifikation von *gesund* und *krank* möglich sein. Nach Fisseni (2004) müssen für die diagnostische Klassifikation drei Aspekte gewährleistet sein:

- Die beiden Klassen müssen genau definiert werden,
- es müssen Kriterien für die Abgrenzung der Klassen angegeben werden und
- es müssen Entscheidungsregeln aufgestellt werden, nach denen eine Zuweisung zu den Klassen *gesund* und *krank* erfolgt (Fisseni, 2004).

Zum Punkt der Definition der Klassen: Horowitz et al. zitieren in ihrem Manual die Autorin Schneider-Düker (1992), die besagt, „dass das Modell [...] keine Grundorientierung sei (d.h. eine therapeutische Richtung mit spezifischem Theoriesystem, einer spezifischen Krankheits- und Gesundheitslehre [...]).“ Leary (1957) versuchte zu

definieren, ab wann interpersonales Verhalten krank ist und nannte in diesem Zug unter anderem die Variablen Intensität, Rigidität und Unangemessenheit. Auf die Intensität wird nachfolgend noch eingegangen, für die Rigidität lässt sich sagen, dass homogene Diagnosegruppen nicht unbedingt spezifische Verteilungsmuster in eine Richtung aufweisen müssen (Salzer, 2010), wodurch eine Klassifikation nach Rigidität nicht zuverlässig ist. Den Begriff der Unangemessenheit von interpersonalem Verhalten wurde von Leary (1957) nicht definiert. Da dem Fragebogen keine spezifische Theorie zur Definition von gesund und krank zugrunde liegt, wird die erste Voraussetzung für die diagnostische Klassifikation nicht erfüllt.

Die zweite Voraussetzung, um eine Klassifikation zu ermöglichen, ist die Angabe von Kriterien zur Abgrenzung. Im Manual wird dies folgendermaßen versucht: Es sollen mithilfe der Stanine-Werte solche Antworten berechnet werden, die in der Normstichprobe selten sind. Jedoch sagen diese Werte laut Horowitz et al. (2000, S.24) nichts aus („Eine klinisch-theoretische Interpretation ist zwingend nötig, die Zahlen sprechen **nicht** für sich“) und können nur von einer „diagnostisch versierten Person interpretiert werden“. Somit wird keine objektive Abgrenzung zwischen gesund und krank vorgenommen.

Die dritte Voraussetzung für eine diagnostische Klassifikation ist das Angeben von Entscheidungsregeln. Hierfür bieten Horowitz et al. (2000, S.24) folgende Lösung an: Auffällige Werte definieren sie als Werte, welche „in hinreichender Entfernung von den Staninen 4-6 liegen. Für die Abschätzung, was hinreichend ist, wird häufig der Standardmessfehler benutzt.“ Zwar wird der Standardmessfehler im Manual angegeben, aber keine explizite Entscheidungsregel zur Definition einer hinreichenden Entfernung formuliert. Somit obliegt die Einstufung auffälliger Werte dem Testauswerter, wodurch keine Interpretationsobjektivität gegeben ist.

Wenn im Manual keine eindeutigen Entscheidungsregeln für die Einordnung von Messwerten angegeben sind, gibt es statistische Entscheidungsregeln für die Ermittlung von Cut-Off-Werten zwischen gesunder und kranker Population. Die drei Möglichkeiten einer Einordnung sind: Ein Wert gilt als gesund, wenn er

- außerhalb von zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der kranken Population in Richtung gesundem Populationsmittelwert liegt

- innerhalb von zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der gesunden Population in Richtung krankem Populationsmittelwert liegt
- näher am Mittelwert der gesunden Population als am Mittelwert der kranken Population liegt (Jacobson & Truax, 1991).

Keine dieser drei Vorgaben für die Berechnung von Cut-Off-Werten kann jedoch sinnvoll für den IIP angewandt werden. Vergleicht man die Mittelwerte und Standardabweichungen der gesunden Normstichprobe von Brähler et al. (1999) und spezifischen Diagnosegruppen (Brähler et al., 1999) oder Gruppen gemischter Diagnosen (beispielsweise Grosse Holtforth et al., 2006) stellt man fest, dass es so große Überlappungen der Verteilungen gibt, dass eine eindeutige Zuordnung zu einer Population in vielen Fällen nicht möglich ist. Grund dafür ist, dass auch Menschen, denen man keine klinischen Diagnosen zuweisen kann, zwischenmenschliche Probleme aufweisen. Von daher greift auch Learys (1957) Argument, zur Abgrenzung zwischen gesundem und krankem interpersonalem Verhalten die Intensität heranzuziehen, nicht generell. Abschließend lässt sich sagen, dass sich der IIP nicht für die Gruppentrennung eignet und die Zuordnung der IIP-Werte zu den jeweiligen Stanine-Werten Reliabilitätsanalysen unterzogen werden sollte. Nichtsdestotrotz ist es als Instrument für die Erfassung einer statistisch signifikanten Reduktion sehr wohl geeignet. Für die Abschätzung, ab wann eine statistisch signifikante Veränderung von Werten des IIP auch von klinischer Relevanz oder Validität ist, muss in Zukunft jedoch noch ein externes Kriterium (ein sogenannter Goldstandard) gefunden werden (Huber et al., 2007). Eine Möglichkeit, wie dies etabliert werden könnte, wäre die Aufnahme interpersonaler Probleme, mit Zuordnung zu klinischen Störungsbildern, in internationale Klassifikationssysteme wie das ICD-10 oder DSM-IV, wie dies für Persönlichkeitsstörungen vorgenommen wurde.

## 6 Fazit

In vorliegender Arbeit wurde eine Pilotstudie zur Evaluation einer besonderen Therapieform - der Pesso-Therapie - vorgestellt. Die Pilotstudie bestand aus zwei kleinen Experimentalgruppen, die über einen Zeitraum von vier Monaten (Stichprobe 1) und über einen Zeitraum von drei Tagen (Stichprobe 2) beobachtet wurden. Für Stichprobe 1 zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse, welche die Wirksamkeit der Therapie bei der Reduktion zwischenmenschlicher Probleme innerhalb von fünf bis acht Sitzungen nachweisen konnten. Für Stichprobe zwei zeigten sich für zwei Skalen, sowie den IIP-Gesamtwert signifikante Reduktionen interpersonaler Probleme. Diese Reduktion ist in Anbetracht der geringen Stichprobengröße, des kurzen Untersuchungszeitraums, sowie der Auffassung interpersonaler Probleme als assoziiert mit zeitlich stabilen Persönlichkeitsmerkmalen (Nysaeter et al., 2009) beachtlich.

Methodisch weist die Pilotstudie einige Einschränkungen auf, weshalb in einer zukünftigen Untersuchung einige Dinge anders geplant werden müssten. In einer größer angelegten Wirksamkeitsstudie sollten die Versuchsteilnehmer gesicherte klinische Diagnosen zugeteilt bekommen. Es müsste eine Kontrollgruppe, beispielsweise eine Wartebedingung, geben. Um das nicht-repräsentativ hohe Bildungsniveau zu umgehen, müsste für eine Wirksamkeitsstudie die kostenlose Teilnahme angeboten werden. Die Rekrutierung der Probanden sollte nach zufälligen Kriterien erfolgen, was jedoch schwer umzusetzen ist. Idealerweise sollten Versuchsleiter sowie Teilnehmer der Experimental- und Kontrollgruppe nicht wissen, welcher Versuchsbedingung sie zugeordnet sind. Dies ist in Studien zur Therapiewirksamkeit nicht umsetzbar. Neben dem IIP sollten weitere Instrumente, wie beispielsweise die Symptom-Checkliste (Derogatis, 1983) zur Erfassung von Therapieerfolg verwendet werden. Da das Forschen mit Selbstbeschreibungen diverse Schwierigkeiten einschließt (Fisseni, 2004), wäre das zusätzliche Verwenden objektiverer Maße wie Verhaltensbeobachtungen in standardisierten Situationen denkbar. Für zukünftige Studien zur Pesso-Therapie sollten die Variablen *Dauer bisheriger Pesso-Therapieerfahrung*, *Psychotherapie parallel zur Pesso-Gruppe* sowie kritische Lebensereignisse bei fortlaufenden Gruppen erfasst werden. Um die Stabilität der Ergebnisse zu überprüfen, sollte eine Katamnese, beispielsweise drei Monate nach

Abschluss der Behandlung, erfolgen. Wünschenswert wäre eine Vergleichsstudie mit bereits evaluierten Formen der Gruppentherapie, wodurch möglicherweise eine kassenärztliche Zulassung erreicht werden könnte.

**Literaturverzeichnis**

- Acton, G.S., & Revelle, W. (2002). Interpersonal personality measures show circumplex structure based on new psychometric criteria. *Journal of Personality Assessment*, 79, 446–471.
- Alden, L.E., Wiggins, J.S. & Pincus, A.L. (1990). Construction of Circumplex Scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55 (3&4), 521-536.
- Baardman, I. & de Bruine, G. (1998). Research-Design PBSP International. *Proceedings of the Fourth International Conference for PBSP Psychotherapy, Oslo/Norway*, 211-223.
- Bachg, M. (2004). Microtracking in der Pesso-Therapie. Brückenglied zwischen verbaler und körperorientierter Psychotherapie. *Psychotherapie*, 9 (2), 283-293, München: CIP-Medien.
- Barkham, M., Hardy, G.E. & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems, *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (2), 226-244.
- Bartram, M. & Rogner, J. (2003). *Fragebogen zum Emotionalen Befinden (EMO)*. Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Abteilung für Psychologie, Psychologische Diagnostik.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, Peter, & Mohr, Andrea. (2005). Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 205-214.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 393-425.
- Brähler, E., Horowitz, L.M., Kordy, H., Schumacher, J., Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP) – Ergebnis

- einer Repräsentativbefragung in Ost- und West. *Psychotherapy, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 422-431.
- Buber, M. (1999). *Ich und Du*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Bühner, M & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Crowne, D.P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology, *Journal of Consulting Psychology*, 24 (4), 349-354.
- Davies-Osterkamp, S. & Kriebel, R. (1993). Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 295-307.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures – Manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Fischer-Bartelmann, B. (2005). Einführung in die Pesso-Therapie. In: S. Sulz, L. Schrenker, C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (S. 277- 301). München: CIP-Medien.
- Fischer-Bartelmann, B. (2006). Pesso-Therapie und Systemische Therapie. *Psychotherapie*, 11(1), 97-110, München: CIP-Medien.
- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des „falschen Selbst“. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 56 (9-10), 839-862.
- Foulds, M. L., & Hannigan, P. S. (1974). Effects of psychomotor group therapy on ratings of self and others. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 11(4), 351-353.
- Foulds, M. L., & Hannigan, P. S. (1976). Effects of psychomotor group therapy on locus of control and social desirability. *Journal of Humanistic Psychology*, 16(2), 81-88.

- Girona, Ricardo. (1970). *The semantic differential as a tool in predicting the potential effectiveness of student nurses*. (31), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1971-05143-001&site=ehost-live>. Available from EBSCOhost psych database. Aufgerufen: Mai 2013.
- Grosse Holtforth, M., Lutz, W. & Grawe, K. (2006). Structure and change of the IIP-D pre- and postpsychotherapy. A replication using a Swiss clinical sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 22 (2), 98–103.
- Gurtman, M.B. & Balakrishnan, J.D. (1998). Circular measurement redux: The analysis and interpretation of interpersonal circle profiles. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5 (3), 344–360.
- Gutscher, G. (2009). Einführung in PBSP/Pesso Boyden System Psychomotor/Pesso-therapie. Eine neue Form analytisch-systemischer Körpertherapie. Verfügbar unter [http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pesso-therapie.de%2FGutscher-Einfuehrung\\_in\\_PBSP.pdf&ei=XULJUZGLFIWI4ATpw4HQCQ&usq=AFQjCNHEOhfiXCYmm8G3S4jK6ebPcegkSQ&bvm=bv.48293060,d.bGE](http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pesso-therapie.de%2FGutscher-Einfuehrung_in_PBSP.pdf&ei=XULJUZGLFIWI4ATpw4HQCQ&usq=AFQjCNHEOhfiXCYmm8G3S4jK6ebPcegkSQ&bvm=bv.48293060,d.bGE). Aufgerufen Mai 2013.
- Hopwood, C.J., Koonce, E.A. & Morey, L.C. (2009). An exploratory study of integrative personality pathology systems and the interpersonal circumplex. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31 (4), 331-339.
- Horacek, J., Pesso, A., Tintera, J., Vancura, M. Lucka, Y., Koblre, L., Kopecek, M., Spaniel, F. & Dockery, C. (2005). The effect of two sessions of PBSP psychotherapy on brain activation in response to trauma-related stimuli. The pilot fMRI study in traumatized persons. *Psychiatrie Supplementum*, 3. Aufgerufen Mai, 2013. Verfügbar unter <http://pbsp.com/theory-techniques/resources-3/articles/>
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (1), 5-15.
- Horowitz, L.M (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61 (4), 549-560.

- Horowitz, M.J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 4(3), 209-218.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G. & Villasenor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Application. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 885-892.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version -. Weinheim: Beltz Test-Gesellschaft.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz Test-Gesellschaft.
- Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41 (2), 159-164.
- Howe, Louisa P. (1991). Origins and history of Pesso System/Psychomotor therapy. In A. Pesso & J. S. Crandell (Eds.), *Moving psychotherapy: Theory and application of Pesso System/Psychomotor therapy* (S. 3-31). Cambridge: Brookline Books.
- Huber, M. (2005). Was ist ein Trauma und was ein belastendes Lebensereignis. In M. Huber (Ed.) *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1* (S. 37-51). Paderborn: Junfermann.
- Huber, D., Henrich, G. & Klug, G. (2007). The inventory interpersonal problems (IIP): Sensitivity to change, *Psychotherapy Research*, 17 (4), 474-481.
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to define meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.
- Kaufman, G. B. & Aronoff, G. M. (1983). The use of psychomotor therapy in the treatment of chronic pain. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(4), 449-456.
- Kaufman, G.B. (1991). Childhood loss and postural insecurity: A theoretical and empirical validation of Pesso System/Psychomotor. In A. Pesso, J. Crandell (Hrsg.), *Moving psychotherapy: Theory and application of Pesso System/Psychomotor therapy* (S. 59-65). Cambridge, MA US: Brookline Books.

- Kniep, U.W.H. (2005). Pessó Boyden System Psychomotor (PBSP) in der Einzeltherapie. In S.K.D. Sulz, L. Schrenker, C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (S. 421-448). München: CIP-Medien.
- Kraft, S., Percevic, R., Puschner, B. & Kordy, H. (2003). Änderungsmuster in der Psychotherapie: Abhängigkeiten im Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 8(2), 218–224.
- Kunst, H. & Hoyer, J. (2003). Psychometrische Analysen von IIP und NEO-FFI bei Straftätern. *Diagnostica*, 49 (1), 24–33.
- Leary, T. (1953). *Interpersonal diagnosis of personality; a functional theory and methodology for personality evaluation*. Oxford: Ronald Press.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rueger, U., Winkelbach, C. & Leibing, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 166, 875–881.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W. & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 185–190.
- Nysaeter, T.E., Langvik, E., Berthelsen, M. & Nordvik, H. (2009). Interpersonal problems and personality traits: The relation between IIP-64C and NEO-FFI. *Nordic Psychology*, 61 (3), 82-93.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S., Steinberg, P.I. & Duggal, S. (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (9), 837-842.
- Osgood, C.E., Suci, G.C. & Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Oxford: University Illinois Press.
- Perquin, L. (2004). Neuroscience and its significance for psychotherapy. An overview from the perspective of Pessó Boyden System Psychomotor. *European Psychotherapy*, 5 (1), 117-134.
- Perquin, L. (2005). Besondere Anwendungsmöglichkeiten der Pessó-Psychotherapie: Omnipotenz und Limitierung in der Pessó-Psychotherapie. In S.K.D. Sulz, L. Schrenker, C. Schricker (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. O*

- der: *Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (S. 315-335). München: CIP-Medien.
- Perquin, L. & Rehwinkel, P. (2008). *Pesso-Therapie. Eine körperorientierte psychotherapeutische Methode*. In A. Pesso, L. Perquin (Hrsg.), *Die Bühnen des Bewusstseins Oder: Werden wer wir wirklich sind. PBSP – ein ressourcenorientierter, neurobiologisch fundierter Ansatz der Körper-, Emotions- und Familientherapie* (S. 3-26). München: CIP-Medien.
- Pesso, A. & Crandell, J. (1991) Glossary of PS/P Terms. In A. Pesso & J. Crandell (Hrsg.), *Moving psychotherapy: Theory and application of Pesso System/Psychomotor therapy* (S. 289-294). Cambridge: Brookline Books.
- Pesso, A. (1991). Abuse. In A. Pesso, J. Crandell (Hrsg.), *Moving psychotherapy: Theory and application of Pesso System/Psychomotor therapy* (S. 169-188). Cambridge: Brookline Books.
- Pesso, A. (1999). Werden, wer wir wirklich sind. Eine Einführung in die Pesso-Psychotherapie. In A. Pesso, L. Perquin (2008) (Hrsg., deutsche Redaktion B. Fischer-Bartelmann, S.K.D. Sulz). *Die Bühnen des Bewusstseins Oder: Werden wer wir wirklich sind. PBSP – ein ressourcenorientierter, neurobiologisch fundierter Ansatz der Körper-, Emotions- und Familientherapie* (S. 43-60). München: CIP-Medien.
- Pesso, A (2005). Bühnen des Bewusstseins. In S.K.D. Sulz, L. Schrenker, C. Schrickler (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit* (S. 303-314). München: CIP-Medien.
- Pesso, A. (2008). Wie Löcher im Rollengefüge in der Vergangenheit mit den richtigen Leuten zur richtigen Zeit aufgefüllt werden können. Ein neuer und überraschender Weg, um die Tür zum Glück in der Gegenwart zu öffnen. In A. Pesso, L. Perquin (Hrsg.), *Die Bühnen des Bewusstseins Oder: Werden wer wir wirklich sind. PBSP – ein ressourcenorientierter, neurobiologisch fundierter Ansatz der Körper-, Emotions- und Familientherapie* (S. 207-249). München: CIP-Medien.
- Pincus, A.L, Gurtman, M.B. & Ruiz, M.A. (1998). Structural analysis of social behavior (SASB): Circumplex analyses and structural relations with the interpersonal circle and the five-factor model of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1629-1645.

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Rotter, Julian B. (1971). Generalized expectancies for interpersonal trust. *American Psychologist*, 26(5), 443-452.
- Ruiz, M.A., Borkovec, T.D., Pincus, A.L., Echemendia, R.J., Castonguay, L.G. & Ragusea, S.A. (2004). Validity of the inventory of interpersonal problems for predicting treatment outcome: An investigation with the pennsylvania practice research network, *Journal of Personality Assessment*, 83 (3), 213-222.
- Salzer, S., Streeck, U., Jaeger, U., Masuhr, O., Warwas, J., Leichsenring, F. & Leibing, E. (2010). Der Zusammenhang von interpersonalen Subtypen und der Veränderung interpersonaler Probleme am Beispiel stationärer Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56 (2), 191-206.
- Schrenker, L. (2008). *Pesso-Therapie – Das Wissen zur Heilung liegt in uns*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Schrenker, L. (2010). Die Behandlung traumatischer Störungen mit Pesso--Therapie (PBSP). *Psychotherapie*, 15 (2), 279-296. München: CIP-Medien.
- Sokolove, R.: (1975). *Verbal and motoric styles of therapy: An outcome study*. Unpublished doctoral dissertation, Boston University.
- Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological Assessment*, 15, 29–40.
- Vogel, P.A., Rokenes, O.H. (2004). Changes after PBSP group therapy. Changes in symptoms, interpersonal problems and self-concepts after participation in Pesso Boyden System Psychomotor group therapy. *Pesso Tijdschrift*, 2004, 35-44. Aufgerufen Juni 2013. Verfügbar unter [http://www.pessotherapie.nl/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=22&Itemid=37](http://www.pessotherapie.nl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=22&Itemid=37)
- Wächter, S. (2009). *Pesso-Psychotherapie (PBSP). Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit*. München: CIP-Medien.

Wuchner, M., Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.M. (1993). Evaluating circumplexity in personality data. *Multivariate Behavioral Research*, 16, 263-289.

Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 12(6), 371-379.

### Anhang A: Tabellen Stichprobe 1 - fortlaufende Gruppe

Tabelle 7: Mittelwert, Standardabweichung und t-Test für Stichprobe 1

Stichprobe 1 (N=14)							
Skala	Prä		Post		Signifikanztest ( $\alpha = .05$ )		
	M	SD	M	SD	T	df	p
PA – zu dominant	11.69	3.96	11.57	3.59	.143	13	.888
BC – zu rachsüchtig	9.93	5.23	11.07	4.34	-1.433	13	.175
DE – zu kalt	10.50	5.69	10.63	5.15	-.249	13	.807
FG – zu vermeidend	12.36	7.99	12.21	6.65	.144	13	.888
HI – zu unsicher	15.50	10.07	15.29	9.23	.268	13	.793
JK – zu ausnutzbar	15.29	8.11	15.29	7.22	.000	13	1.000
LM – zu fürsorglich	18.29	6.97	17.86	6.61	.684	13	.506
NO – zu aufdringlich	14.79	5.31	15.93	5.46	-1.364	13	.196
<i>Gesamt</i>	13.54	4.08	13.73	3.99	-.442	13	.666

Tabelle 8: Darstellung der Stanine-Werte und ihrer Signifikanz in Stichprobe 1 in Prä- und Postmessung

VP	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO	Gesamt prä-post
	Prä-Post								
1	9 9	9 9	7 7	4 4	2 2	2 3	4 4	7 6	6 6
2	4 5*	5 6	6 6	4 6	9 9	9 9	9 9	8 9	8 9
3	7 5	6 6	4 5	4 4	4 4	4 4	5 4	9 9	5 5
4	4 4	6 6	9 9	9 9	9 9	9 9	9 9	6 6	9 9
5	6 7	4 4	3 4	4 6	5 6	7 7	9 9	8 9	6 7
6	5 6	3 5	6 5	6 5	9 8	9 9	9 9	7 7	7 7
7	6 5	9 9	8 7	9 9	9 9	8 9	9 9	6 8	9 9
8	6 5*	5 5	1 2	4 4	1 2	1 1	1 2	3 2	2 2
9	6 6	7 7	5 5	5 4	4 4	7 4	6 5	9 9	7 6
10	5 7*	4 7*	5 5	4 4	5 6	6 6	8 8	6 8	5 7
11	6 6	6 6	6 6	5 5	8 7	8 8	6 5	4 6	6 6
12	5 5	2 4	4 4	8 7	9 8	9 9	9 9	9 9	9 7
13	7 6*	6 5	6 5	7 6	7 8	7 6	9 9	7 9*	8 8
14	7 6	6 7	6 6	5 5	3 2	4 4	6 8	6 5	5 5

Tabelle 9: Darstellung empirischer RCI-Werte in Stichprobe 1

<b>VP</b>	<b>PA</b>	<b>BC</b>	<b>DE</b>	<b>FG</b>	<b>HI</b>	<b>JK</b>	<b>LM</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	.00	-.62	.27	.00	.00	1.1	.00	-1.33
<b>2</b>	2.06	1.24	.62	1.37	.20	.83	.27	.33
<b>3</b>	-1.55	.31	.93	.68	.41	.83	-1.08	.33
<b>4</b>	1.03	.00	.31	-.91	.00	.55	.81	1.00
<b>5</b>	1.03	-.31	.62	1.60	.81	.28	.27	1.33
<b>6</b>	1.55	.93	-.31	-.68	-1.22	-.83	-.27	-.33
<b>7</b>	-.52	-.31	-.93	.00	-.41	.55	-.54	1.33
<b>8</b>	-2.43	.00	.62	.23	.41	.28	.81	.00
<b>9</b>	-.52	.00	-.31	-.68	.20	-1.38	-.81	.67
<b>10</b>	3.09	2.48	.31	.68	.20	.00	-.27	1.00
<b>11</b>	-.52	.00	.00	-.68	-.61	.00	-.27	1.33
<b>12</b>	-.52	.62	-.31	-.91	-.81	-1.66	-.81	-.67
<b>13</b>	-2.58	-.93	-1.24	-.91	.81	-.28	-.54	2.33
<b>14</b>	-1.03	1.55	.00	-.23	-.61	-.28	.81	-.67

## Anhang B: Tabellen Stichprobe 2 – Pesso-Workshop

Tabelle 10: Mittelwert, Standardabweichung und t-Test der Stichprobe 2

Stichprobe 2 (N=13)									
Skala	Prä		Post		Signifikanztest ( $\alpha = .05$ )				
	M	SD	M	SD	T	df	p	d	
PA – zu dominant	7.54	5.29	6.85	4.06	1.148	12	.273		
BC – zu rachsüchtig	7.31	4.09	7.23	3.11	140	12	.891		
DE – zu kalt	8.62	5.98	8.23	4.30	.426	12	.678		
FG – zu vermeidend	11.46	5.50	8.62	4.56	4.086	12	.002**	.56	
HI – zu unsicher	15.62	5.52	14.15	5.79	1.932	12	.077		
JK – zu ausnutzbar	15.62	4.65	14.23	5.23	2.023	12	.066		
LM – zu fürsorglich	17.92	4.86	15.31	4.42	3.350	12	.006**	.56	
NO – zu aufdringlich	10.85	4.90	9.38	2.81	1.747	12	.106		
<i>Gesamt</i>	11.87	3.58	10.50	2.68	2.919	12	.013*	.42	

Tabelle 11: Darstellung der Stanine-Werte der Stichprobe 2 in Prä- und Postmessung

VP	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO	Gesamt	
	Prä-Post									
<b>1</b>	3 3	6 4*	4 5	5 5	9 6	7 9	9 6	4 4	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	2 3	4 5	5 6	7 7	8 8	7 9	8 8	3 4	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	5 4	4 4	4 4	5 4	6 7	7 7	8 8	5 5	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	5 4	5 5	4 5	3 2	2 2	2 2	3 2	4 4	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>5</b>	4 4	4 4	4 5	3 2	2 3	2 2	3 3	4 4	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>6</b>	8 7	7 6	8 7	9 7*	7 5	6 6	9 5*	9 6*	<b>9</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	3 3	2 3	2 3	4 4	5 5	6 6	6 5	4 4	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>8</b>	7 6	5 5	5 3	4 3	6 3	6 6	7 6	7 6	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>9</b>	5 6	6 6	5 5	5 4	7 6	6 5	6 7	8 7	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>10</b>	2 1	1 1	3 2	7 5*	9 7	9 8	9 9	6 6	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>11</b>	8 6	5 5	6 6	8 6	6 6	8 6	9 5*	6 5	<b>7</b>	<b>6</b>
<b>12</b>	3 5	5 5	8 6	8 5*	7 6	8 7*	8 8	3 4	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>13</b>	4 5	3 3	2 4	4 4	5 4	4 3	3 2	3 2	<b>3</b>	<b>3</b>

Tabelle 12: Darstellung der RCI-Werte und ihrer Signifikanz in Stichprobe 2

VP	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
1	0.00	-1.98*	0.30	0.00	1.48	0.96	-1.95	0.00
2	0.77	0.40	0.59	0.00	-0.37	1.92	0.00	1.44
3	-0.39	0.79	-0.30	-1.00	0.74	0.00	-0.39	0.00
4	-0.39	0.40	0.59	-0.33	0.37	-0.48	-0.39	0.00
5	-0.77	0.00	-0.30	-0.33	-1.85	-1.92	-0.78	-0.36
6	-1.16	-1.19	-1.18	-1.99*	-1.85	0.00	-3.50*	-2.89*
7	-0.39	0.79	0.59	0.00	-0.37	-0.96	-1.17	0.00
8	-0.77	0.00	-1.78	-1.33	-1.48	-0.48	-0.78	-1.08
9	0.77	0.40	0.89	-1.33	-1.11	-0.96	0.39	-1.44
10	-0.39	0.00	-0.30	-1.99*	-1.48	-1.44	-0.78	-0.36
11	-1.93	0.00	0.00	-1.33	-0.37	-1.44	-2.72*	-1.81
12	0.00	-0.40	-1.78	-2.33*	-0.37	-2.40*	-0.39	0.36
13	1.16	0.40	1.18	-0.33	-0.37	-1.44	-0.78	-0.72

**Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

München, den 24.06.2013

-----  
Anna-Sophia Schrenker